PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO,

ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYR. W PETERSBURGU,
TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOW. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

ROK XLVIII. — 1909.

Biblioteka Jagiellońska
1001642206

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1909.

152408

BIBLIOTHECA
VNIV. IAGELL.
CRACOVIENSIS

100,596.
III.
48 (1909)

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XLVIII „Przeglądu Lekarskiego".

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i opisy przypadków zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Piśmiennictwo bieżące (Streszczenia).

W każdym numerze.

IV. Odcinek.

V. Życiorysy.

VI. Sprawozdania ze zjazdów naukowych.

VII. Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie. Wydz. matem.-przyr.

Towarzystwo naukowe warszawskie. Wydział matem.-przyr.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu. Wydział lekarski.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn.: 16 grudnia 1908—64; 13 stycznia 1909—98; 27 stycznia 1909—115; 3 lutego 1909—128; 10 lutego 1909—145; 17 lutego 1909—161; 24 lutego 1909—175; 3 marca 1909—190; 10 marca 1909—206; 17 marca 1909—220; 24 marca 1909—238; 31 marca 1909—284; 21 kwietnia 1909—299; 5 maja 1909—348; 22 maja 1909 349; 19 maja 1909—364; 26 maja 1909—378; 2 czerwca 1909—395; 9 czerwca 1909—412; 16 czerwca 1909—425; 23 czerwca 1909—443; 30 czerwca 1909—611; 13 października 1909—623; 20 października 1909—638; 27 października 1909—680; 10 listopada 1909—602; 17 listopada 1909—715; 24 listopada 1909—716.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIV. Posiedzenie naukowe w d. 18 grudnia 1908—85; Posiedzenie z dn. 22 stycznia 1909—99; 29 stycznia 1909—116; 5 lutego 1909—128; 12lutego 1909—145; 19 lutego 1909—161; 26 lutego 1909 175; 5 marca 1909—191; 12 marca 1909—207; 19 marca 1909—220; 26 marca 1909—253; 2 kwietnia 1909—269; 16 kwietnia 1909—284; 23 kwietnia 1909—300; 30 kwietnia 1909—313; 30 kwietnia 1909—531; 14 maja 1909—349; 21 maja 1909—364; 28 maja 1909—379; 4 czerwca 1909—396; 11 czerwca 1909—413; 18 czerwca 1909—426; 25 czerwca 1909—444; 2 lipca 1909—490; 9 lipca 1909—491; 1 października 1909 623; 8 października 1909—623; 22 października 1909—624; 29 października 1909—653; 5 listopada 1909—654; 12 listopada 1909—680; 19 listopada 1909—692; 26 listopada; 3 grudnia 1909—717 i 10 grudnia 1909—726.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Walne Zgromadzenie 442.

Towarzystwo lekarzy przemyskich.

Posiedzenie z dn.. 22 stycznia 1909—100; 5 lutego 1909—364; 25 czerwca 1908—521.

Sekcya stryjska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie z dn. 17 lutego 1909—175.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dn.: 3 listopada 1908—65; 17 listopada 1908—85; 1 grudnia 1908—100; 15 grudnia 1908—129; 19 stycznia 1909—162; 26 stycznia 1909—162; 3 lutego 1909—162. 191; 16 lutego 1909—192; 23 lutego 1909—379; 2 marca 1909—396; 30 marca 1909 413; 5 kwietnia 1909—426; 20 kwietnia 1909—444; 27 kwietnia 1909—499.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dn.: 7 października 1908—12; 21 października 1908 38; 4 listopada 1908—129; 18 listopada 1908—130; 2 grudnia 1908—130; 13 stycznia 1909—146; 20 stycznia 1909—176; 3 lutego 1909—00; 3 marca 1909—208; 3 marca 1909—350; 17 marca 1909—380; 7 kwietnia 1909—00; 21 kwietnia 1909—398; 5 maja 1909—522; 19 maja 1909—565; 2 czerwca 1909—575; 16 czerwca 1909—587; 8 września 1909—654; 22 września 1909—665; 6 października 1909—704; 27 października 1909—726.

Sekcya pedyatryczna Towarzystwa lekarskiego łódzkiego.

Sprawozdanie za rok 1908/9—704.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Posiedzenie dn.: 20 czerwca 1908—147; 24 września 1908—178; 1 października 1908—221; 31 października 1908—240; 5 grudnia 1908 254; Sprawozdanie za rok 1908—367; Posiedzenie 6 lutego 1909—381; 6 marca 1909—382; 3 kwietnia 1909—522; 22 maja 1909—523; 26 czerwca 1909—523.

Towarzystwo lekarzy gub. Kieleckiej.

Posiedzenie dn. 20 czerwca 1908—414; 19 września 1908—414; 24 października 1908—513; 21 listopada 1908—00; 13 grudnia 1908 530; 16 stycznia 1909—537; Sprawozdanie roczne 538; Posiedzenie dn.. 20 lutego 1909—00; 20 marca 1909—00; 14 kwietnia 1909—538.

Towarzystwo lekarskie siedleckie.

Posiedzenie organizacyjne 511; Sprawozdanie za rok pierwszy od 9 maja 1908 do 1 maja 1909 r. 512.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d.: 12/25 listopada 1908—40; 3 marca 1908—131; 14 stycznia 1909—270; 11 lutego 1909—270; 11/24 marca 1909—313; 25 marca 1909—413; 22 kwietnia 1909—491; 20 maja 1909—705; 16 września, 7 października 1909—705.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie sprawozdawcze za rok 1908—148; Posiedzenie roczne dn. 30 stycznia 1909 r. 162; Posiedzenie 27 lutego 1909 r. 288.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna.

W sprawie wyparcia obcych przetworów i narzędzi lekarskich. Dr August Kwaśnicki 86.
Statystyka na wystawie higienicznej w Lublinie. Z. 101.
W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych. St. Ciechanowski 117. 132. 148. 163. 178. 194.
Sprawa statystyki gruźlicy 134. 150.
W sprawie kursów dla lekarzy. Dr Adam Huszcza 223.
W sprawie zmiany ustawy Towarzystwa lekarzy galicyjskich 285.
Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905. Prof. Dr Stanisław Ciechanowski 336. 352. 368. 383. 428. 445.
W sprawie walki z gruźlicą 400.
Ankieta przeciwgruźlicza. St. Ciechanowski 430.
Konferencya przeciwgruźlicza w Stockholmie. O. Bujwid 491.
Sprawozdanie delegacyi sekcyi dentystycznej w Krakowie. Dr Praetzel 500.
Międzynarodowy kongres lekarski w Budapeszcie a Słowianie. B. Wicherkiewicz 556.
W sprawie reorganizacyi Najwyższej Rady Zdrowia. S. Ciechanowski 566.
Sprawy sanitarne w Sejmie S. Ciechanowski 576. 588. 598.
Polityka a medycyna. S. Ciechanowski 639.
Najwyższa Rada Zdrowia. S. Ciechanowski 654.
Lekarze w austryackiej Izbie Panów. S. Ciechanowski 682.
Postępy walki z gruźlicą u nas 718.
Ustawa emerytalna dla lekarzy okręgowych. Organizacya sanitarna na Węgrzech. Pokrzywdzenie lekarzy sądowych we Lwowie 13.
Udaremnienie ostrzeżenia Izby lekarskiej. W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej. Wymiar podatków. Narady lekarskie 29.
Kasy chorych majsterskie. Walka z partactwem lekarskiem. Lekarze popierają sami partactwo. Prawo nadzoru władz państwowych w sprawach sanitarnych. Gromadne występowanie porażenia rdzeniowego. Zwalczanie wąglika. Wykształcenie komisarzy targowych. Nadzór nad sprzedażą środków tajnych w Niemczech 30.
Ustawa o ubezpieczeniu urzędników prywatnych a lekarze. Walka lekarzy niemieckich z Towarzystwem ubezpieczeń. Asystenci szpitali szwajcarskich 47.
Organizacya państwowych urzędników sanitarnych. Gromadne występowanie lekarzy wojskowych z armii austryackiej. Ankieta w sprawie gruźlicy 48.
Sprawozdanie ze zgromadzenia delegatów państwowego Związku austr. organizacyi lek. w dn. 29 i 30 listopada 1908 71.
Ustawa o ubezpieczeniu powszechnem. Organizacya powiatowa. Niesprawiedliwy wymiar podatków. Śmierć z zimnicy. Kształcenie dozorców. Śmiertelność lekarzy. Zdrowotność państwa niemieckiego. Cholera w Petersburgu i Moskwie 72.
Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie. Nowy cudowny lekarz. Wystawa przeciwko alkoholizmowi i partactwu. Towarzystwo wyjaławiania mleka. Ryby a mór 88.
Reforma kas chorych. Rada pracy w ministerstwie handlu. Udaremnienie ostrzeżenia Izby. Fundusz imienia ś. p. Jordana dla wdów i sierot po lekarzach 101.
Taryfa lekarska. Reforma postępowania karnego. Przesiedlanie się lekarzy. Zdrowotne stosunki w Galicyi. Prasa a walka z gruźlicą 119.
Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie. Koło lekarzy szkoln. 133.
Austryackie ministerstwo handlu. Kasy chorych 134.
Statystyka urzędowa kas chorych. Lekarze okrętowi. Sądy wobec lekarzy 149.
Szpital w Zakopanem. Stan sanitarny m. Mielca w r. 1908. Śmiertelność w Anglii. Austryackie Towarzystwo zwalczania chorób wenerycznych. Lekarski inspektor. Sporty niehigieniczne 150.
Protest posła do parlamentu Dra Michla. Lekarze praktyczni w Anglii. Partactwo reklamowe w Ameryce 164.
Ustawa emerytalna dla lekarzy okręgowych. Popieranie zdrojowisk krajowych. Koło lekarzy fabrycznych w Łodzi 180.
Co może organizacya. Brak lekarzy wojskowych 196.
Przyjęcie taksy lekarskiej przez Stowarz. lekarzy polskich w Warszawie 209.
Uzupełnienie organizacyi sanitarnej w Austryi. Partya socyalno-demokratyczna wobec lekarzy. Odprzedawanie praktyki. Ulepszenia higieniczne w wyższych szkołach kobiecych w Berlinie 209.
Kasa chorych dla lekarzy. Brak lekarzy pomocniczych. Kasa pogrzebowa lekarzy bawarskich. Zakaz używania fosforu białego i żółtego. Częste uszkodzenia ługiem żrącym. Zaopatrzenie w wodę do picia. Ruchome muzeum przeciwgruźlicze. Sprawa zmiany przepisów dla położnych w Niemczech. Stosunki higieniczne młodzieży szkolnej w Niemczech. Śmiertelność dzieci w Anglii 224.

VIII. a. Statystyka i epidemiologia.

W każdym numerze.

IX. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

X. Nekrologia.

XI. Bibliografia.

W każdym numerze; zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba tlusta oznacza artykuł oryginalny).

SPIS AUTORÓW

Nr 1 Kraków, 2 stycznia 1909. Rok XLVIII.

Redakcya: ulica Wielopole 4. Telefon 93.
Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.
Konto pozt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZ. LEKARZY GALICYJSKICH,
ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODN. W PETERSBURGU,
TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO
ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.
WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal. numer podwójnej objętości 1 kor.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Prof. dr St. Dobrowolski, dr A. Akerman, prof. dr Fr. Krzysztalowicz, prof. dr Ks. Lewkowicz, doc. dr M. Rutkowski, dr B. Wojciechowski, z ramienia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego; prof. dr T. Browicz, prof. dr St. Pareński, jako delegaci Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Komisya referatowa: Przewodniczący: Redaktor główny, sekretarz: dr Stahr; inspektor dr Bier (higiena), prof. dr Baurowicz (laryngologia i otyatrya), dr Blassberg (medycyna wewnętrzna), prof. dr Bochenek (medycyna teoretyczna), doc. dr Chlumsky (chirurgia), prof. dr Dobrowolski (położnictwo i ginekologia), doc. dr Gliński (patologia), dr Maryan Godlewski (medycyna wewnętrzna), doc dr Horoszkiewicz (medycyna sądowa i nauka o ubezpieczeniach od wypadków), dr Klęsk (chirurgia), prof. dr Krzyształowicz (choroby skórne i weneryczne), prym. dr Jan Landau (choroby dzieci), doc dr Latkowski (medycyna wewnętrzna), prof. dr Lewkowicz (pedyatrya), prof. dr Łepkowski (dentystyka), prof. dr Majewski (okulistyka). doc dr Nowotny (laryngologia), dr Rydel (neurologia i psychiatrya), dr Stahr (sprawy zawodowe i hematologia).

Podkomisya redakcyjna w Łodzi: Przewodniczący: Dr S. Sterling (Piotrkowska 111), sekretarka: dr A. Zieleniewska-Trenknerowa, członkowie: J. Brudziński, A. Goldman, J. Grabowski, Z. Garlicka, B. Handelsman, K. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner

Żaden przetwór nie przyspiesza tak wessania jak

Vasogen

Rtęciowo-vasogenowa-maść
33⅓% i 50%
zawiera Hg dokładnie roztarte, łatwo i prędko ulega wessaniu, nie brudzi bielizny, jest przetworem trwałym i tańszym niż Ung. cin.

Ponieważ znajdują się bezwartości przetwory podrobione prosimy polecać tylko nasze — bez wskazań — przetwory w oryginalnem zapakowaniu „Pearson".

Lactagol

swoiście działające lactagogum.
Zadziwiająco szybkie powiększenie się nietylko ilości pokarmu jednak i zawartości tegoż co do tłuszczu i istot białkowych; zwiększenie wyraźnie widoczne po 1—2 dniach.

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Główny skład dla Austro-Węgier:
Wilhelm Maager, Wieden III/3
Heumarkt 3.

Puro sporządza się zawsze wyłącznie z pierwszorzędnego materyału surowego

Tysiące klinicystów i lekarzy praktycznych wyraziły się o „Puro" z uznaniem

PURO

Wyrób pozostaje pod kontrolą chemicznej pracowni Dra Bendera i Dra Hobeina przez państwowo upoważnionych chemików spożywczych Dra Hobeina i Dra Hoppego w Monachium 204

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNY
Dra V. CHLUMSKY'EGO
DOCENTA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
W KRAKOWIE, RYNEK KLEPARSKI 12. — TEL. 540
(OSOBNY BUDYNEK POŁĄCZONY Z OGRODEM).
Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych, gimnastyka lecznicza, masaż, APARATY MOTOROWE mechano-terapeutyczne, leczenie gośćca i chorób stawów gorącem powietrzem. Aparat Roentgenowski. Kursa masażu dla lekarzy. Własny wyrób ortopedycznych przyrządów, gorsetów, pasów brzusznych, bandaży przepuklinowych. — ROBOTNICY OD HESSINGA. 209
Zakład otwarty cały rok i prowadzony tylko przez lekarzy.

Wyrób i główny skład u Karola Jahra, apt. w Krakowie.
Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!
Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"
Przetwór leczniczy składający się: z Kali jod 0·05 Ferratin 0·10 Calc. glycer. phosph. aa. 0·10 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.
Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr" polecane są z dobrym skutkiem przy blednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p.
Dawka dzienna: dla dzieci 2—4 sztuk, dla dorosłych 6—9 sztuk.
Tylko w oryginalnych pudełkach zawierających 24 sztuk.
Cena 2 koron 50 halerzy. 215
Składy we wszystkich aptekach.

SANATORYUM DLA CHORYCH PSYCHONERWOWYCH
LWÓW, „NAD ŻELAZNĄ WODĄ" Przyjmuje się chorych dotkniętych wszelkiemi postaciami chorób umysłowych. Zbudowane i urządzone na wzór sanatoryów zagranicznych. Postępowanie z chorymi z powodu ograniczonej liczby ściśle indywidualizujące. Opieka domowa. Obfitość rozrywek. Cena 10 K. i więcej na dobę. Bliższe szczegóły na żądanie.
Dr JAN ŚWIĄTKOWSKI, KIERUJĄCY LEKARZ. 126

Kalendarz lekarski krakowski na rok 1909 już wyszedł z druku i jest do nabycia w księgarni KRZYŻANOWSKIEGO (Rynek A—B) i w Redakcyi (Doc. Dr GLIŃSKI, Collegium Medicum). (Patrz na przedostatnią stronę okładki).



Aperitol

Nazwa prawnie chron., do D. R. Pat. zgłoszona
Isovaleryt + Acetyl — Phenophtalein,
łagodnie i bezpośrednie działający zupełnie nieszkodliwy

środek przeczyszczający

w postaci

smacznych **cukierków owocowych** Pudełeczka oryg. po 15 sztuk M. 1

łatwo rozpadających się **kołaczyków** Rurki oryg. po 12 sztuk M. 0,65

Aperitol zawiera wypróbowaną jako środek przeczyszczający

Phenolphtaleinę, złączoną chemicznie z działającą uspokajająco przy bólach brzucha **waleryaną.**

Piśmiennictwo i próbki do rozporządzania. 84 d

J. D. Riedel A. G. Berlin Nr. 39.



JÓZEF GORECKI

PREMIOWANA FABRYKA 228

SIATEK, MEBLI, KONSTRUKCYI ŻELAZNYCH I WYROBÓW ORNAMENTALNYCH KUTYCH

W KRAKOWIE, UL. ŚW. WAWRZYŃCA L. 26.

Poleca się do wykonania po najtańszych cenach: Wszelkich siatek maszynowych i ręcznych, służących do ogrodzeń, ochron raf, betonów, materyałów sprężynowych i t. p. — Mebli żelaznych i mosiężnych tanich i wykwintnych do urządzeń lekarskich, szpitali, klinik, internatów i ogrodów. — Konstrukcyi dachów, schodów żelaznych w różnych systemach, pawilonów, werand, markiz, okien, bram i portali. — Wyrobów artystycznych z żelaza, miedzi i bronzu kutych, jak wszelkich krat, balustrad, balkonów, ogrodzeń, krzyży, wieńców i kwiatów, świeczników, latarń i kandelabrów i t. p. — Drut kolczasty i wzdętochrony do ratowania bydła.

Magazyn własny we fabryce przy ulicy św. Wawrzyńca Nr 26.
Adres listów i telegramów wyraźnie:
JÓZEF GORECKI — KRAKÓW. Telefon Nr. 277

Fibrolysin

łatwo we wodzie rozpuszczalne

połączenie thiosinaminy.

Działanie rozmiększające blizny przy

zwężeniach, strykturach, przykurczeniach i zrostach wewnętrznych.

Niebolesne wstrzyk. śródmięśn.

Rozczyn fibrolysiny

jałowy we fiolkach po 2·3 cm³.

Tannoform

produkt kondenzacyjny z

kw. garbnik. i formaldehydu.

Używa się wewnętrznie i zewnętrznie.

Zupełnie nietrujący

środek ściągający i przeciwbiegunkowy.

Środek przeciwgnilny

z działaniem odwaniającem.

Zmniejsza znakomicie wydzielinę przy

nadmiernem poceniu się.

Tannoformowy proszek do posypywania

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie i opłatnie. 19 b

E. MERCK-DARMSTADT.

Dr Kahlbaum, Görlitz
Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i umysłowych.
Otwarty zakład leczniczy dla chorych nerwowych.
Zakład leczniczo-wychowawczy
dla młodocianych chorych nerwowych i umysłowych. 125

ALMATEINA NERALTEINA
O żądanie próbek proszą
MEDYOLAN Lepetit, Dollfus & Gansser WIEDEŃ, IX/2

Fersan

(Jolles).

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).

ŻELAZO! FOSFOR! zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.

Kołaczyki czekoladowo-jodowo-fersanowe dla dzieci
(w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).
D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.

Kołaczyki fersanowe.

Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych
(w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk).
D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazania.

Nowość! 41

Pastylki-bromowe-fersanowe

Panom Lekarzom piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Fersan-Werk, Wien IX.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 2. stycznia 1909. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

O doświadczalnym przeroście serca.

Napisał

Docent Dr Erwin Mięsowicz,

asystent kliniki.

Badania kliniczno-anatomiczne Romberga (1), Hasenfelda (2) i Hirscha (3) wykazały, że w przebiegu miażdżycy układu naczyniowego człowieka, następuje tylko wówczas przerost serca lewego, jeżeli sprawa chorobowa obejmuje bądź to naczynia trzewne, bądź też tętnicę główną w części piersiowej. Wyniki, uzyskane przez tych autorów, zachęcały do doświadczalnego zbadania tej sprawy, a to tem bardziej, że materyał, na którym oparli oni swe twierdzenie był dość skąpy. Szczególnie zaś chodziło o zbadanie zachowania się mięśnia sercowego w tych przypadkach, w których zmiany sklerotyczne obejmowały albo tylko naczynia trzewne albo też tętnicę główną w części piersiowej.

Z chwilą stwierdzenia, że adrenalina oraz inne ciała podnoszące parcie krwi (digalen, chlorek barowy) mają własność wywoływania zmian »arteryo-nekrotycznych« w układzie tętniczym królika, usadowionych przeważnie w tętnicy głównej i to w części piersiowej, nic nie stało na przeszkodzie zbadaniu doświadczeniem wspomnianej sprawy. — Aczkolwiek bowiem badania anatomo-histologiczne wykazały, że zmiany »miażdżycowe« u królika nie są tożsame co zmiany miażdżycowe napotykane w tętnicy głównej człowieka, to mimo to zmianom w tętnicy głównej królika można było przyznać bez wahania to samo znaczenie co do wpływu na czynność krążenia krwi, jak zmianom sklerotycznym w tętnicy głównej człowieka. Z powodu bowiem zmian »arteryonekrotycznych« w tętnicy głównej królika, powierzchnia tej tętnicy stawała się nierówną, a ściany jej traciły na sprężystości. Wytwarzały się zatem warunki fizyczne analogiczne do warunków, napotykanych w miażdżycy u człowieka.

Już pierwsi badacze zmian w naczyniach powstających u królików po wstrzykiwaniu adrenaliny zwracali uwagę na przerost serca, napotykany u zwierząt, którym środek ten przez czas dłuższy śródżylnie wstrzykiwano. (Josue, Scheidemantel, Erb). Rzętkowski (4) zważył serca u trzech zwierząt, którym przez czas dłuższy adrenalinę wstrzykiwał i stwierdził przerost serca.

W pracy mojej (5) nad zmianami w narządach wewnętrznych królika pod wpływem działania śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny również uwzględniłem i sprawę przerostu serca i starałem się ją wyjaśnić na podstawie materyału statystycznego, posługując się metodą oznaczenia ciężaru serc i ciężaru zwierząt.

W ostatnich czasach Grober (6) opracował tę sprawę i posługując się również ważeniem serc, sposobem Müllera, doszedł do ciekawych wyników.

Doświadczenia moje, ogłoszone przed dwoma laty, przeprowadzałem w dalszym ciągu i rozszerzyłem je oraz utwierdziłem nowymi pomiarami wagowymi. Ponieważ liczby uzyskane przezemnie nieco odmiennie przedstawiają się od innych pomiarów, a przyczyna powstawania przerostu serca pod wpływem działania adrenaliny dotąd nie jest dostatecznie wyjaśnioną, uważam za stosowne zebrane przezemnie wyniki poniżej przedstawić.

Oznaczenie ciężaru odrębnych narządów ustroju może być zużytkowane tylko w razie znajomości ciężaru narządów prawidłowych i to z uwzględnieniem ciężaru całego ciała.

Co do oznaczenia ciężaru mięśnia sercowego w ustroju człowieka za wzorową i rozstrzygającą uchodzi rozprawa Müllera. Prawidła wykonywania pomiarów, w niej przedstawione, muszą być stosowane także do pomiarów serca zwierzęcego.

Do pomiarów moich używałem królików, którym przez czas dłuższy, bo nawet kilkomiesięczny, wstrzykiwałem adrenalinę śródżylnie w dawkach, podanych w przytoczonej tabeli. W tabeli tej zawarte są również objaśnienia co do zmian w tętnicy głównej oraz innych danych mających w tej sprawie znaczenie.

Dla oznaczenia ciężaru serca u królików, odcinałem tętnicę główną i płucną na wysokości zastawek półksiężycowych aorty, żyły przy wejściu do przedsionków; komory i przedsionki szeroko otwierałem, by je szybko (celem zapobiegnięcia wysychania) i dokładnie oczyścić ze skrzepów. Następnie ważyłem serce w całości. Ciężaru pojedynczych odcinków serca, podzielonego sposobem Müllera na sześć części, nie oznaczałem, gdyż po kilku próbach doszedłem do przekonania, że wobec małego ciężaru poszczególnych części serca, oznaczanie takie jest często przyczyną rozmaitych niedokładności. Z jednej strony bowiem, z powodu drobności pojedynczych części nie można było podziału bez zarzutu wykonać, z drugiej strony zaś dłużej

trwające manipulacye były przyczyną wysychania a więc i ubytku na wadze pojedyńczych ścian.

Z porównania jednak serc królików prawidłowych z sercami królików, którym wstrzykiwałem śródżylnie adrenalinę, doszedłem do pewnego przekonania, że zmiany, napotykane w sercach królików, które otrzymywały wstrzykiwania adrenaliny, odnoszą się prawie wyłącznie do komory lewej. Różnica między zachowaniem się komory lewej i prawej była łatwo dostrzegalną dla oka, a nieraz wprost uderzająca.

Następnie musiałem oznaczyć ciężary serc królików prawidłowych.

Oznaczyłem w tym celu ciężary ciała 34 królików prawidłowych i dokładnie zważyłem ich serca. Liczby średnie uzyskane z tych pomiarów, zestawiłem z liczbami podanemi przez Hasenfelda i Romberga, które opierają się na materyale, zebranym z 32 zwierząt. Uzyskane liczby zestawiłem podług ciężaru ciała w następujący sposób:

Tabl. I.

Ciężary serc królików prawidłowych.

Ciężar ciała	Ciężar serca	% w stosunku do ciężaru ciała
1300—1399	3·20	0·24
1400—1499	3·46	0·24
1500—1599	3·50	0·23
1600—1699	4·16	0·25
1700—1799	4·50	0·25
1800—1899	4·60	0·26
1900—1999	4·92	0·22
2000—2099	4·92	0·23
2100—1199	4·80	0·24
2200—2299	5·21	0·23
2300—2399	5·60	0·23
2400—2499	5·65	0·23
2500—3000	9·88	0·37

Z liczb przytoczonych w powyższem zestawieniu wynika, że ciężar serca królika jest ilością bardzo niestałą. Ocenianie jego ciężaru bezwzględnego nie ma żadnej wartości, a dopiero porównanie ciężaru serca prawidłowego z ciężarem serca zwierzęcia użytego do doświadczenia z jednoczesnem uwzględnieniem ciężaru całego ciała może dać w przybliżeniu obraz odpowiadający rzeczywistemu stanowi rzeczy.

Z pomiarów wagowych zwierząt użytych do doświadczeń uzyskałem liczby przedstawione w poniższem zestawieniu. (Tabl. II).

Z porównania liczb przedstawionych w obu przytoczonych tabelach, otrzymujemy poniższe zestawienie. (Tab. III)

Zestawienie poniższe udowadnia w sposób niewątpliwy, że u wszystkich zwierząt, którym wstrzykiwano adrenalinę, nastąpił wyraźny przerost serca i to, jak z powyżej wypowiedzianych uwag wynika, przerost serca lewego. — Przerost ten jest u niektórych zwierząt dość spory i waha się od 0·44 gr. do 2·45 gr. przy ciężarze serca prawidłowego, wahającym się od 4·30 gr. do 11·70 gr.

Stwierdzenie pojawienia się niewątpliwego i bardzo wyraźnego przerostu serca u królików, którym wstrzykiwano śródżylnie adrenalinę, nasuwa następujące pytania: 1) Czy istnieje związek między zmianami anatomicznemi, powstałemi po wstrzykiwaniach adrenaliny w tętnicy głównej królika, a wielkością przerostu serca. 2) Czy istnieje związek między ilością wstrzykiwań adrenaliny i między wielkością poszczególnych wstrzykiwaniach dawek a przerostem serca.

Tabl. II.

L. p.	Ciężar ciała w gr.	Waga serca w gr.	% w stosunku do ciężaru ciała	Określenie zmian w tętnicach	Liczba wstrzykiwań	Wielkość średnia wstrzykiwań	Całkowita ilość wwlagu nad nercza w cm³
1	1320	4·30	0·33	Zmiany nieznaczne	31	0·40	12·60
2	1450	3·90	0·27	W całej tętnicy gł. dość znaczne zmiany	16	0·20	3·40
3	1500	4·70	0·31	W tętnicy głównej piersiowej niewielkie zmiany	12	0·18	2·20
4	1650	5.10	0·32	W całej tętnicy głównej wielkie zmiany	32	0·39	12·60
5	1750	5·30	0·30	Mierne zmiany w głównej tętnicy piersiowej	11	0·16	1·80
6	2050	7·—	0·35	Tętnica główna bez zmian	15	0·18	2·80
7	2150	5·50	0·26	W tętnicy głównej piersiowej i brzusznej nieznaczne zmiany	48	0·47	12·60
8	2250	7·20	0·30	Tętnica główna bez zmian	45	0·40	19·20
9	2250	7·15	0·30	Tętnica główna bez zmian	50	0·30	15·00
10	2300	7·—	0·27	W tętnicy głównej piersiowej i brzusznej zmiany średnie	22	0·33	7·40
11	2350	8·20	0·30	W tętnicy głównej piersiowej i brzusznej małe zmiany	32	0·35	11·30
12	2350	7·90	0·28	W całej tętnicy głównej znaczne zmiany	36	0·35	12·66
13	2500	6·80	0·27	W całej tętnicy głównej znaczne zmiany	122	0·29	35·00
14	2500	6·60	0·26	Tętnica główna w całości bez zmian	63	0·39	24·80
15	2500	8·—	0·32	Znaczne zmiany w całej tętnicy głównej	125	0·10	12·50
16	2500	8·1	0·32	Tętnica główna bez zmian	120	0·10	12·00
17	2690	10·—	0·37	Znaczne zmiany w tętnicy głównej	130	0·15	19·50
18	2700	11·70	0·43	Tętnica główna bez zmian	15	0·20	3·10
19	2700	10·—	0·37	Zmiany w tętnicy głównej nieznaczne	133	0·14	19·50

Tabl. III.

Liczba porządkowa	Ciężar serc przerosłych	Ciężar serc prawidłowych	Różnica
1	4·30	3·20	1·10
2	3·90	3·46	0·44
3	4·70	3·50	1·20
4	5·10	4·16	0·94
5	5·30	4·50	0·80
6	7·00	4·92	2·08
7	5·50	4·80	0·70
8	7·20	5·21	1·99
9	7·15	5·21	1·94
10	7·00	5·60	1·40

Liczba porządkowa	Cie ar serc przerosłych	Ciężar serc prawidłowych	Różnica
11	8·20	5·60	2·60
12	7·90	5·60	2·30
13	6·80	5·60	1·20
14	6·60	5·65	0·95
15	8·00	5·65	2·35
16	8·10	5·65	2·45
17	10·00	9·88	0·12
18	11·70	9·88	1·82
19	10·00	9·88	0·12

Odpowiedzi na powyższe pytania poszukiwać należy w powyżej przytoczonych zestawieniach. Co do pytania pierwszego, to stwierdzić możemy, że u zwierząt wyliczonych w tabelce II. pod l. p. 6, 8, 9, 14, 16, 18, przerost serca był bardzo wyraźny, a nawet dochodził odsetkowo najwyższych osiągniętych wartości (królik l. p. 18). U wszystkich zwierząt tych tętnica główna nie okazywała żadnych makroskopowo wykazać się dających zmian anatomicznych.

Co się tyczy zwierząt, okazujących znaczne zmiany anatomiczne w zakresie tętnicy głównej (l. p. 2, 4, 12, 13, 15, 17), to i u nich stwierdzamy wyraźny przerost serca, nie przekraczający jednakowoż nigdy liczb, określających przerost serca u królików bez zmian anatomicznych w tętnicy głównej.

Z tego niedwuznacznie wynika, że przerost serca u królików, którym wstrzykiwano śródżylnie adrenalinę, jest niezależny od zmian anatomicznych, powstałych w tętnicy głównej tych zwierząt, — i że przyczyny jego należy poszukiwać w innych czynnikach.

Co do związku pomiędzy ilością wstrzykiwań, a przerostem serca, to (w pewnych granicach) również nie można wykazać wyraźnego związku. Np. królik Nr 5. otrzymał jedenaście wstrzykiwań w odstępach dwudniowych, a przyrost ciężaru serca wynosił już 0·80 gr. Zwierzęta Nr 17 i 19 otrzymały 130 wstrzykiwań, a przerost serca dochodził zaledwie 0·12 gr. Zwierzęta l. p. 15, 16, otrzymały znaczną ilość wstrzykiwań, a przerost serca w tych przypadkach był znowu bardzo wyraźny. Muszą tu zapewne mieć znaczenie jeszcze indywidualne właściwości używanych zwierząt.

Tak samo nie można wykryć stałego i ścisłego stosunku pomiędzy przerostem serca, a wielkością dawki wstrzykiwanej adrenaliny. I to również wykazać można przez porównanie ciężarów serc przerosłych i wielkości jednorazowej dawki wstrzykiwanej adrenaliny. Zwierzę l. p. 7 otrzymywało np. wstrzykiwania adrenaliny w dawkach największych, a przerost serca wynosił 0·70 gr., gdy natomiast u zwierzęcia l. p. 15 lub 16 przy małych dawkach jednorazowych przerost serca był znaczny, gdyż wynosił 2·35 i 2·45 gr.

Z wywodów tych wypływa, że: 1) Nie można wykazać zależności między przerostem serca a zmianami anatomicznemi w tętnicy głównej królika. 2) Wielkość dawki jednorazowo wstrzykiwanej (w ilościach przez nas używanych), nie ma znaczenia w sprawie przerostu serca. 3) Stosunkowo niewielka liczba wstrzykiwań wystarcza już do wywołania wyraźnego przerostu serca.

Nasuwa się zatem pytanie, w czem należy upatrywać przyczyny pojawienia się przerostu serca po śródżylnych wstrzykiwaniach adrenaliny?

Po wyłączeniu wpływu zmian anatomicznych na powstawanie przerostu serca po wstrzykiwaniach adrenaliny, musimy przyczyny tego przerostu poszukiwać w działaniu tej substancyi na czynności układu krążenia.

Wątpliwą rzeczą wydaje się nam, by wzmaganie się, po wstrzyknięciu adrenaliny, pracy serca, zużywane na pokonywanie oporów nagle powstających w krążeniu, po części objawiające się olbrzymiem, bo przeszło dwukrotnie wyżej prawidłowego podnoszącem się parciem krwi, mogło być główną i ważną przyczyną w powstawaniu przerostu serca. Krótkotrwałe bowiem działanie adrenaliny, objawiające się podniesieniem parcia krwi i równoległe z tem zachowanie się sztucznie wywołanych oporów w krążeniu, nie wystarczałoby do wytłómaczenia przerostu serca, stwierdzanego już po względnie nielicznych wstrzykiwaniach.

Przyczyny, wywołującej w głównej mierze powstawanie przerostu serca po wstrzykiwaniach adrenaliny należy prawdopodobnie upatrywać w jednym z tych objawów działania tego środka, o którym przypuścić można, że nie jest tak rychło przemijającym, jak podniesienie parcia krwi oraz zwężenie naczyń obwodowych.

Mamy tu na myśli bezpośrednie działanie adrenaliny na mięsień sercowy.

Badania Gottlieba (7) udowodniły, że wyciąg z nadnercza wzmaga pracę samego mięśnia sercowego. Wzmożenie pracy mięśnia sercowego pod wpływem działania adrenaliny było tak znaczne, że w pierwszej swej pracy uważał je Gottlieb nawet za główną przyczynę podniesienia parcia krwi. Czy adrenalina wywołuje wzmożenie pracy mięśnia sercowego przez działanie na ośrodki automatyczne serca, jak to twierdzi Gottlieb, czy też przez działanie wprost na mięsień sercowy, jak sądzi Cleghorn, Bardier, Baylac i Neujean (8), jest dotąd sprawą nierozstrzygniętą, a przytem dla nas mniejszej wagi.

Zasadniczą sprawą dla nas jest rozstrzygnięcie pytania, czy adrenalina wprowadzona śródżylnie do obiegu krwi, dłuższy czas w nim krąży i wykazać się daje. Stwierdzenie bowiem znajdowania się adrenaliny we krwi w dłuższy czas po jej wprowadzeniu do obiegu krwi, tłumaczyłoby bardziej trwałe działanie tego środka na mięsień sercowy.

Wobec bardzo szybkiego przemijania najwyraźniejszych objawów działania adrenaliny na narząd krążenia, sądzono, że środek ten szybko ulega w ustroju utlenieniu i zniszczeniu. — Dopiero doświadczenia Embdena i Fürtha wykazały, że ani krew, ani narządy ustroju, roztarte z wyciągiem z nadnercza, nie zmniejszają jego działania, nawet po upływie dwóch godzin. — Z tego powodu wyłączają ci autorowie niszczące działanie tkanek ustroju na wyciąg z nadnercza. Zdaniem ich przyczyną szybkiego przemijania działania adrenaliny jest rozcieńczenie jej w ustroju.

Że adrenalina, śródżylnie wprowadzona do ustroju, nie tak szybko z niego znika, najdobitniej wykazały doświadczenia Harrisa, wykonane na kotach. Dwom kotom odpreparowywał on żyłę i tętnicę szyjną. Naczynia te łączył między sobą kaniulami, a nadto tętnice z manometrem rtęciowym. Jednemu z kotów wstrzykiwał adrenalinę. Skoro parcie tętnicze, wzmożone po wstrzyknięciu adrenaliny, opadło, wprowadzał krew z tętnicy tego kota do obiegu krwi drugiego zwierzęcia. Po przejściu pewnej ilości krwi pierwszego kota do obiegu krwi drugiego kota, podnosiło się u tego zwierzęcia parcie krwi. Z doświadczenia tego Harris słusznie wnosi, że znikanie jednego z widocznych objawów działania adrenaliny, mianowicie podniesionego parcia krwi nie stoi w związku ze zniknięciem tej substancyi ze krwi, lecz z zachowaniem się mięśni naczyń krwionośnych.

To, że adrenalina, wstrzyknięta do krwiobiegu, pomimo powrotu parcia krwi do wartości prawidłowych, nie znika z krążenia, mogłem również w następujący sposób wykazać: królikowi, któremu przez kilka miesięcy wstrzykiwałem adrenalinę, i który znosił znaczne jej ilości, wstrzyknąłem jednorazowo 2 cm³ adrenaliny kupnego roztworu. Po $^1/_2$ godziny utoczyłem mu z żyły usznej 6 cm³ krwi. Krew tę następnie wstrzyknąłem królikowi prawidłowemu, którego tętnicę nosową połączyłem z kimografionem. Wynikiem tego wstrzykiwania było znaczne podniesienie się parcia krwi.

Niemałej wagi w rozstrzygnięciu pytania, jak długo adrenalinę wstrzykniętą śródżylnie można wykazać we krwi, było zastosowanie odczynu Ehrmana celem wykazywania tej substancyi.

Odczyn ten, jak wiadomo, polega na tem, że źrenica

wyłuszczonej gałki ocznej żaby rozszerza się wyraźnie nawet pod wpływem działania bardzo małych ilości adrenaliny.

Zapomocą tego odczynu mogłem wykazać, że surowica krwi królika prawidłowego nie działa rozszerzająco na źrenicę oka żaby. — Skoro jednak do obiegu krwi zwierzęcia prawidłowego wprowadziłem $^1/_4$ cm^3 rozczynu adrenaliny, to surowica krwi zwierzęcia tego nabywała własności rozszerzających źrenicę wyłuszczonego oka żaby. Rozszerzające źrenicę żaby działanie tej surowicy, mogłem wykazać nietylko we krwi, którą utoczyłem w $^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu adrenaliny, ale jeszcze w krwi, utoczonej 5 godzin później. Odczyn Ehrmana w surowicy, otrzymanej 5 godzin po wstrzykiwaniu, był bardzo wyraźny. Nawet w 20 godzin po wstrzykiwaniu można było stwierdzić w surowicy słaby, ale niewątpliwy odczyn Ehrmana.

Z przytoczonych doświadczeń Harrisa i moich wynika zatem, że adrenalina, wprowadzona do krwiobiegu, nie szybko z ustroju znika. Znika tylko jeden z najbardziej wpadających w oczy objawów jej działania, mianowicie podniesienie parcia krwi w tętnicach.

Słusznem wobec tego będzie zapatrywanie, że działanie adrenaliny na mięsień sercowy trwa czas dłuższy, wielokrotnie może przewyższający czas podniesienia parcia krwi w tętnicach pod wpływem działania tego środka. — Przyjęcie zaś takiego zapatrywania co do działania adrenaliny na narząd krążenia, dostatecznie tłómaczyłoby nam przyczynę powstawania przerostu serca u królików. Często bowiem powtarzająca się, a dłuższy czas trwająca wzmożona praca mięśnia sercowego może być wystarczającą przyczyną powstawania przerostu serca.

Co się zaś tyczy wspomnianych na wstępie badań anatomiczno-klinicznych, to można na podstawie wyników doświadczalnych, uzyskanych przez nas twierdzić, że wyniki te nie mogą służyć na poparcie zapatrywania, jakoby miażdżyca piersiowej tętnicy głównej człowieka, wywierała większy wpływ na powstawaine przerostu serca.

Wyniki doświadczeń naszych stwierdzają nadto, że pod wpływem środka, którego działanie na mięsień sercowy jest niewątpliwe, a rzekomo szybko przemijające, wytwarza się wyraźny przerost serca, i to już w stosunkowo krótkim czasie. Stwierdzenie zaś tego faktu jest rzeczą nietylko ciekawą, ale i ze względów praktycznych doniosłą.

Piśmiennictwo. 1) Romberg. Über die Reservekraft etc. Archiv für Exp. Pathol. u. Therapie 1897, Bd. 39. — 2) Hasenfeld. Über die Herzhypertrophie etc. Deuts. Arch. für klin. Mediz. 1897, Bd. 59. — 3) Hirsch. Über die Beziehungen zwischen dem Herzmuskel etc. Deuts. Archiv für klin. Mediz. 1900, Bd. 68. — 4) Rzętkowski. Atheromatosis aortae etc. Berliner klin. Wochs. 1904, Nr 31. — 5) Mięsowicz. Działanie śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny. Rozprawy Akad. Umiej. w Krakowie, 1906. — 6) Grober. Massenverhältnisse des Herzens etc. Verhandl. des Congr. für innere Medizin, 1907. — 7) Gottlieb. Über die Wirkung des Nebennierenextraktes. — Arch. für exp. Pathol. u. Pharm. Bd. 43, 1900. — 8) Piśmiennictwo w pracy Mięsowicza. — 9) Isaac Harris. Über die Zerstörung des Adrenalins. Königsberg, 1904.

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. w Krakowie pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

Propezyna, nowy lek miejscowo znieczulający.

Podał
Dr Władysław Kluger.

Niejednokrotnie już starano się zastąpić kokainę lekiem, któryby dorównując jej co do siły działania znieczulającego, nie miał jednak szkodliwych własności. Pomijając znaczenie, jakie miałby taki środek dla chirurgii i pokrewnych jej gałęzi nauk lekarskich, zaznaczę tylko, jak byłby on pożądany w leczeniu chorób wewnętrznych, gdzie do dziś dnia niosąc choremu ulgę z pomocą: kokainy, kodeiny, morfiny i t. d. równocześnie go zatruwamy. Owocem wspomnianych usiłowań był szereg leków, z których do podawania wewnętrznego nadawał się jeden tylko, t. j. anestezyna, ester etylowy kwasu paramido-będźwinowego. Działanie anestezyny, jakkolwiek nietrujące i niedrażniące, pokazało się jednak zbyt słabem, i nie zapewniło jej szerszego zastosowania. Dlatego też chciałbym zwrócić uwagę na przetwór, uzyskany niedawno we fabryce Fritschego i Sp. w Hamburgu, w oddziale Dra Lüdersa, który ma działać znacznie silniej znieczulająco, niż anestezyna, będąc równocześnie zupełnie nieszkodliwym. Nowy ten lek: ester propylowy kwasu paramido-będźwinowego, $C_6 H_4 < \begin{matrix} NH_2 \ (1) \\ COO C_3 H_7 \ (4) \end{matrix}$, nazwany fabrycznie: *propaesinum*, ma postać białego, krystalicznego proszku, oddziałującego obojętnie, w wodzie bardzo mało rozpuszczalnego, rozpuszczającego się natomiast z łatwością w wyskoku, eterze i innych organicznych rozczynnikach. Proszek ten, wtarty w błonę śluzową wargi lub wzięty na język, wywołuje bardzo szybko wybitne znieczulenie; posmak ma gorzkawy. Rozpylony na spojówkę królika znosi—jak przekonałem się,—natychmiast odruch rogówkowy; przy użyciu minimalnej ilości propezyny zniesienie to trwało około $^1/_2$ godziny, przy większej ilości, nawet po upływie 24 godzin można było jeszcze zauważyć wyraźne osłabienie odruchu, obok braku jakichkolwiek objawów podrażnienia. Propezyna podawana wewnętrznie w dużych nawet dawkach, ma być zupełnie nieszkodliwą. Wedle zapewnień fabryki, dawkę: 2 gr. człowiek ma znosić bardzo dobrze, bez jakichkolwiek objawów ubocznych. Podawana w ilościach od 0·50—1·0—2·0 *p. dosi* ma propezyna działać bardzo szybko, najpóźniej do 2 minut. Na zasadzie swoich własności, może propezyna znaleźć zastosowanie we wszystkich działach medycyny praktycznej, w rozmaitej postaci, wewnętrznie i zewnętrznie. Wewnętrznie zażywać można propezynę albo w proszku, albo w postaci kołaczyków. Wskazaniem do podania jej w proszku są wszelkie bole żołądka, tak czysto nerwowego pochodzenia, jak i pojawiające się przy wrzodzie okrągłym lub raku żołądka, nudności, niestrawność nerwowa, wymioty u ciężarnych i t. d, zatem te wszystkie przypadki, w których dotąd stosujemy kokainę. Dalszem wskazaniem do podania propezyny są wszelkiego rodzaju bole w jelitach, kłucie, i t. d. Jeżeli chodzi o to, by zadziałała w żołądku, zażywać ją należy w opłatku, gdyż tym sposobem unika się znieczulenia jamy ustnej i przełyku,

jeśli zaś ma działać dopiero w jelitach, zażywa się ją w pigułkach keratynowych. Sądzę jednak, że zamiast w pigułkach keratynowych (jak to poleca fabryka), lepiej byłoby podawać propezynę w poleconych przez Prof. Jaworskiego[1]) pigułkach, powleczonych łojem baranim, topniejącym w ciepłocie 45—50° C, pigułki keratynowe bowiem są po większej części w przewodzie pokarmowym nierozpuszczalne. Dla znieczulenia przełyku, można propezyny użyć w proszku, zawiesinie, lub wreszcie ją wdmuchiwać. Przy podrażnieniu do kaszlu podaje się kołaczyki miętowe lub waniliowe, — wyrabiane przez fabrykę — zawierające po 0·02 propezyny. Propezynę można stosować dalej w postaci maści, czopków przy guzach krwawniczych, laseczek do cewki moczowej, zawiesiny, wszędzie tam, gdzie chodzi o usunięcie bolu lub wywołanie miejscowego znieczulenia.

Równocześnie z propezyną wprowadza ta sama fabryka do lecznictwa przetwór nazwany *dipropaesinum*, składający się z dwóch drobin propezyny: $CO < \begin{matrix} NH - C_6H_4 - Coo\,C_3H_7 \\ NH - C_6H_4 - Coo\,C_3H_7 \end{matrix}$ Dipropezyna jest to również biały, krystaliczny proszek, o oddziaływaniu obojętnem, nierozpuszczalny zupełnie w wodzie, łatwo rozpuszczalny w alkoholu etylowym, trudno natomiast w innych rozczynnikach. Sama przez się dipropezyna nie działa znieczulająco, lecz dopiero w fizyologicznie alkalicznym rozczynie ma odszczepiać działającą znieczulająco propezynę. Dipropezyna przechodzi zatem bez wpływu przez usta i przełyk, a dopiero w żołądku i jelitach propezyna działa *in statu nascendi*. Z tego względu byłaby dipropezyna jedynym w swoim rodzaju lekiem. W dawkach od 0·50 ma wpływać uspakajająco na system nerwowy i sprowadzać znużenie, po 1 gr. ma działać nasennie bez nieprzyjemnych objawów ubocznych. Tego wpływu dipropezyny na układ nerwowy, tłómaczącego się jej budową, na podstawie której trzeba ją uważać za produkt pochodny od mocznika, nie uznaję za zaletę, lecz przeciwnie uważam go za wadę tego przetworu; działanie nasenne jest przecież ubocznem i zgoła zbytecznem przy środku, który ma wyłącznie miejscowo znieczulać. Wobec tego zaś, że dipropezyna nie jest lekiem nasennym, lecz działanie to jest u niej ubocznem i nieprzyjemnem, wątpię, by uzyskała ona prawo obywatelstwa w lecznictwie, jeśliby nawet jej dodatnie strony stwierdzone i ustalone zostały.

Chcąc się przekonać o wartości propezyny, rozpoczęliśmy stosować ją na materyale klinicznym. Kołaczyki po 0·02 leku zawierające, podawaliśmy przy kaszlu różnego pochodzenia, dotąd w 21 przypadkach. Z tego w 2 przypadkach u chorych na gruźlicę płuc, po zażyciu jednego kołaczyka pojawiło się silniejsze zadrażnienie do kaszlu, pomimo tego, że w jednym z nich kołaczyki miętowe zastąpiono waniliowymi. W czterech przypadkach chorzy nie odczuli żadnej ulgi w kaszlu. W pozostałych piętnastu doznawali chorzy pewnej większej lub mniejszej ulgi, kaszel był lżejszy i rzadszy. Objawów ubocznych nie stwierdzono w żadnym przypadku, jedynie pojawiało się u wszystkich chorych uczucie znieczulenia języka. Propezynę w proszkach po 0·50 podano w następujących przypadkach:

U trzech chorych na raka żołądka; dwaj z nich doznali pewnej wyraźnej ulgi w bolach, u trzeciego bole po zażyciu szybko i znacznie się zmniejszały. Podano dalej propezynę u dwu kobiet z wadą serca, które uskarżały się na uporczywe nudności. U jednej z nich nudności nie ustąpiły (chora zażyła w ciągu doby 3 gr propezyny), u drugiej natomiast znikły. Z dwóch przypadków bolów żołądka u chorych na gruźlicę płuc, bole po zażyciu propezyny w jednym natychmiast, w drugim w kilka minut ustępowały. U chorej ze znacznego stopnia bębnicą (*meteorismus*), która skarżyła się na bole żołądka, i u drugiej, u której przypuszczano wrzód okrągły, cierpiącej na bole w dołku podsercowym rozpromieniające się ku grzbietowi, podanie proszków propezynowych nie przyniosło żadnej ulgi.

W obu tych przypadkach podawano lek na krótki czas przed każdorazowem przyjęciem pokarmów. Wszyscy chorzy, którzy zażywali proszki, znosili je doskonale, nie zauważono u nich żadnych objawów ubocznych. U jednego chorego na różę zastosowano 15% maść propezynową, bole po nasmarowaniu nią zajętych miejsc wkrótce ustępowały. Czopki, zawierające po 0·25 propezyny, zastosowano u chorego cierpiącego na guzy krwawnicze bez skutku.

Dipropezynę podawano u trzech chorych, w postaci kołaczyków, zawierających po 0·50; u jednej chorej morfinistki — cierpiącej na bole żołądkowe, bez wyniku, u drugiej z bębnicą i bolami żołądka, u której podanie proszków propezynowych nie sprowadziło polepszenia, występowała po dipropezynie wybitna ulga; u trzeciego wreszcie chorego z porażeniem połowiczem i bolami opasującymi brzucha, bole zmniejszały się, lecz nie ustępowały. W żadnym z tych trzech przypadków chorzy nie czuli znużenia lub senności. Tak więc zastosowano w klinice propezynę w różnej postaci, razem w 35 przypadkach. Z powodu krótkości czasu i nieobfitego odpowiedniego materyału klinicznego, liczba tych przypadków jest zbyt małą, by na jej podstawie wydać stanowczy sąd o wartości nowego leku. U żadnego z chorych, którym podawano wewnętrznie propezynę, nie stwierdzono, nawet po podaniu 1 grama naraz, objawów, któreby za jej szkodliwem działaniem przemawiać mogły. Również w moczu tych chorych nie wykazano obecności składników, któreby świadczyły o podrażnieniu nerek, ani też składników przypadkowych, a prawidłowe składniki moczu pozostały niezmienione. Bądź co bądź nawet na podstawie tej skromnej statystyki, niepodobna propezynie odmówić uśmierzającego działania; dalsze badania w tym kierunku toczą się w klinice. Na razie celem tych zapisków jest zwrócenie uwagi szerszego koła lekarzy praktycznych na nowy lek, godzien przecież, by spróbowano jego wartości.

Wadą propezyny jest jej nieznaczna rozpuszczalność w wodzie, wskutek czego nie można jej użyć do wstrzykiwań podskórnych. *Propaesinum hydrochloricum* — nadesłane nam z fabryki — okazało się również bardzo mało rozpuszczalnem w wodzie. Uzyskanie rozpuszczalnego połączenia propezyny zachęciłoby do dalszych prób zastąpienia nią kokainy, zwłaszcza, gdyby ją można w rozczynie wyjałowić.

---

[1]) Jaworski. Wzmianka o łoju baranim (sebum ovile) jako masie pigułkowej. „Przegląd lekarski". 1906, Nr 3.

Oceny i sprawozdania.

Dr K. Rychliński. **Istota natręctwa myślowego.** Warszawa 1909 (E. Wende i Sp.).

Oryginalna praca polska z dziedziny psychopatologii jest w naszem piśmiennictwie dzisiaj jeszcze rzadkiem zjawiskiem. Autor »Istoty natręctwa myślowego« przytacza bogate i bardzo starannie zebrane piśmiennictwo przedmiotu, mianowicie 45 dzieł i artykułów, wśród których jednak niema ani jednej pracy polskiej. Pierwsza monografia o tym przedmiocie w naszem piśmiennictwie, zawierająca historyczne i najnowsze poglądy na natręctwo myślowe, jest już i z tego względu rzeczą wartościową i pożądaną.

Autor monografii ma nadto i własne bogate doświadczenie, gdyż nadmienia o 138 przypadkach natręctwa myślowego, których historye chorób posiada. Z tych przytacza w swej pracy szczegółowo 4 przypadki — bardzo ciekawe — i z ich analizy psychologicznej wysnuwa autor wnioski własne.

Z obecnych poglądów na natręctwo myślowe trafiają autorowi stosunkowo najbardziej do przekonania poglądy Janeta, który łączy »bredzących neurasteników« piśmiennictwa niemieckiego i »osobników zwyrodniałych« (również z natręctwem myślowem) piśmiennictwa francuzkiego w jedną grupę psychasteników, i pod nazwą »psychastenia« rozumie »częściową słabość umysłową chorych na natręctwo, dla odróżnienia podobnej słabości, spostrzeganej przy histeryi«.

Z rozbioru różnych poglądów i własnego doświadczenia klinicznego dochodzi autor do następujących wniosków własnych:

»1) Natręctwo myśli, polegające na zjawieniu się w świadomości osobnika obcych mu myśli, zazwyczaj w sposób przykry opanowujących go, rozwija się od młodego wieku, pełznie w sposób nieznaczny i dopiero, dopiąwszy znacznego rozwoju, staje się widoczne dla otoczenia«.

»2) Z punktu widzenia psychologicznego, natręctwo myśli zależy od braku kontroli czuć nad wyobrażeniami i od mniejszego rozwoju prostujących sądów. Ostatni niedorozwój jest wtórnem zjawiskiem«.

»3) Przyczyną rozwijania się przewagi wyobrażeń, wyzbywających się kontroli czuć, są właściwe wszystkim nam wyobrażenia o wyraźnem zabarwieniu wzruszeniowem braku czegoś i wyobrażeń o jeszcze zawilszem zabarwieniu«.

»4) Przewagę tę zdobywa sobie natręctwo myślowe dzięki wrodzonym właściwościom danego ustroju nerwowego, który nie jest zdolny sprostać zdrowej pracy psychicznej, związanej z oddziaływaniem afekcyjnem o przeważającem zabarwieniu wzruszeniowem, braku czegoś, jak również wyobrażeń o zabarwieniu wzruszeniowem wyobrażeń innych ludzi«.

Przytoczone wnioski nasuwają pewne uwagi najpierw klinicznej natury. Mianowicie psychastenicy nie określają swych natrętnych myśli, jako »obcych«, ale jako swoje własne, chociaż powstające wbrew ich woli. Myśli »obce« w znaczeniu »idei autochtonicznych« Wernickego są rzeczywiście przez chorych jako obce określane, ale są to już objawy, spotykane w przypadkach obłąkania. Naturalnie mogą istnieć i stany przejściowe, ale typowi psychastenicy (np. wszystkie 4 przypadki, przytoczone przez autora) zazwyczaj uznają natrętne myśli za swoje — męczące w wysokim stopniu. niezależne od woli, ale jednak własne, nie obce.

Drugim wnioskiem autora, co do którego nasuwałyby mi się pewne zastrzeżenia, jest jego wniosek o »niedorozwoju», o »mniejszym rozwoju prostujących sądów«, o tem, że »jest jednak liczny zastęp natrętników, a szczególniej takich, których w klasyfikacyi Janeta zaliczyć należy do grupy czwartej i piątej, na których psychoterapia, najumiejętniej stosowana, wpływu nie wywrze. Tacy, — to, zdaniem mojem, kalecy, których kalectwo polega na swoistym niedorozwoju, na pewnego rodzaju »Imbecillitas« (str. 56). Przeciwko temu poglądowi przemawiałby fakt, że istnieją chorzy z natręctwem myślowem, nie poddający się psychoterapii, i nie wykazujący jednak żadnego zniedołężnienia intelektualnego, a nawet chorzy o wręcz wybitnych i wyjątkowych zdolnościach, znani literaci i uczeni. Zresztą i u zwykłych chorych, nie odznaczających się wybitniejszą inteligencyą, trudno jest mówić o »niedorozwoju« i »mniejszym rozwoju prostujących sądów« wobec tego, iż ci chorzy zazwyczaj krytycznie zapatrują się na swoje myśli natrętne, uznają ich bezpodstawność, a pomimo tego pozbyć się ich nie mogą. Wszak bywają myśli natrętne o treści, zupełnie dla chorego obojętnej, albo natrętne nie myśli, ale wyrazy, również pod względem treści zupełnie obojętne, a jednak tak samo dręczące, — wyłącznie wskutek natręctwa swojego, a nie treści, której bezmyślność chory doskonale pojmuje, przez co się legitymuje z posiadania »prostującego sądu« w dostatecznym stopniu »rozwoju«.

Sądzę, że analiza psychologiczna nigdy nie doprowadzi do wykrycia istoty natręctwa myślowego. Badanie kliniczne pozwala nam stwierdzić u chorego objaw natręctwa myślowego, badanie ścisłe umysłowego stanu chorego pozwala często wykryć, dlaczego treść myśli natrętnych jest taką, a nie inną, — np. w przypadku II autora: — natrętna obawa napisania denuncyacyi, powstająca na widok papieru u 27-letniego człowieka, za którego lat dziecinnych denuncyowano ojca, aby pozbawić go intratnej posady; — albo w przypadku III — natrętna myśl krzywdzenia ordynansa i utraty wskutek tego dobrej opinii kolegów pułkowych, u młodego oficera, którego ojciec był również oficerem, nadzwyczaj wymagającym na punkcie honoru oficerskiego.

Ale takie psychologiczne zrozumienie treści natręctwa myślowego, nie wyjaśnia nam jeszcze jego »istoty«, t. j. przyczyn i jego mechanizmu. Co się tyczy przyczyn — musimy poprzestać na ogólnikowem twierdzeniu, że natręctwo myślowe zdarza się u osób zazwyczaj obarczonych dziedzicznie. Dowolność przyjmowania tego lub owego mechanizmu powstawania natrętnych myśli, o której wspomina autor, świadczy, iż mechanizmu tego wcale dotąd nie znamy. Skorzystałbym z dowolności w ten sposób, aby uważać natręctwo myślowe za rodzaj przeczulicy układu kojarzeniowego.

Autorowi należy się uznanie za opracowanie nieporuszanego dotąd w naszem piśmiennictwie tematu.

J. Mazurkiewicz.

Sabourin. **Racyonalne leczenie gruźlicy.** Przełożyła J. Nizieniecka pod redakcyą Dra W. Kraszewskiego. Zakopane. (Nakładem własnym. Druk. S. Kuźniarskiego w Jaśle).

W codziennem życiu spotykamy się na każdym kroku nawet wśród warstw inteligentniejszych z całym szeregiem szkodliwych nawyczek i przesądów, jak n. p. ze spluwaniem na ziemię, szczelnem zaklejaniem i zamurowywaniem okien na zimę, z niechęcią do wentylacyi, spotykamy błędne pojęcia o istocie chorób, brak właściwych pojęć o czystości i t. p. Dobre książki popularne dźwigają na sobie ważne zadanie wyplenienia tych chwastów, oraz przetwarzania i doskonalenia pojęć wśród szerokich kół, a tem samem są niezmiernie doniosłym czynnikiem przy zapobieganiu chorobom i ich zwalczaniu.

Książka Dra Sabourina, dyrektora sanatoryum w Durtol posiada cechy dobrej książki popularnej. Poglądy współczesne na leczenie gruźlicy, poprzedzone odpowiedniem uzasadnieniem, przedstawione zarówno jasno i przejrzyście, jakoteż ściśle przedmiotowo i poważnie, — oto treść tej niewątpliwie pożytecznej książki. Składa się ona z dwóch części, z których pierwsza podaje ogólne pojęcia o gruźlicy i zakażeniu się nią, oraz mówi o śmiertelności wskutek gruźlicy i uleczalności tego cierpienia. Druga część omawia racyonalne leczenie współczesne ogólne, oraz niektórych przypadków, a nadto higienę poszczególnych narządów, oraz okresu zdrowienia. — Myślą przewodnią, przebijającą z dzieła, jest nawoływanie do otwartego przedstawiania prawdy chorym w pierwszych okresach choroby i zwalczanie zwyczaju uspokajania ich złudnemi określeniami w rodzaju »zastarzałych katarów płuc« i t. p. Jaknajwcześniejsze zapoznanie chorych z prawdą i rychłe, a bezwzględne podjęcie stosownego leczenia, oto droga zbawienna i prawie zawsze prowadząca do celu.

Niepotrzebny balast książki, przeznaczonej dla ogółu, stanowią niektóre ustępy, zwrócone wprost do lekarzy ze wskazówkami, jak się wobec pewnych objawów zachować, lub podające cały szereg środków leczniczych, które lekarze powinni zastosować. Ustępy te są tem bardziej zbyteczne, że autor poleca i zachwala w nich środki, które naogół nie znajdują uznania wśród lekarzy i które jedynie wyjątkowo mogą być przy ścisłym nadzorze przez lekarzy stosowane, jak n. p. cięte bańki przy nerwobolach u suchotników, duże dawki wymiotnicy przy krwotokach płucnych i t. p.

Przekład dzieła, dokonany przez p. Nizieniecką, jest zupełnie gładki i poprawny, co w znacznym stopniu przyczynia się do łatwości czytania. Wygodny format i dobry druk na dobrym papierze uzupełniają zalety tej książki. *Dr M. Blassberg.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Vogel. **Pojawianie się i znaczenie połowiczego podniesienia się ciepłoty w przebiegu chorób piersiowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 39). Autor stwierdza w ogólnych zarysach objaw stosunkowo mało znany, podany przez francuskiego klinicystę Petera, że przy jednostronnej gruźlicy po stronie chorej jest ciepłota pod pachą wyższa. Zdaniem Vogela różnica może dochodzić do $^1/_2{}^0$. Trzeba jednak pamiętać, że chodzi tu nietyle o rozległość zmian, ile o ich żywotność. Gdy tedy po jednej stronie mamy przewlekłą łagodnie przebiegającą sprawę gruźliczą, a po drugiej powstaje świeży, chociaż pozornie jeszcze mało rozległy naciek gruźliczy, to po drugiej stronie ciepłota mierzona pod pachą będzie wyższa, chociaż zmiany dotyczą mniejszego obszaru płuca. Być może, że w zapaleniu płuc i innych chorobach płucnych mierzenie po obu stronach dałoby jakieś wyniki praktyczne. *Dr M. Godlewski.*

Schlaepfer. **Nowa metoda badania czynności żołądka.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 36). Metoda S. jest wogóle oparta na metodzie Sahliego, wprowadza tylko zamiast zupy Sahliego rozczyn barwika, aby uniknąć sedymentacyi. Już przez badanie moczu co do zabarwienia owym barwikiem w różnych odstępach czasu można się, — jak twierdzi S.. — oryentować bez cewnika żołądkowego co do sprawności ruchowej żołądka. *Dr M. Godlewski.*

Fischer. **Pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego u dorosłych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 38). Doświadczenie sekcyjne nie potwierdza bynajmniej przypuszczenia Behringa, że zarazek gruźliczy wkracza do ustroju głównie przez przewód pokarmowy. Takie źródło zakażenia jest niewątpliwie częste u dzieci, u dorosłych jednak, chociaż możliwe, zdarza się bardzo rzadko. Autor przytacza obraz sekcyjny kilku takich niewątpliwie rzadkich przypadków. *Dr M. Godlewski.*

Lacomme i Vanlande. **Cianka** (*trichocephalus dispar*), **a dur brzuszny.** (*Journ. de phys. et path. gén.*, 1908, Nr 1). Ostatniemi czasy zaczynają lekarze nadawać pewne znaczenie w zakażeniu prątkiem Ebertha robakom jelitowym, a osobliwie ciance (*trichocephalus dispar*). Zwolennicy tego poglądu opierają się na tem, że 1) cianka wywołuje widocznie obrażenia błony śluzowej jelit w miejscu, w którem się wpija, 2) ciankę daleko częściej spotyka się u chorych na dur, niż u innych ludzi. Autorowie mieli na celu zbadanie, o ile pogląd ten jest słuszny. Badania swe prowadzili w 2 kierunkach: 1) badania histologiczne skrawków błony śluzowej jelit, w której tkwiła cianka, 2) poszukiwania statystyczne, tyczące się częstości znajdowania jaj tego robaka w kale chorych na dur i ozdrowieńców po durze. Badania pierwsze dowiodły, że cianka wnika w błonę śluzową bardzo powierzchownie, i że obrażenia te są tak nieznaczne, iż porównać je można tylko ze stałem łuszczeniem się nabłonka, gdy pokarm przechodzi przez jelito. Przy badaniach statystycznych okazało się, że w $^1/_3$ części wszystkich przypadków w kale nie można było wykazać jaj cianki. W przypadkach, w których jaja się znajdowały, było ich nadzwyczaj mało: 16 jaj na 50 preparatów. Wobec tych wszystkich danych sądzą autorowie, że rola cianki w sprawie zakażenia prątkiem durowym jest przeceniona. *Dr L. Mańkowski.*

Port. **Mała epidemia duru osutkowego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr 41, 1908). Autor spostrzegał w klinice uniwersyteckiej w Göttingen cztery przypadki duru osutkowego u 3 świeżo przybyłych z Królestwa Polskiego robotników Polaków i jednego, przez nich prawdopodobnie zakażoneg). Rozpoznawczo zwraca P. uwagę na czerwone zabarwienie policzków i znaczne objawy nieżytowe na spojówce, dalej na znaczne, w porównaniu do duru brzusznego przyspieszenie tętna, 118 do 140 na minutę, niewielką leukocytozę, 7200 do 14.700 krwinek białych w 1 mm³ i to z niewielkim wzrostem liczby limfocytów małych (19 do 35%), ujemny wynik odczynu Widala. U 2 chorych spostrzegał P. jedynie osutkę. U 2 chorych wykonał P. badanie bakteryologiczne krwi z wynikiem tak na żółci, jak na płytkach agarowych ujemnym. Wszystkie przypadki przy stosowaniu odpowiedniej dyety i obfitego dostępu świeżego powietrza przez stałe otwarcie okien w pokoju chorych według poleceń Curschmanna zakończyły się wyleczeniem. P. zwraca uwagę na znaczenie dezynfekcyjne ze względu na otoczenie chorego wspomnianego dostępu świeżego powietrza. *Dr Skórczewski.*

Szczepański. **O fersanie.** (*Tyg. lek.* 1908, Nr 27). Badania przemiany materyi (w klinice Prof. Gluzińskiego) przy podawaniu proszku fersanu wykazały, że ustrój wyzyskuje znakomicie ten przetwór. Ponieważ fersan zawiera obok acidalbuminy także znaczne ilości żelaza i fosforu w łatwo wessalnej postaci, więc poleca się go tam, gdzie chodzi o poprawę odżywienia i składu krwi. W licznych przypadkach błednicy i niedokrwistości stwierdził S. zwiększenie się ilości hemoglobiny i ciałek krwi obok przybytku wagi. *Ms. W.*

Möller. **Policytemia, a ciśnienie krwi.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 44). Autor badał ilość ciałek czerwonych krwi u 35 chorych z kliniki Prof. Straussa, u których skurczowe ciśnienie krwi stale przenosiło 180 mm słupa rtęci. Tylko u 2 chorych stwierdzono stałe zwiększenie ilości krwinek czerwonych powyżej 7,000.000 w 1 mm³ krwi. Podmiotowo istniały u obu bole głowy, zawroty, kłucia w okolicy serca; przedmiotowo nie stwierdził M. powiększenia śledziony. Po 3-miesięcznem leczeniu naparstnicą i jodem podmiotowy stan znacznie się poprawił, a ilość krwinek czerwonych zmalała do 5,400.000 i 6,100.000. Według zapatrywań autora, a wbrew zapatrywaniom Geisböcka, niema stałej zależności między ilością krwinek, a wzrostem ciśnienia krwi; raczej należałoby przyczynę tego wzrostu odnosić do zmiany sprężystości ścian naczyń. *Dr Skórczewski.*

Rehberg. **Niedostateczne ukrwienie mózgu i kończyn górnych przy tętniaku łuku tętnicy głównej.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 45). Autor spostrzegał przypadek tętniaka łuku tętnicy głównej, stwierdzonego, tak badaniem fizycznem, jak i promieniami Roentgena, w którym przy jednostronnym ucisku na wewnętrzny brzeg mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego na wysokości chrząstki tarczowatej występowało zrazu zwolnienie tętna, następnie duszność wdechowa z lekkiemi zrywaniami w prawej ręce, a przy dłuższym i silniejszym ucisku utrata przytomności z ogólnemi drgawkami. Przypady te mogłyby pochodzić od podrażnienia nerwu błędnego, albo od uciśnięcia tętnicy szyjnej. Za tem ostatniem przypuszczeniem oświadcza się autor tembardziej, że u tegoż chorego upośledzenie krążenia można było przyjąć według wywiadów z zawrotów i napadów bezprzytomności, przedmiotowo z tego, że tętno na tętnicach sprychowych było niewyczuwalne, a ledwie wyczuwalne na tętnicach szyjnych. Gdy podrażnienie nerwu błędnego u zwierząt nie wywołuje drgawek, albo przy zabiegu operacyjnym u ludzi ich nie spostrzegano, to jednak spostrzegano podobne objawy przy podwiązaniu tętnic szyjnych u zwierząt, w przebiegu starczej padaczki na tle miażdżycowem; wreszcie spostrzegano samoistnie występujące podobne napady w przebiegu tętniaków. *Dr Skórczewski.*

Prof. Romberg. **Rozszerzenie serca.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 47). Niedostateczność metod, podawanych dla ocenienia pracy i stanu serca, skłoniła autora do zwrócenia uwagi na pewne błędy, które przy badaniu chorego niejednokrotnie się popełnia. A więc przestrzega R. przed oznaczeniem zbyt wielkiego stłumienia serca tam, gdzie wstrząśnienie uderzenia koniuszkowego daleko na lewo się przenosi, a koniuszek serca leży w miejscu najsilniejszego wstrząśnienia. Dalej zwraca R. uwagę na zmianę stłumienia serca przy rozmaitem położeniu serca wobec klatki piersiowej; tak n. p. prawidłowe stłumienie serca przy rozedmie płuc świadczy o powiększeniu wymiarów serca, powiększenie wymiarów przy niedokrwistości, błednicy, chorobach zakaźnych zależy nie od powiększenia setca, ale od zbliżenia jego ku przedniej ścianie klatki piersiowej wskutek niedostatecznego rozprężania się lewego płuca; powiększenie stłumienia przy zmianach w kręgosłupie, względnie jego przemieszczenie jest objawem bardzo często spotykanym; obniżenie przy tętniaku tętnicy głównej, klinicznie jako powiększenie stłumienia stwierdzalne, wreszcie powiększenie się zawartości jamy brzusznej (bębnica, ropień podprzeponowy) przybliża serce do przedniej ściany klatki piersiowej i wywołuje również zwiększenie stłumienia serca. Zwiększenie takie możemy stwierdzić u ludzi otyłych z grubemi powłokami przy większej zawartości tłuszczu między blaszkami osierdzia i opłucnej, lub przy skośnem nieco pukaniu. Tak więc prócz ocenienia wielkości uderzenia koniuszkowego, występowania i niknięcia szmerów mięśniowych, zwiększania lub zmniejszania się wymiarów serca podczas badania, niema miejscowych objawów, określających czynność serca. Natomiast objawy odległe już wcześnie pozwalają stwierdzać niedomogę serca; tu zaliczymy zmniejszenie ilości moczu, obrzęki, powiększenie wątroby, sinicę, duszność, nieżyty oskrzelowe. Do-

kładne wywiady pozwolą nieraz odgraniczyć sprawę organiczną od czynnościowej. *Dr Skórczewski.*

Prof. Blumenthal. **Nowsze badania nad cukrzycą.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 43). Pytanie, jakiego narządu zmiany wywołują cukrzycę, nie jest łatwiejsze do rozwiązania obecnie, niż przed kilkunastu laty. Stwierdzenie, iż nakłucie Claude-Bernarda wywołuje jedynie przemijający cukromocz, dalej, że cukromocz spostrzegano przy rozmaitych zabiegach i zmianach w obrębie mózgu, a w szczególności przy wstrząśnieniu mózgu, pozwoliło ograniczyć rolę mózgu jako narządu, od którego zależy cukrzyca. Stałość występowania cukromoczu po nakłuciu Claude-Bernarda świadczy o obecności w rdzeniu przedłużonym ośrodka, regulującego przemianę cukru w ustroju. Tu wypadałoby zaliczyć cukromocze, występujące przy zatruciach tlenkiem węgla, strychniną, a zależne najprawdopodobniej od działania tych trucizn na rdzeń przedłużony. O tem, że wątroba nie jest narządem, od którego zależy cukrzyca, świadczyłaby nieobecność cukromoczu przy takich chorobach wątroby, jak marskość, zanik żółty, zatrucie fosforem; dotychczas stwierdzono jedynie, iż przy chorobach wątroby upośledzone jest tworzenie się glikogenu z lewulozy, a więc zmniejszona dla niej tolerancya. Za niestwierdzone należy uważać przypuszczenie Naunyna i Noordena, którzy upatrują przyczynę cukrzycy w niemożności tworzenia w wątrobie glikogenu z cukru. Przeciw tej teoryi przemawia obecność glikogenu w mięśniach przy ciężkiej cukrzycy, a również obecność jego w nerkach, stwierdzona przez Ehrlicha. Nowe światło na rolę wątroby w cukrzycy rzuciły doświadczenia Rosenfelda. Zauważył on, że przy wewnętrznem podawaniu cukru u zwierząt, pozbawionych trzustki, wydziela się cukru znacznie więcej, niż przy wstrzykiwaniu wśródżylnem. Dalej zauważył, że przy wstrzykiwaniu cukru śródżylnem ilości glikogenu w wątrobie się nie zwiększają, jeno tłuszczów. Wyłączenie wątroby z krążenia usuwało występowanie cukromoczu po wstrzyknięciu florydzyny. Cukier, wprowadzony do odbytnicy i stamtąd wchłaniany (Arnheim), bywał lepiej wyzyskiwany, niż podany wewnętrznie u ludzi chorych na cukrzycę. Wreszcie cukromocz znikał u żab z wyciętą trzustką po wycięciu im wątroby. Wszystkie te fakta skłoniły Rosenfelda do wypowiedzenia przypuszczenia, iż ustrój ludzi chorych na cukrzycę ma raczej zwiększoną zdolność spalania cukru; a odpływający z wątroby cukier nie jest zwyczajnym cukrem gronowym, ale jego modyfikacyą, może połączeniem cukru z tłuszczem. Jednak zdaniem Blumenthala nie potrzebujemy przyjmować tego ostatniego przypuszczenia, aby wytłómaczyć utrudnienie spalania cukru, wydalanego przez wątrobę; wystarczy przyjąć równoczesne wydalanie prócz cukru substancyi, spalanie cukru hamujących. W każdym razie trudno uważać narząd, po którego usunięciu cukrzyca zmniejsza się lub ginie, za narząd wywołujący cukrzycę, raczej należy narząd taki uważać za zajęty w toku choroby, a przyczyny choroby musimy szukać gdzieindziej. Znane doświadczenia Meringa, Minkowskiego i Dominiciego przemawiały za tem, że tym narządem jest trzustka. Jednak niemożność zmniejszenia cukrzycy przez wstrzykiwanie wyciągów z trzustki u zwierząt trzustki pozbawionych skłoniła Pflügera do wypowiedzenia teoryi, iż z rdzenia przedłużonego wychodzą włókna nerwowe do wątroby, pobudzające tworzenie cukru ze skrobi; natomiast z jelit cienkich wychodzą włókna nerwowe, pobudzające tworzenie się zaczynów przeciwcukrzycowych. Jako dowody na uzasadnienie swej teoryi podaje Pflüger doświadczenia, w których wycięcie dwunastnicy u żaby, przecięcie naczynia, które odżywia nerw, łączący dwunastnicę z trzustką, wreszcie przecięcie tegoż nerwu wywoływało cukrzycę. Doświadczenia jednak kontrolne tego nie potwierdziły; wykazały one, że cukrzyca, występująca u żab Pflügera, była skutkiem działania zimna, Pflüger kładł je bowiem na lód. Również doświadczenia, przeprowadzone na zwierzętach ciepłokrwistych z usuwaniem dwunastnicy wykazały, że wnioski Pflügera były mylne. W ostatnich czasach przeciwko teoryi, że cukrzyca pochodzi z trzustki, wystąpiono z pewnemi wątpliwościami: i tak, Falta stwierdził, iż u psa pozbawionego trzustki waha się stosunek między ilością cukru, a wydalanego azotu na szczycie zaburzenia najwyżej o 3, natomiast u ludzi z ciężką cukrzycą liczba ta podnieść się może na czas dłuższy do 5; dalej u psa wątroba zawsze zamienia lewulozę na glikogen i zapobiega stłuszczeniu, natomiast u ludzi wszystkie węglowodany pozostają nie wyzyskane. Brugsch widzi różnicę między doświadczalną cukrzycą psów, a cukrzycą ludzi w tem, że u psów nie występuje tak częsta w ciężkiej cukrzycy ludzi acydoza. Zapatrywaniom tym jednak dałoby się zarzucić wedle Blumenthala to, iż trudno jest porównywać szybko prowadzącą do śmierci doświadczalną cukrzycę u psa, z długo trwającą chorobą człowieka, w której wszystkie siły obronne ustroju zostają zużyte. Tak więc teorya wewnętrznego wydzielania trzustki stale odgrywa główną rolę w sprawie powstawania cukrzycy. Teorya Lepinea o glikolitycznym zaczynie trzustki nie została doświadczalnie poparta. Natomiast stwierdzono (Rachela Hirsch), iż sok wątrobowy tylko słabo cukier rozkłada, ale po dodaniu soku trzustkowego bardzo silnie go spala; również rozkład cukru przez drożdże i bakterye znacznie zostaje przyspieszony przez dodanie soku trzustkowego. Dalej stwierdził Blumenthal silną fermentacyę w rozczynach cukru po dodaniu proszku trzustkowego, podobny jednak skutek wywoływało dodanie proszku z jelit, wątroby, płynu przesiękowego z jamy brzusznej i gotowanych drożdży. Bendix stwierdził, że gotowany proszek trzustki wywołuje silną fermentacyę w rozczynach cukru mlecznego. Podobnie działały proszki ze śledziony, jajnika, jelit; proszek z wątroby nie wywoływał natomiast fermentacyi. Wreszcie Blumenthal z Herschmannem wykazali wybitny wpływ fermentacyjny proszku trzustkowego na mleko i rozczyny cukru z laktobacyliną. W ostatnim czasie powiodło się Vahlenowi wyosobnić z trzustki ciało, które przyspiesza fermentacyę wyskokową. Podawanie tej substancyi miało u zwierząt, pozbawionych trzustki, zmniejszać wydzielanie cukru. Doświadczenia te nie zostały jeszcze dotychczas przez nikogo powtórzone i sprawdzone. W obecnym stanie nauki można za przyczynę cukrzycy uważać zmniejszenie, względnie usunięcie wydzielania z trzustki ciał, przyspieszających spalanie cukru (Aktivatoren). Jednak już teoretycznie można przypuszczać, że to wewnętrzne wydzielanie trzustki może być zupełnie prawidłowe, ale mięśnie są chore i mimo dostatecznej ilości aktywatorów nie dochodzi do spalania cukru wskutek nieczynności tych sił i zaczynów, które cukier w ustroju spalają; wtedy mielibyśmy prawo nazwać to zaburzenie cukrzycą mięśniopochodną.

Co do pytania, czy wydalany cukier prócz z węglowodanów pochodzi też z białek i tłuszczów, to nowsze badania rozświetliły nieco tę sprawę. Prawie we wszystkich białkach znaleziono grupy węglowodanów, jak z białkiem luźno związaną glukozę, pentozy, wreszcie najczęściej glukosamin. Glukosaminu nie uważano za materyał do wytworzenia cukru, dopiero doświadczenia Forschbacha i K. Meyera wykazały zwiększanie się wydalania cukru po podaniu estru węglowego glukosaminu u zwierząt pozbawionych trzustki. Jednak gdybyśmy nawet przyjęli te zapatrywania jako pewnik, to pozostaje znaczna ilość wydalanego, a niepokrytego cukru; pochodzenie jego rozświetlają doświadczenia Mohra. Gdy Müller i Kossel przypuszczali tworzenie się cukru z kwasów aminowych, a mianowicie leucyny, natomiast Kraus, Neuberg i Langstein z alaniny i glykokolu, udało się Mohrowi zmniejszyć wydalanie cukru w doświadczalnej cukrzycy przez podanie kwasu będźwinowego, co Mohr tłomaczy wytworzeniem związku stałego tegoż kwasu z glykokolem. Wreszcie udało się Neubergowi zapomocą redukcyi kwasów aminowych otrzymać aldehydy aminowe (aldehyd amino-glykolowy i amino-glicerynowy), które stoją tak blisko syntezy cukru. Potrzebne do tego odczynu uwolnienie amidu z grupy aminowej zostało co do alaniny stwierdzone przez Neuberga i Langsteina.

Przy zużywaniu tłuszczów na powstawanie cukru, zostaje zużyta zawarta w nich gliceryna (10%) na wytworzenie jego przez przejście przez glicerozę w glikozę. Za tem przemawiają skutki podawania gliceryny w ciężkiej cukrzycy. Czy inne tłuszcze zostają na cukier zamienione, na to nie mamy dowodów, choć za tem przemawia niedobór w obliczeniach wydalanego cukru. Tu jednak trzebaby zastanowić się nad przypuszczeniem Umbera i Lüthjego, że białko, oddając grupę węglowodanową, niekoniecznie musi się natychmiast rozpadać na końcowe produkta, i że w ten sposób może powstać zubożenie organicznego białka w węglowodany. Za tem przypuszczeniem przemawiają doświadczenia Krausa, który znalazł u myszy, padłych na cukrzycę florydzynową, mniejszą zawartość N kwasu monoaminowego w porównaniu do całej ilości azotu, niż u myszy prawidłowych. Kossel i Wakemann znaleźli zmniejszenie się ilości kwasów diaminowych w białku przy zatruciu fosforem, Blumenthal w białku krwi zmniejszenie się ilości węglowodanów przy głodzeniu w cukrzycy florydzynowej. Wszystkie te doświadczenia przemawiają za znacznem zaburzeniem przemiany materyi białek w ciężkiej cukrzycy. U ludzi zdrowych, a nawet w lekkiej cukrzycy przy odbudowie białka kwasy monoaminowe w znacznej ilości zostają spalane; Blumenthal i Bergell znaleźli w końcowym okresie cukrzycy niewyzyskanie zupełne 15 gr podanej alaniny, wogóle w ciężkiej cukrzycy niedostateczne wyzyskanie podawanej alaniny i wydalanie tyrozyny.

Wreszcie co do powstawania acetonu, to wbrew dawnym zapatrywaniom, polegającym na spostrzeżeniach, że ilość acetonu po podawaniu tłuszczu zwiększa się, a przy podawaniu węglowodanów zmniejsza, wykazali Blumenthal i Neuberg możność powstawania acetonu przez utlenienie białek. W ostatnich czasach stwierdził Bear wytwarzanie się kwasu β-oksymasłowego, (z którego jak wiadomo, powstaje aceton), z leucyny, a również i z tyrozyny i fenylalaniny. Borchardt wykazał możliwość tworzenia się acetonu z niższo-rzędnych kwasów tłuszczowych, jak z β-oksymasłowego, β-aminomasłowego, masłowego, izokozłkowego, leucyny. Znajdujemy więc w drobinie białka kwasy aminowe, zawierające zdolne do tworzenia cukru grupy aldehydowe i grupy ketonowe, mogące tworzyć aceton. To zapatrywanie potwierdza doświadczenie Borchardta, polegające na powiększeniu wydalania acetonu po podaniu protaminy. Protamina zawiera 85% argininy, zamieniającej się w ustroju na kwas β-oksymasłowy. *Dr Skórczewski.*

Pedyatrya.

Wojnow. **Badania nad działaniem surowicy przeciwpłoniczej jednowartościowej,** według danych miejskiego szpitala dziecięcego w Petersburgu za lata 1906—1907. (*Russkij Wracz* 1908, Nr 34—35). Autor stosował w 171 przypadkach surowicę z zakładu uniwersyteckiego moskiewskiego, z zakładu Blumentala i z zakładu medycyny doświadczalnej. Działanie każdej surowicy roztrząsa W. oddzielnie i przedstawia w tablicach. Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi do następujących wniosków. 1) Surowica przeciwpłonicza, nietylko pochodząca z rozmaitych zakładów, ale nawet z tego samego, ale z rozmaitych lat, znacznie różni się co do swego działania na chorych. 2) Wpływ dodatni na chorych wyraża się spadkiem ciepłoty, polepszeniem działalności serca, powrotem do przytomności, szybkiem zniknięciem wysypki. 3) Surowica ani razu nie była powodem nieprzewidzianych i nieszczęśliwych przypadków, jak n. p. raptownego pogorszenia, zapadu i t. p. 4) Co się tyczy wpływu na mięsień serca, to na sekcyach nie można było stwierdzić żadnej różnicy między tymi, którym wstrzyknięto surowicę i tymi, którym jej nie wstrzyknięto. 5) Wysypki posurowicze, chociaż często się wydarzają, jednakowoż nie mają złego wpływu na przebieg choroby. 6) Surowica nie zabezpiecza od powikłań, ale, jak się zdaje, zmniejsza ich siłę. 7) Czem wcześniej wstrzyknięto surowicę, tem odsetek śmiertelności jest mniejszy. 8) Są bez wątpienia przypadki, w których surowica nie wpływa nawet czasowo na polepszenie stanu. *Dr L. Mańkowski.*

Cariegradskij. **W sprawie szczepień ochronnych przeciwpłoniczych** (*Russkij Wracz*, 1908, Nr 31). Szczepienia [1]) robił autor w gub. ufimskiej wśród ludu wiejskiego w promieniu 1—5 wiorst (1—5 kilom.) od ogniska epidemicznego. Szczepień zrobił 64. Dzieciom od 1—5 lat szczepił 0,30; od 5—10 lat 0,50; wyżej 10 lat 1,0 szczepionki. Z liczby szczepionych zachorowało 1 dziecko (otrzymało ono 2 szczepienia, na trzecie matka nie zgodziła się wobec silnego odczynu); przebieg choroby był bardzo lekki. Wobec silnego odczynu radzi autor zmniejszyć dawkę i szczepić do 2 lat 0,10, do 5 lat 0,20, do 10 lat 0,30, do 15 lat 0,40. Dalsze próby szczepienia ochronnego, podjęte przez autora w rodzinach, gdzie już panowała płonica, dały wynik ujemny (12 przypadków). Na podstawie własnego doświadczenia wysnuwa autor następujące wnioski: 1) Chociaż szczepieniu ochronnemu przy wielkich dawkach częstokroć towarzyszy silny odczyn, jednakowoż nie wywołuje on żadnych szkodliwych następstw dla chorego. 2) Własności ochronne może szczepionka okazać dopiero po dwukrotnem szczepieniu. 3) Szczepienie nie usuwa możliwości zachorowania, ale przebieg choroby czyni lżejszym. 4) W rodzinach, gdzie już są chorzy na płonicę, stanowczo szczepić nie należy. 5) Szczepienia masowe są na czasie tylko w początkach epidemii. *Dr L. Mańkowski.*

Miedowikow. **O częstości gruźlicy u dzieci.** (*Wracz. Gaz.* 1908, Nr 34). Materyałem pracy autora było 1204 sekcyj, wykonanych w Petersburgu w miejskim szpitalu dziecięcym. W tej liczbie stwierdzono gruźlicę w 442 przypadkach, tj w 36,7% (do tego szpitala przyjmowane są dzieci do lat 15). Ale daleko prawdziwszą liczbę zakażenia gruźlicą dają sekcye dzieci, zmarłych na jakąś ostrą chorobę zakaźną, a u których gruźlica wykrytą dopiero została na sekcyi. Otóż takich przypadków autor znalazł w swym materyale 619, gruźlicę zaś wykryto w 172 przypadkach, t. j. w 27,8%. Porównując tę liczbę z danemi z innych miast, jak Boston (16%), Berlin (18%), Kiel (20%), Wiedeń (21%), Praga (24%) widzimy, że odsetek zakażenia w Petersburgu jest największy. Najmniejszy odsetek gruźlicy przypada na 0—1 rok życia 23,6%; potem od 1—2 lat 38,7%; 2—3 lat 43%; 3—4 lat 39%; 4—5 lat 37%; 5—7 lat 35%; 7—9 lat 29%; 9—11 lat 40,6%; 11—15 lat 52%. Pierwszy najwyższy odsetek zakażenia, przypadający na 3½ rok życia, objaśnia autor warunkami życia proletaryatu w Petersburgu. Dzieci biednych warstw ludności do 3. roku żyją w najgorszych higienicznych warunkach, li tylko w czterech ścianach mieszkania. Od 4. roku życia przynajmniej część dnia spędzają na podwórku, gdzie w każdym razie znajdują lepsze stosunkowo warunki życia, niż w mieszkaniu. — Gruźlica usadowiła się tylko w gruczołach (karkowych, oskrzelowych, krezkowych) w 71 przypadkach; oprócz gruczołów były zajęte i inne narządy w 120 przypadkach. W 251 przypadkach stwierdzono gruźlicę prosówkową. *Dr L. Mańkowski.*

Rumiancew. **Częstość krzywicy u dzieci w Irkucku.** (*Russkij Wracz*, 1908, Nr 31,33). Krzywica jest jedną z najczęstszych chorób wieku dziecięcego i jest bez wątpienia, jeżeli nie bezpośrednio, to pośrednio, czynnikiem zwiększającym śmiertelność u dzieci. Materyał, zebrany przez autora w miejskim szpitalu w Irkucku w ciągu 1½ roku, składa się z 1318 dzieci w wieku od 3 miesięcy do 3 lat; dotkniętych krzywicą było w tej liczbie 675, t. j. 51,2%, krzywicę w bardzo ciężkiej postaci stwierdzono tylko w 16,1%. Do 3 miesięcy wieku spotyka się krzywicę bardzo rzadko. Od 3 miesięcy do ½ roku odsetek krzywicy był 38,8%; od ½—1 roku 50,0%; 1—2 lat 56,3%; 2—3 lat 64,8%. Przytoczywszy następnie dane o częstości krzywicy w rozmaitych miejscowościach Rosyi, jakoteż zachodniej Europy, zastanawia się autor nad etyologią choroby. Na podstawie własnych swoich spostrzeżeń i piśmiennictwa wypowiada autor zdanie, że przeważną, ale w każdym razie nie jedyną przyczyną krzywicy jest sposób karmienia dziecka. Ostatecznie zaś wszystko to sprowadza się do społeczno-ekonomicznych warunków życia ludu. Jeżeli lekarze nie mogą wpływać bezpośrednio na poprawę warunków ekonomicznych, to w każdym razie powinni wskazać drogę, na której można osiągnąć zmniejszenie się częstości krzywicy, a co za tem idzie, i śmiertelności dzieci. Pierwszym krokiem do tego byłoby urzeczywistnienie żądania, że każde dziecko ma prawo do piersi swej matki, a zatem umożliwienie karmienia piersią każdej matce, pracującej czyto fizycznie, czy umysłowo. Wogóle lekarze powinni iść na czele tego społecznego ruchu, który skupia się w Rosyi w Towarzystwach walki ze śmiertelnością dzieci. *Dr L. Mańkowski.*

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Sippel: **Nowy projekt w celu umożliwienia dokładnego rokowania przy gruźlicy w ciąży.** (*Gynaekol. Rundschau*, Nr 20, 1908). Niekorzystny wpływ ciąży na sprawę gruźliczą, toczącą się w ustroju kobiety, znany jest od dawna. Ustalenie wskazań do przerwania ciąży, bez zarzutu ze stanowiska naukowego, należy do zadań bardzo trudnych, wiadomo bowiem, że każda postać gruźlicy dróg oddechowych może skutkiem ciąży uledz znacznemu pogorszeniu. Wprawdzie różne postacie gruźlicy zachowują się pod tym względem różnie, we wszystkich jednak zachodzi możliwość pogorszenia wskutek ciąży, i dlatego też tutaj leży punkt ciężkości odpowiedzialności położnika. Stąd właśnie przy ocenianiu przypadków lekkich bierze lekarz tem większą odpowiedzialność, gdyż nie może przewidzieć, czy sprawa gruźlicza, dotąd mało posunięta, nie ulegnie wskutek ciąży znacznemu pogorszeniu, gdy tymczasem to są właśnie przypadki, które przy korzystnych warunkach mogą zupełnie się wyleczyć. Ustalenie więc ścisłego wskazania położniczego, wolnego od zarzutów ze stanowiska naukowego, jest dotąd niemożliwością. Bardzo użyteczne byłyby w tym kierunku pewne kryterya, któreby dozwalały z większą pewnością rokować w pewnych przypadkach dobrze, w innych znów zapowiadałyby pogorszenie, zanim do niego przyjdzie.

Jakkolwiek badania krwi, oznaczanie ilości i jakości leukocytów zawiodły w wielkiej części nadzieje, w tych sposobach pokładane, (a mianowicie co do oparcia się wyłącznie na nich w rozpoznawaniu i rokowaniu), to jednak udowodniły one, że leukocytoza odgrywa bardzo wielką rolę ochronną w walce z drobnoustrojami. Ciałka białe stanowią armię ustroju tem silniejszą, im ona liczniejsza i doskonalsza. Blumenthal udowodnił, że ciąża często wywołuje niedokrwistość, a chociaż leukocytoza nie jest jej częstym objawem i nie bywa wysoka, to jednak spo-

[1]) Za pomocą strzykawki wprowadza się jednorazową dawkę pod skórę.

tykamy w niej makrofagię i myelocytemię, co się daje wytłómaczyć wzmożeniem czynności narządów krwiotwórczych, zwłaszcza zaś szpiku kostnego. Skoro więc zdaje się nie ulegać wątpliwości, że leukocyty odgrywają pewną rolę w ciąży, przeto sądzi autor, że może tutaj dałby się wyszukać pewien punkt wyjścia dla rokowania przy gruźlicy w ciąży. Jeżeli bowiem jako przykład weźmiemy kobietę, u której stosunek pomiędzy siłą obronną ustroju, a siłą zaczepną prątków gruźliczych jest zrównoważony, to należy przypuścić, że przez zajście w ciążę stosunek ten zostaje naruszony w tym stosunku, że przeważają prątki i wskutek tego gruźlica postępuje. W tych więc przypadkach z teoretycznego punktu widzenia należałoby oczekiwać, że niestosunek ten ujawni się w pewnych zmianach mikroskopowego obrazu leukocytów we krwi. Gdyby tak było, mielibyśmy już pewne kryteryum, zwiastujące nam niebezpieczeństwo pogorszenia się sprawy gruźliczej, któreby mogło dawać wskazanie do przerwania ciąży.

Drugim nowym terenem badań, który także mógłby się przyczynić do umożliwienia szybszego rozpoznania zagrażającego pogorszenia, wydaje się autorowi badanie krwi w kierunku zdolności bakteryobójczej ciałek białych w myśl badań Wrighta. Jak wiadomo, zmniejszenie się tej zdolności świadczy o zmniejszeniu się odporności ustroju. Analogicznie więc do innych zakażeń, można przypuszczać, że i przy gruźlicy, z chwilą zajścia w ciążę i pogorszenia się sprawy, uwidoczni się to zmniejszeniem się własności bakteryobójczej leukocytów, a objaw ten zwiastowałby już wcześnie zagrażające pogorszenie. Turban stwierdził, że przy miesiączce obniża się ten t. zw. »opsoniczny równoważnik«; tembardziej powinno się to uwidocznić w odpowiednich przypadkach ciąży. Sądzi więc autor, że należałoby w ciąży u osoby gruźliczej śledzić równoważnik opsoniczny, jeżeliby wystąpił niestosunek pomiędzy siłą odporną ustroju, a zaczepną drobnoustrojów na niekorzyść pierwszej, to powinno to się uwidocznić na równoważniku opsonicznym, a temsamem dawałoby to wskazanie do przerwania ciąży. Wreszcie zwraca autor uwagę, że Wright w swej metodzie przypisuje główną wagę składowi surowicy krwi, a autor odnosi wrażenie, że jest to pewien błąd metody, gdyż z wszystkich dotychczasowych doświadczeń wynika, że ciałka białe same, już jako takie, posiadają w tym kierunku pewne własności, które u poszczególnych osobników zależą od ich zdrowia. Autor sądzi, że leukocyty posiadają pewną rolę czynną przy pochłanianiu (pożeraniu) drobnoustrojów, a surowica odgrywa dla nich rolę pokarmu, z którego czerpią swą siłę. Nie oceniając tej czynnej zdolności leukocytów, a przypisując to działanie tylko wpływowi surowicy, nie oceniamy dokładnie wszystkich czynników, biorących udział w samoobronie ustroju i w tem, zdaniem autora, leży błąd metody Wrighta. *Dr Stanisław Przybylski.*

Prof. Pinard: **O zabiegach położniczych przy niestosunku porodowym z powodu wadliwych miednic.** (*Semaine gynecologique* Nr 49, 1908). Na podstawie swego doświadczenia z lat 18 dochodzi Prof. Pinard do następujących ogólnych wniosków i zasad postępowania: 1) Nie należy nigdy przerywać ciąży (bez względu na stopień zwężenia miednicy). 2) Podczas porodu nie należy nigdy używać do rozwiązania zabiegów, któreby zmuszały główkę do zwalczania oporów kostnych miednicy (tak we wchodzie, jak w próżni i wychodzie miednicy). 3) Jako zabiegi rozwiązujące nadają się jedynie: a) cięcie cesarskie zachowawcze, b) rozszerzenie pierścienia miednicy (symphyseotomia, pubiotomia etc.), c) operacya Porro. Naturalnie ma Pinard na myśli jedynie te przypadki, w których płód żyje, w przeciwnym bowiem razie wskazane są operacye, biorące w rachubę tylko zdrowie i dobro matki (craniotomia, basiothripsia, evisceratio). Zabiegi forsowne, jak kleszcze, obrót, zazwyczaj matkę lub płód kaleczą lub zabijają, przedwczesne zaś przerwanie ciąży w najpomyślniejszym razie daje dziecko nieczasowe. Rozszerzenie miednicy cięciem łonowem lub przyłonowem nadaje się u kobiet zresztą zdrowych i to wieloródek i przy zupełnie rozwartem ujściu, przy zwężeniach średniego stopnia. Przy braku jednego z tych warunków narażamy zawsze matkę lub płód na niebezpieczeństwo okaleczenia. Jak wykazuje statystyka Prof. Pinarda (46.249 porodów), ostatniemi laty najczęściej stosował on cięcie cesarskie zachowawcze. Jest to zabieg operacyjny, technicznie łatwy; zrobiony czysto i starannie nie naraża kobiety na krwawienie lub zakażenie, a wydobycie płodu nie napotyka na żadne trudności. Wskazanie do tego zabiegu dają, zdaniem Prof. Pinarda: 1) wszystkie przypadki znacznych ścieśnień; 2) wielka część przypadków zwężeń ograniczonych. Przy znacznych ścieśnieniach należy ze względu na dziecko robić cięcie cesarskie zaraz z rozpoczęciem się porodu. Przy zwężeniach ograniczonych Pinard również nie jest zwolennikiem zbytniej ufności w poród siłami przyrody, (co się czasem zdarza), gdyż przy wyczekiwaniu naraża się wiele matek i dzieci. W tych przypadkach, zdaniem P., przeciąganie się porodu przy niezupełnie rozwartem ujściu daje tak w interesie matki, jak i dziecka, wskazanie do cięcia cesarskiego zachowawczego. Również uważa je P. za wskazane w wielu przypadkach zagrażającego pęknięcia macicy. Długie trwanie porodu, pęknięcia pęcherza płodowego, odchodzenie smółki nie stanowią, zdaniem P., przeciwwskazania do tego zabiegu, a w razie objawów zakażenia należy robić operacyę Porry. Przy szyciu macicy, należy zeszyć bardzo starannie i dokładnie, ażeby uniknąć powikłań z tego powodu przy późniejszych ciążach i otrzymać dobre i silne zabliźnienie. Prof. Pinard uważa wreszcie cięcie cesarskie za zabieg, który w przyszłości będzie stanowił jedyną racyonalną metodę przy zwężeniach miednicy, które nie dadzą się przezwyciężyć samemi siłami przyrody. Również sądzi P., że operacyę tę powinien umieć wykonać każdy lekarz, nietylko w klinikach i zakładach, lecz i lekarz praktyczny, gdyż obecnie wszyscy lekarze powinni umieć przeprowadzić aseptykę tak przy porodzie samym, jak i przy ewentualnej operacyi. *Dr Stanisław Przybylski.*

Ranvier. **O wydłużeniu obrzękowem polipowatem wargi przedniej, jako przeszkodzie porodowej.** (*L'Obstétrique*, Nr 4, 1908). Szyjka macicy przy porodzie może obrzęknąć w całości lub tylko jedna jej warga i to najczęściej przednia. Przychodzi wtedy do zwiększenia grubości wargi, co może stanowić ważną przeszkodę w postępowaniu porodu. Dosyć rzadką odmianą obrzęku jest t. zw. obrzęknięcie polipowate, spostrzegane zwłaszcza przy położeniu ciemieniowem. Dotyczy ono zawsze wargi przedniej i występuje: a) u pierwiastek, przy głębokiem wstawieniu się główki przed zupełnem rozwarciem się ujścia, wskutek czego warga przednia zostaje silnie uciśnięta pomiędzy główką a miednicą. Wielkość płodu nie zdaje się odgrywać roli usposabiającej, gdyż znany jest przypadek obrzęku polipowatego wargi przy porodzie przedwczesnym i to jeszcze przed pęknięciem pęcherza płodowego. Jedynym czynnikiem, który zdaje się tłómaczyć obrzęk wargi tego rodzaju u wieloródek, jest odgięcie główki, któremu sprzyja mniejsza oporność ścian macicy, będąca też często przyczyną braku zwrotu przy położeniu ciemieniowem. Obrzęk zaznacza się początkowo w środkowej części wargi uciśniętej, wydłużając ją dzióbowato, warga tylna albo zostaje na miejscu lub nawet cofa się w górę. Obrzękła warga przednia zstępuje przez pochwę coraz niżej i wkrótce sprawia wrażenie uszypułowanej, w kształcie polipa; w dalszym ciągu obrzęk może dochodzić do wielkości mandarynki, a nawet spostrzegano obrzęk wielkości główki płodu. W miarę powiększania się obrzęku ma on coraz większą dążność do usuwania się z pochwy, początkowo tylko podczas bolów, później i w przerwach między bolami. Obrzęk ten powstaje wskutek utrudnienia krążenia w naczyniach włosowatych żylnych wargi, które się pod nadmiarem krwi rozszerzają i mogą uledz pęknięciu, a wtedy powstają krwiaki, co nadaje wardze kolor siny, nieraz prawie czarny. Cechującem dla obrzęku polipowatego jest to, że spostrzega go się dopiero podczas samego porodu; natomiast przy ogólnym obrzęku szyjki, które niekiedy na pozór daje podobny obraz, obrzmienie zjawia się jeszcze przed wszczęciem się porodu, przytem wtedy poród jest niebolesny, ujście znajduje się mniej więcej w środku widocznego guza, a wszystkie sklepienia są utrzymane. Również przy dokładnem zbadaniu łatwo odróżnić ten obrzęk od wypadania macicy, polipów uszypułowanych, mięśniaków (powolny rozwój, brak bolów), oraz od wysuwającego się łożyska. Najlepsze rokowanie dla matki uzyskuje się przez wczesne rozpoznanie i postępowanie w każdym przypadku odpowiednio do nastręczających się wskazań. Czasem w miarę naprawienia się ustawienia główki, może w dalszym przebiegu porodu obrzęk ustąpić; rzadszem pomyślnem samorodnem zejściem jest jego oddzielenie się i odpadnięcie, w przeciwnym razie może dojść do wytworzenia się krwiaków wargi z ich następstwami, oraz do rozdarć szyjki. Rokowanie dla matki przy równoczesnym złym stanie ogólnym musi być stawiane z zastrzeżeniem (krwotoki z krwiaków). Co do dziecka, to póki pęcherz stoi, rokowanie jest dobre, w przeciwnym razie zależy ono od rodzaju i jakości bolów porodowych, rozszerzenia ujścia, oraz zastosowanego w razie danym zabiegu operacyjnego.

Ponieważ obrzęk ten może podczas porodu ustąpić, więc i postępowanie w różnych przypadkach jest różne. Wyczekiwanie jest czasem dobre, o ile się rodzącą bez przerwy nadzoruje, będąc każdej chwili gotowym do operacyi, gdyby zaszła tego potrzeba. Wyczekiwanie długie jest nieuzasadnione wobec tego, że obrzęk tego rodzaju rzadko sam ustępuje. Po pęknięciu pęcherza

będziemy się starali ewentualnie przyspieszyć wydalenie płodu, czy to rozszerzając ujście, czy też przez założenie kleszczy, o ile będą odpowiednie warunki. Do wycięcia guza należy się uciekać tylko w ostateczności i to u pierwiastek, kiedy rozmiary guza nie pozwolą na inny zabieg. U wieloródek starać się należy o rozszerzenie ujścia i to lepiej oburęcznie sposobem Bonnaira, niż narzędziami. Rozszerzywszy ujście, należy starać się o dokonanie zwrotu główki, przyczem jej zgięcie zwykle samo się dokonuje. Przy zwrocie prawidłowym zawsze, przy nieprawidłowym po nieudaniu się zwrócenia główki, należy odprowadzić obrzękłą wargę. Ugniatając podczas bolu dwoma palcami obrzękłą wargę, przeszkadzamy dalszemu jej spychaniu, a przytem staramy się zmniejszyć i niejako rozmiesić jej obrzęk, poczem w przerwach między bolami cofamy ją poza główkę. Czasem można to samo osiągnąć nacięciami szyi, przez co zmniejszamy obrzęk, jednak równocześnie otwieramy wrota drobnoustrojom, dlatego też do tego zabiegu uciekamy się tylko w ostateczności. Jeżeli odprowadzenie nie udaje się, a płód cierpi z powodu przeciągającego się porodu, należy ukończyć poród kleszczami lub obrotem. Kleszcze są wskazane, o ile główka dostatecznie już się w miednicę wstawiła. Przy kleszczach łatwo pęka szyja, dlategoteż radzi Tarnier przytrzymywać podczas zabiegu szyjkę ręką.

Po porodzie guz wargi powoli zmniejsza się i ustępuje w 9—11 dni zupełnie, może jednak pozostać i dłużej. O ile nie ma szczególnego wskazania do usunięcia obrzękłej wargi, lepiej czekać, tembardziej, że później i warunki dla operacyi są korzystniejsze. Zdanie to podziela i Blat i radzi czekać przynajmniej 2—3 miesięcy. Operacya usunięcia wargi przerosłej, jako taka, nie przedstawia zresztą trudności technicznych.

Dr Stanisław Przybylski.

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Nowe środki, podane w ostatnich czasach:

1) Aperitol (valeryl-acetyl-fenolftaleina), łagodny środek przeczyszczający.
2) Arsacetin, połączenie acetylowe atoksylu.
3) Digipuratum, składnik naparstnicy (liści).
4) Diplosal, salicylowy ester kwasu salicylowego.
5) Eglatol, mieszanina antypiryny, wodnika chloralu, kofeiny, uretanu i mentolu.
6) Eucerinum, zaróbka do maści, składająca się z oksycholestearyny i parafiny.
7) Eulaxans (fenolftaleina + *natr. hydrooxyd.*).
8) Indoform (przetwór salicylu ze śladami formaldehydu).
9) Kephaldol, mieszanina fenacetyny, salicylu, kwasu cytrynowego i chininy.
10) Laxaphen, syrup fenolftaleiny.
11) Liniferrin (lecytyna, żelazo, koniak).
12) Linoval, zaróbka do maści (lotne kwasy tłuszczowe oleju lnianego, zobojętnione amoniakiem z dodatkiem waseliny i olejku lawandy).
13) Lipotin (balsam peruwiański i tlenek rtęci).
14) Medinal (sól sodowa kwasu dietylbarbiturowego).
15) Morbicid (żywiczno-mydlany rozczyn z formaliną).
16) Plejopyrin (benzamid + fenyldimetylpyrazolon).
17) Pyrojodon (przetwór pyramidonu z jodem).
18) Uriseptin (heksametylentetramin + litiumbenzoat). *K.*

Thiozon, nowy przetwór siarki, poleca Nagelschmidt w postaci maści przeciw świerzbowi (10%) i do kąpieli (50 grm na wannę). Przetwór ten działa silnie, a nie wydaje nieprzyjemnej woni siarki. *A.*

Tuberkulina zaraz po krwotoku płucnym jest według Kraemera wskazana jako środek, zapobiegający następnym krwawieniom. (*Wiener med. Wochs.* Nr 39—40). *A.*

Leczenie oliwą chorób żołądka, a zwłaszcza wrzodu, zaleca Rütimeyer. Oliwa łagodzi bole, przyspiesza oddawanie stolca, jest środkiem odżywczym i usuwa nadmierną kwaśność. (*Kor. f. sch. Aerzte* Nr 20). *A.*

Ostre zapalenie gruczołu tarczowego przy używaniu jodu, powtarzające się przy każdem ponownem użyciu tego środka, spostrzegał Schuetz. (*Wiener med. Wochs.* Nr 35). *A.*

W dychawicy spostrzegał Moeller dobre wyniki lecznicze przy podaniu »jodglidine« w ilości do 8 tabletek dziennie (każda zawiera 0,059 jodu). (*Ther. d. Geg.* Nr 6). *A.*

Przeciw ostremu nieżytowi nosa, jako środek bardzo pewny, poleca Dibailow estoral. Środek ten, zetknąwszy się z błoną śluzową, rozpada się na mentol i kwas borowy. Podaje się go 2—3 razy dziennie jako proszek na wacie. *K.*

Przy porażeniach twarzy, jeżeli już żadne środki nie pomagają, stosuje Gomoin w miejsce plastyki nerwu twarzowego nowy sposób, polegający na plastyce mięśniowej. Z przedniego brzegu mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego tworzy G. płat, który podskórnie przesuwa aż do kąta ust, gdzie go umocowuje. Przez to uzyska się zawsze choć poprawę. *A.*

W leczeniu trądzika stosuje Unna następujące środki: 1) Tak zwany *pulvis cutifricius* (ewentualnie z dodatkiem siarki) o składzie: Rp. *Marmor. pulveris grossi*, *Sapon. medic. pulv.* aa. 2) Mydło sodowo-utlenione (Natronsuperoxyd). 3) Pastę siarkową: Rp. *Lycopodii cuticolor 5,0*, *Sulph. praecip. 2,0*, *Eucerini ad 20,0*, *m. f. pasta*, ewentualnie z dodatkiem cynku. Rp. *Lycopod. cutic.*, *Sulph. praecip. aa 2,5*, *Zinc. oxyd. 5,0*, *Eucerini ad 25,0*, *m. f. pasta*. W postaciach lekkich usuwa się wągry (*comedones*), a na noc poleca pastę siarkową; w przypadkach cięższych oprócz tego mydło sodowo-utlenione, a w ciężkich n. p. przy ropniach, leczy się ropnie chirurgicznie, a potem stosuje *pulvis cutifricinus* lub mydło. Prócz tego wewnętrznie: dyeta, arszenik lub drożdże. (*Med. Klin.* Nr 46). *K.*

Wodę utlenioną przy szczelinach odbytu poleca Negrescu w postaci okładów i przemywań. Środek ten usuwa także swędzenie. *A.*

Zatrucie bizmutem spostrzegał Eggenberger u 7-letniego chłopca po wstrzyknięciu do ropnia zimnego, wychodzącego z kręgów, 30 grm bizmutwaseliny podług Becka. (*Zblt. f. Chir.* Nr 43). *A.*

Stosowanie skopolaminy z morfiną przy porodach nie wpływa zdaniem G. Matveeffa na zwolnienie przebiegu, owszem go przyspiesza, czyniąc skurcze wydatniejszymi. Bole zmniejszają się lub ich niema. U matek nie spostrzeżono jakichkolwiek powikłań. Dzieci czasem rodzą się uśpione, po pewnym jednak czasie same się budzą i są zupełnie zdrowe. *Dr Przybylski.*

Wziernik ssawkowy, bardzo wygodny, podał Schindler z Berlina. Wziernik ten ma kształt zwykłego wziernika; do ssania zakłada się na koniec zewnętrzny odpowiednią klapkę. *A.*

Prątki durowe, jak stwierdzili Galvagno i Colderini, zachowują żywotność w miejscach ustępowych do miesiąca.

Nawet zupełnie zwapniałe ogniska gruźlicze płuc mogą zawierać żywotne prątki; stwierdził to Lubarsch w swych doświadczeniach na świnkach morskich. (*D. m. W.* Nr 45). *K.*

Śródskórny odczyn tuberkulinowy polecają Moussu i Mantoux. Wypróbowali oni ten odczyn u zwierząt (krów), wstrzykując śródskórnie (a nie podskórnie) 1 cg tuberkuliny. Odczyn ten nie wywołuje podniesienia ciepłoty, jest pewny i nie bywa powodem omyłek, jak odczyn skórny lub oczny. Próby u ludzi wypadły także korzystnie (dawki oczywiście stosownie mniejsze). *A.*

Śmiertelność z raka podnosi się według Doyena (referat na 21. Zjeździe chirurgów francuzkich) stale; od roku 1880 podniosła się o 20—30%. Najczęstszym jest rak przewodu pokarmowego (58%, z tego żołądka 45%), potem macicy (15%), sutka (12%). *A.*

Klimat morza północnego i Bałtyku nadaje się według Henniga w początkach gruźlicy płuc, natomiast w okresach późniejszych jest przeciwwskazany. Zwłaszcza powinno się, zdaniem H., wysyłać nad morze północne chorych na niedokrwistość i błednicę z powikłaniem gruźliczem. Uzdrowiska nadbałtyckie nadają się więcej dla osób wątłych, zaś morza północnego dla silnie zbudowanych. *A.*

Celem zapobiegania chorobom, przez owady przenoszonym, podaje Sofer (*Th. Monatsh. 10*) następujące rady: 1) *Ornithodorus monbata* (przenosiciel afrykańskiego duru powrotnego). Uważać należy, by w nocy nie zbliżać się na 20—30 metrów do miejsc, gdzie owad ten żyje. 2) Widlisz (*anopheles*, przenosiciel zimnicy). Larwy siedzą na powierzchni wody. Niszczy się je, lejąc na wodę naftę lub zapomocą ryb (zwłaszcza tak zwane »miliony«). W zimie samiczki widlisza siedzą na ścianach piwnic, stajni, strychów i t. p., skąd usuwa się je płomieniem spirytusowym. 3) *Stegomya fasciata* i *Culex fatigans* (żółta febra). Zasłanianie okien siatkami, kadzenie proszkiem *pyrethrum*. 4) *Glossina* (śpiączka). Mieszkanie zdala od bagien, niszczenie kroko-

dyli, koni nilowych, nosorożców i t. p. (Koch). 5) Pchła szczura (dżuma). Tępienie szczurów. *A.*

Parabiozę, t. j. współżycie operacyjnie połączonych dwóch zwierząt według Sauerbrucha i Heydego, udaje się utrzymać u królików jedynie przez łączenie zwierząt tej samej płci. Obecnie patolog, Prof. Morpurgo donosi, że udało mu się łączyć operacyjnie i utrzymać przy życiu białe szczury także różnej płci. Zwierzęta żyją wspólnie już od 3 miesięcy; zmian w zewnętrznych częściach płciowych nie zauważono. Jak to już zauważyli S. i H., niekiedy zwierzęta z tego samego miotu rosną nieregularnie, a mianowicie silniejsze rozwija się szybciej kosztem słabszego. (*Münch. m. W.* Nr 47). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo naukowe warszawskie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).
Posiedzenie w dniu 4. czerwca 1908.

1) E. Przewoski. **Przyczynek do zapalenia włóknikowego.**

W dyskusyi zapytuje Wł Janowski o wpływ, jaki ma na powstawanie ew. rozpadanie się włóknika rodzaj białych ciałek, które podrażnioną tkankę infiltrują, a J. Eismond, czy i o ile prelegent uważa »napęcznienie« komórek przy jednoczesnych objawach mitozy w tkankach, objętych zapaleniem, za stan patologiczny; wiadomo bowiem, że komórki podczas mitozy przy zupełnie prawidłowych warunkach, przybierają postać napiętych pęcherzy. — Przewoski zaznacza w odpowiedzi, że mówiąc o napęcznieniu komórek, stwierdził tylko, jak było przy zapaleniach, ale nie mógł niczego zaliczać bezwzględnie do zjawisk patologicznych. Co do stosunku tworzenia się włóknika do leukocytów, to włóknik wytwarzał się obficiej tam, gdzie leukocyty więcej ulegały zmianom. Dokoła ropni wytwarzała się sfera zapalenia włóknikowego, a w miarę powiększania się ropnia sfera ta rozszerzała się; nastąpić to mogło tylko pod wpływem proteolitycznego działania leukocytów.

2) J. Sosnowski. **Badania nad zmianami przewodnictwa nerwów w stanie czynnym.** Znamy obecnie trzy kategorye zjawisk, zachodzących w nerwie czynnym: 1) wahanie wsteczne prądu spoczynkowego, 2) wahanie wsteczne prądów elektrotonicznych i 3) zmiana oporu, bądź rzeczywista, bądź wywołana przez wystąpienie w nerwie sił elektrobodźczych, jak sądzi Hermann. Z pomiędzy wszystkich tych zjawisk jedynie pierwsze było dość szeroko badane, o drugich znajdujemy tylko wzmianki sporadyczne. Cel pracy polegał na zbadaniu zależności między natężeniem podniety a wielkością odpowiedniej zmiany, zachodzącej w nerwie. Nie posiadając aparatów fotograficznych rejestrujących, musiał S. ograniczyć się do podniet tężcowych, przytem dotychczas jedynie elektrycznych. Po szeregu prób wybrał urządzenie następujące: prąd od akumulatora prowadził przez reokord i odpowiednio zmodyfikowany przerywacz Bernsteina, który był wprawiany w ruch przez inne źródło prądu. Od jednego z końców reokordu i od kontaktu ruchomego prowadził S. druty przez nerw do kondensatora, którego pojemność wynosiła 0.05 M. F. Przy każdem zamknięciu prądu kondensator ładował się przez nerw, a przy otwarciu wyładowywał. W doświadczeniach dotychczasowych używał S. zawsze 50 przerw na sekundę. W tych warunkach przy użyciu *kernleitera* i przy wyładowaniach bardzo silnych (kondensator połączony z obu końcami reokordu), widział S. w galwanometrze strunowym tylko wahania drobne nici, bez stałego odchylenia. Sądzi przeto, że w nerwie wszelkie widziane odchylenia wywołane są przez zmiany w nim zachodzące, a nie przez prądy elektrotoniczne. Opór mierzono w mostku Wheatstona, wahania wsteczne i prądy elektrotoniczne—metodą kompensacyi. Doświadczeń czynił S. całe szeregi z rezultatem podobnym. Wszędzie i zawsze zmiana oporu jest najmniejsza, a zmiana prądów elektrotonicznych występuje najsilniej.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.
Posiedzenie z d. 7 października 1908 r.

Przewodniczący kol. Ks. Jasiński, sekretarz kol. Sonnenberg. Obecnych 30 członków.

1) Kol. J. Saks przedstawia dwie operowane, u których dokonane zostało **cięcie cesarskie z powodu wskazania względnego.** Pierwsza, słusznego wzrostu, pierwiastka, dostała silnych bolów porodowych w drodze (na dworcu kolei). Przywieziono ją do szpitala, gdzie przy badaniu stwierdzono bezwzględne zwężenie miednicy, sprzężna przekątna 6,5 (sprzężną prawdziwą szacowano na niecałe 5 cm.). Przy operacyi okazała się ciąża bliźniacza: pierwszy płód słabo rozwinięty zmarł drugiego dnia, drugi zaś płód, stosunkowo dobrze rozwinięty, zmarł w dwa tygodnie w domu z przyczyny bliżej nieznanej. Okres pooperacyjny bardzo pomyślny. Chora ta jest dotknięta pewnem zboczeniem, a mianowicie ma podwójną pochwę i podwójną szyjkę macicy przy trzonie macicy pojedynczym. Szczegóły bliższe o tym przypadku i następnym i szereg uwag zamierza kol. S. przedstawić Towarzystwu w osobnym odczycie.

Druga chora, 21 lat licząca, niezwykle nizkiego wzrostu (128 cm), rodziła po raz pierwszy i przywieziona została do szpitala przez pogotowie ratunkowe, z polecenia kol. Ginsburga, w stanie nieprzytomnym z powodu rzucawki. Wobec znacznego zwężenia miednicy (sprzężna 6,5) dokonano cięcia cesarskiego i otrzymano żywy płód płci żeńskiej. Okres pooperacyjny naogół bardzo pomyślny i po dwóch tygodniach operowana opuściła szpital w stanie zdrowia pomyślnym. (Streszczenie własne).

2) Kol. Pieniążek przedstawił 10-letniego chłopca, który przed czterema laty chorował na płonicę, a przed 2 laty na oczy (miąższowe zapalenie rogówki). Choroba trwała cały rok. Od roku zauważono utrudniony oddech, zwłaszcza w nocy i zmianę dźwięku mowy (nosowa). Od 3 miesięcy chory nie sypia z powodu silnej duszności. Z rodzeństwa 2 żyjących i naogół zdrowych, jedno umarło. Chory wątły, niedokrwisty, innych zmian nie ma. Przy badaniu nosa obrzęk małżowin dolnych, obecność śluzowej obfitej wydzieliny, której chory wydmuchać nie może. Wdech przez nos utrudniony, wydech zupełnie niemożliwy. W gardle następujące zmiany: Podniebienie twarde prawidłowe, języczek swobodnie zwisa, przednie łuki również. Migdałki powiększone z silnie rozwiniętemi kryptami; łuki tylne widoczne tylko w górnej części, przyrośnięte dość symetrycznie do tylnej ściany gardła. Poza języczkiem pozostaje otwór do jamy nosowo-gardłowej, który przepuszcza zaledwie miękki cewnik. Mamy przed sobą **zrost** symetryczny niezupełny **podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardła.** Etyologia: prawdopodobnie kiła dziedziczna, na co wskazuje miąższowe zapalenie rogówki. Rokowanie mało pomyślne ze względu na skłonność do nowych zrostów. Leczenie — operacyjne z krwawem oddzieleniem podniebienia od tylnej ściany i systematycznem oddzielaniem zapomocą bądź tamponów. bądź rurki kauczukowej (metoda Heyman-Schneidt-Hajek). Nowy sposób operacyi plastycznej: wyzyskanie języczka lub błony śluzowej podniebienia. (Streszczenie własne).

3) Kol. Goldberg przedstawił chorą, opisaną przez niego w Nrze 7. i 8. »Czasopisma« 1908 r. Przypadek ten ciekawy jest ze względu na wyrównanie się skrócenia, które wynosiło 5 cm i na zupełną czynnościową sprawność kończyny bez względu na blizny podłużne i poprzeczne na goleni z przyczyny głębokich zacieków ropnych.

4) Kol. Grabowski przedstawił przypadek **ropnia mózgu u dziecka** z dobrym wynikiem po operacyi. Dn. 7. IX. przybyła do szpitala św. Aleksandra Halinka K., 4-letnia, z objawami ropnego zapalenia prawego wyrostka sutkowego. Kol. Goldberg wykonał cięcie i opróżnił ropień; na drugi zaś dzień (8. IX) kol. G. w asystencyi kol. Grabowskiego dokonał operacyi doszczętnej na prawym wyrostku. Gorączka opadła i przebieg pooperacyjny był prawidłowy do 15. IX. W tym dniu nagle zjawiły się drgawki ogólne i następnie bezwład zupełny lewej połowy twarzy, lewej ręki i lewej nogi. 16. IX. chorą przyjęto do szpitala (gdyż leczona była ambulatoryjnie). Rozpoznano ropień mózgu i kol. Grabowski natychmiast przystąpił do operacyi. Po usunięciu około 4—6 cm kości ku górze, poczynając od jamy po operacyi doszczętnej, przy nakłuciu w okolicy zrazu skroniowego na głębokości 2 cm otrzymano ropę. Po rozszerzeniu rany nożem założono sączek gumowy. Ropy wypłynęło około 30 cm^3. Już na stole operacyjnym znikły objawy bezwładu: twarz się wyprostowała, chora zaczęła poruszać lewą rączką. Koło rany zauważono podejrzane zaczerwienienie. Następnego dnia wróciły ruchy w nóżce, a na prawej połowie twarzy i głowy wystąpiły wyraźne objawy róży. Róża ta ciągnęła się z górą 3 tygodnie, chora gorączkowała (39,5—39,9°). Obecnie od tygodnia ciepłota jest prawidłowa, rana wygląda dobrze, z otworku ropnia wciąż wydziela się jeszcze w nieznacznej ilości ropa i jama ropnia jest jeszcze przynajmniej wielkości orzecha laskowego, co można wnosić z ilości gazy, która przy osuszaniu wchodzi do jamy. Objawy niedowładu całkiem ustąpiły. Pozostawiając

sobie omówienie przypadku do odczytu o kilku ropniach mózgu, operowanych przez siebie, kol. Grabowski przedstawia chorą ze względu na dobry wynik operacyi pomimo ciężkiego przebiegu i powikłania różą. (Streszczenie własne).

5) Kol. Przewodniczący odczytał projekt, dotyczący uzupełnienia regulaminu Tow. lek. rozdziałem »O sekcyach Towarzystwa«, a ułożony przez komisyę, w której skład weszło dwóch członków zarządu (kol. Jasiński i kol. Sonnenberg) oraz 5 członków z łona Towarzystwa (koledzy: Brudziński, Pinkus, Sachs, Kaufman i Schoenaich). Po ożywionej dyskusyi nad niektórymi punktami projekt uchwalono. W dyskusyi uczestniczyli koledzy: K. Jasiński, Sachs, Pieniążek, Kaufman, Birencweig, Wisłocki, Koliński, Brudziński i Pinkus.

6) Odczytano **komunikat Delegacyi stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich w sprawie szpitalnego leczenia wczesnych okresów gruźlicy** i tworzenia osobnych oddziałów w szpitalach istniejących, oraz w sprawie przedstawienia na następnym zjeździe **statystyki gruźlicy** wedle uchwały IX Zjazdu. Sprawą tą obiecał się bliżej zająć kol. S. Sterling.

7) Kol. Handelsman zawiadomił, że komisya, wybrana z łona Towarzystwa w celu obmyślenia projektu udziału naszego Towarzystwa w obchodzie jubileuszowym na cześć Świętochowskiego, postanowiła wysłać na uroczystość jubileuszową 3 delegatów z pośród członków Towarzystwa z adresem do Świętochowskiego, oraz przeznaczyć rb. 25 na rzecz szkoły imienia Jubilata. Po przeczytaniu przez kol. Handelsmana treści adresu, wybrano jako delegatów na wymienioną uroczystość kolegów: Handelsmana, Skalskiego i Gutentaga.

Sekretarz: *Sonnenberg.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza następujące

Ostrzeżenie.

Sekcya jarosławska Tow. lekarzy galicyjskich na posiedzeniu d. 21 grudnia 1908 r., uchwaliła jednogłośnie, abyżaden z członków Sekcyi nie przyjął posady lekarza w powiatowej kasie chorych w Jarosławiu, zajmowanej dotychczas przez Dra Haendla, któremu posadę tę bez przyczyny wypowiedziano, ani też posady lekarza powiatowej kasy chorych w Przeworsku aż do rozstrzygnięcia sprawy przez Izbę lekarską.

Zatwierdzając powyższe uchwały Sekcyij arosławskiej, Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej wzywa P. P. Kolegów, aby, bez poprzedniego porozumienia się z Izbą lekarską, o te posady się nie ubiegali, ani ich nie przyjmowali.

Dr Ackerman m. p. *Dr Schoengut* m. p.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, uchwalił na posiedzeniu w dniu 22. XII 1908 taryfę za porady lekarskie dla członków kasy chorych kupców w Wiedniu, chwilowo lub stale w Krakowie przebywających, a mianowicie: za każdą poradę w domu lekarza 2 korony, za każdą wizytę lekarza w domu pacyenta 4 korony, za wizytę nocną co najmniej 6 koron. Izba lekarska prosi lekarzy krakowskich, by się zastosowali do niniejszej taryfy. Prezydent: *Dr Schoengut.*

Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich ogłasza odezwę, w której zwraca uwagę na to, że projekt ustawy o powszechnem ubezpieczeniu odesłany został w parlamencie bez pierwszego czytania do komisyi, złożonej z 52 członków. Prezydyum Związku zwraca się do wszystkich organizacyi i wszystkich lekarzy z prośbą, aby w czasie feryi parlamentarnych starali się koniecznie zjednać członków komisyi dla słusznych żądań lekarzy. Głos każdego z członków komisyi ma bardzo wielką wagę. U rządu zdołał Związek uzyskać znaczne dla lekarzy ustępstwa; obecnie nadszedł czas, aby usposobić czynnik tak ważny, jak komisya parlamentarna, dla lekarzy przychylnie. Jeżeli to się powiedzie, to w parlamencie zadanie będzie już łatwiejsze, bo tam głos większości komisyi przeważy. Wobec tego, że zagraża niebezpieczeństwo, iż projekt rządowy ulegnie zmianom, dla lekarzy szkodliwym, należy wytężyć wszystkie siły, aby do tego nie dopuścić. Prezydyum Związku ogłasza więc nazwiska członków komisyi parlamentarnej, by organizacye i lekarze mogli rozpocząć stosowną akcyę. Z Galicyi należą do komisyi: z Koła polskiego posłowie: Battaglia, Biały, Buzek, Górski, Kolischer, X. Stojałowski, X. Zyguliński; z Klubu ukraińskiego posłowie: Budzynowski, Oleśnicki.

Za prezydyum Związku: *Dr Adolf Gruss.*

Ustawę emerytalną dla lekarzy okręgowych ogłasza w tekście, uchwalonym przez Sejm, »Głos lekarzy« (Nr 23 i 24). Okazuje się, że pierwotny projekt, pominąwszy drobne szczegóły bez donioślejszego znaczenia praktycznego, zmienił Sejm na korzyść lekarzy właściwie tylko w trzech punktach: 1) przyznając, zgodnie z żądaniem Izb lekarskich, pełną emeryturę po 35 latach służby w wysokości ostatniej płacy (a nie, jak w projekcie, w wysokości 1000 K); 2) uwzględniając (w § 16 ustęp III) zaopatrzenie sierot bez ojca i matki; 3) przyznając zastosowanie ustawy do lekarzy, którzy w dniu nominacyi przekroczyli 40. rok życia, ale tylko wyjątkowo, jeżeli lekarz nie przekroczył 46. roku życia i uzyskał od Sejmu »veniam aetatis«. Zresztą zaś nie uwzględnił Sejm ani jednego z ważnych punktów, przedstawionych przez Izby (por. »Przegląd lek.«, 1908, Nr 45, str. 578), a więc: 1) lekarz okręgowy niema prawa do emerytury z funduszu krajowego, jeżeli jest ubezpieczony w innym funduszu; 2) do pełnej emerytury daje prawo dopiero 35 lat służby; 3) prawo do emerytury zyskuje się dopiero po służbie conajmniej pięcioletniej; 4) lekarz może być przeniesiony w czasowy stan spoczynku w razie zwinięcia zajmowanej przezeń posady lub ze »względów służbowych« (bliżej nieokreślonych!). *R.*

Organizacya sanitarna na Węgrzech została zreformowana przez ustawę o lekarzach okręgowych i gminnych, zatwierdzoną w lecie r. z. Z ustawy tej godzi się przytoczyć kilka szczegółów dla porównania z naszymi stosunkami (Österr. Sanitätsw. 1908, Nr 45). Każda miejscowość, mająca ponad 5000 mieszkańców, lub będąca siedzibą władz komitatowych, musi mieć lekarza gminnego. Miejscowości mniejsze przydzielone zostają do odpowiednich okręgów sanitarnych. Płaca zasadnicza lekarzy gminnych i okręgowych wynosi 1600 K. rocznie, a gdzie jest kilku lekarzy gminnych, — 1400 K.; każdy lekarz otrzymuje 4, do emerytury wliczalne pięciolecia po 200 K. — Gdzie lekarz przy takiej płacy nie może się odpowiednio utrzymać, tam otrzymuje on dodatek miejscowy (do wysokości 1200 K.); gdy i to »z powodu braku dochodów ubocznych« nie wystarcza, otrzymuje lekarz jeszcze stosowny dodatek. Prócz tego otrzymują lekarze dodatek na mieszkanie; gdzie niema stosownego mieszkania dla lekarza, może być gmina z urzędu zniewolona do wybudowania odpowiedniego mieszkania. Płace i dodatki otrzymują lekarze za pośrednictwem kas państwowych (urzędów podatkowych). Gmina ma dostarczyć lekarzowi lokalu ordynacyjnego. Do urzędowych peryodycznych wyjazdów, ordynacyi, szczepienia krowianki ma gmina przy odległościach ponad 2 klm. dostarczyć lekarzowi podwody lub odpowiedniej na nią kwoty. Każdy lekarz ma prawo do corocznego 3-tygodniowego urlopu, a wiceżupan zarządza na ten czas zastępstwo. Lekarz gminny jest członkiem zarządu gminnego. Przed wytoczeniem postępowania dyscyplinarnego lekarzowi gminnemu lub okręgowemu musi być zasięgnięta opinia lekarza powiatowego. *R.*

Pokrzywdzenie lekarzy sądowych we Lwowie. Wskutek reskryptu ministerstwa sprawiedliwości, zwracającego uwagę, że należytości, przyznawane psychiatrom lwowskim za badania osób w sprawach karnych, są znacznie wyższe, niż w Wiedniu, prezydyum sądu kraj. wyższego we Lwowie zarządziło w maju b. r., by nadal wypłacano tym znawcom tylko po 10—40 koron za badanie stanu umysłowego wraz z wywodem i orzeczeniem, a to bez względu na to, czy badanie odbyło się jednorazowo, czy też więcej razy było powtarzane. Istotnie od tej pory tylko w bardzo wyjątkowych wypadkach otrzymywali znawcy psychiatrzy w drodze rekursu wyższe wynagrodzenie, jakkolwiek do maja 1908 r. od lat kilkunastu wynosiło ono przeciętnie po 150 koron. Wskutek tych nowych praktyk znawcy psychiatrzy we Lwowie, mianowicie Dr Chomin, Dr Kohlberger, Dr St. Kruszyński, Dr Maleszewski, Dr Sawicki, Prof. Sieradzki, Dr Świtalski i Dr Zagórski odnieśli się do Izby lekarskiej, oświadczając z góry, że poddadzą się solidarnie orzeczeniu Izby, że za niższe od minimalnej normy wynagrodzenie badań podejmować nie będą, a w danym razie gotowi zrzec się zupełnie stanowiska znawców-psychiatrów przy lwowskim sądzie karnym krajowym. — Izba lekarska uznała zażalenie znawców za zupełnie uzasadnione i orzekła, że wynagrodzenia, obecnie przez sąd przyznawane, nie odpowiadając żadną miarą nakładowi ich pracy i wiedzy, stoją w rażącej sprzeczności ze stosunkami zarobkowymi wszystkich wolnych zawodów i warunkami ekonomicznymi życia w do-

bie obecnej i że należy je uważać za ubliżające stanowi lekarskiemu wogóle.

W obecnem obniżeniu tych należytości widzi Izba krzywdzące ukrócenie praw, oddawna nabytych. Jako minimum wynagrodzenia oznacza Izba 10 koron za każdą godzinę, zużytą na badanie, oraz za każdy arkusz wywodu i orzeczenia.

Orzeczenie Izby przesłano prezydyum sądów krajowych we Lwowie, ministerstwu sprawiedliwości, lekarzom, będącym posłami do Rady Państwa, Wydziałowi wykonawczemu Izb lekarskich, wszystkim Izbom lekarskim w państwie, a nadto ma być opublikowane w pismach lekarskich. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20. do 26. XII. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Brzozdowce 3), Jaworów (Kobylnica ruska 2), Kołomyja (Słobódka polna 14, Chomiakówka 2), Lisko (Krzywe ad Tworylne 2), Stryj (Orawczyk 2); ospy pow. Brody (Popowce 4. zawleczone z Rosyi). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. do 26. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 3 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 4, płonicy 4 † 1 (2 † 1), odry 30 † 2 (1 † —), duru brzusznego — (— † 1), gorączki połogowej 1 † 2 (— † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 20. do 26. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 1 (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1 † 1 (1 † 1), płonicy 22 † 2 (1 † —), odry 4, duru brzusznego 4. *Dr Legeżyński.*

I. Zjazd internistów polskich.

Myśl, rzucona na X. Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie, aby urządzać Zjazdy internistów polskich, znalazła należyty oddźwięk we wszystkich sferach lekarzy polskich, a grono inicyatorów w porozumieniu z lekarzami innych dzielnic postanowiło, aby pierwszy Zjazd odbył się w Krakowie.

W celu tym zawiązał się komitet organizacyjny w Krakowie, który obecnie dokłada starań, by ten pierwszy Zjazd zgromadził jak największą liczbę uczestników i był zarazem oznaką zewnętrzną, że nauka polskiej medycyny postępuje naprzód.

Zwracamy się do wszystkich Kolegów, tak internistów, jakoteż tych, którzy stoją w łączności z medycyną wewnętrzną, by wzięli w Zjeździe, nietylko udział osobisty, lecz także przez zgłaszanie odczytów i demonstracyi dali podstawę do obrad tego Zjazdu, a temsamem do ustalenia dorobku nauki polskiej. Tem goręcej odzywamy się do Kolegów, zapraszając do jaknajliczniejszego przybycia, że jest to Zjazd pierwszy, którego powodzenie rozstrzygnie o losie Zjazdów przyszłych, tak nam w obecnej dobie potrzebnych.

Odczuwamy w całej pełni ważność obowiązku i trudu, włożonego na nasze barki, tembardziej, że nie mamy już wiele czasu, potrzebnego do przygotowań; to też będziemy się usilnie starać sprostać naszym zadaniom w nadziei, że doznamy poparcia ze strony wszystkich naszych Kolegów lekarzy i że nasze wspólne usiłowania przyczynią się do rozwoju medycyny polskiej i wyjdą na dobro naszego społeczeństwa. Uczestnicy Zjazdu mogą być przekonani, że choć nie czeka ich tu przyjęcie wspaniałe, lecz za to serdeczne i braterskie.

Na razie ogłaszamy ogólny program Zjazdu, a dalsze szczegóły podamy jeszcze później.

Zjazd odbędzie się w dniach 19. i 20. lipca 1909 r. w Krakowie; w razie niewyczerpania materyału, posiedzenia odbywać się będą jeszcze w dniu 21. lipca.

Dnia 19. lipca rano: Referat główny: »Zapobieganie i leczenie gruźlicy płuc«. Dr K. Rzętkowski (Warszawa) i Dr J. Brudziński (Łódź). Dyskusya.

Popołudniu: zgłoszone odczyty.

Dnia 20. lipca rano: Referat główny: »O fizyologicznem i leczniczem działaniu radu«. Prof. Dr K. Klecki (Kraków). Referat ten poprzedzi wykład Prof. Dra L. Brunera (Kraków): »O fizycznych i chemicznych własnościach radu«. — Dyskusya.

Popołudniu: zgłoszone odczyty.

Odczyt może trwać najwyżej 20 minut, a przemówienie w dyskusyi 5 minut.

Zgłoszenia odczytów i demonstracyi[1]) przyjmuje Biuro Zjazdu do dnia 1 czerwca 1909; prace zgłoszone później, a mianowicie najdalej do dnia 15 czerwca 1909 oznaczone zostaną w programie gwiazdką i mogą z braku czasu odpaść z porządku dziennego.

Nie przyjmuje się tak zwanych »tematów zastrzeżonych«.

Do dnia 15 czerwca ma każdy Prelegent przysłać do Biura Zjazdu krótkie streszczenie ze zgłoszonego odczytu.

Wkładka dla Uczestników Zjazdu wynosi 20 K. Wkładki przyjmuje skarbnik Zjazdu Doc. Dr E. Mięsowicz. — Klinika medyczna, Kopernika 15.

Zgłoszenia i odczyty przyjmuje i wszelkich informacyi udziela sekretarz Zjazdu Dr B. Korolewicz w Krakowie, Kopernika 15.

Bliższe szczegóły co do programu, pomieszczenia Uczestników itd. ogłoszone zostaną w czerwcu 1909.

Szanowne Redakcye czasopism polskich upraszа się o powtórzenie niniejszej odezwy.

Biuro Zjazdu: Klinika medyczna, ul. Kopernika 15.

W Krakowie, d. 1 stycznia 1909.

Prof. Dr W. Jaworski. Przewodniczący komitetu.

Dr B. Korolewicz. Sekretarz Zjazdu.

Dr A. Kwaśnicki, Zastępca przewodniczącego.

Doc. Dr E. Mięsowicz. Skarbnik Zjazdu.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków (Deutsche mediz. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.). Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica), Doc Dr E. Kowalski, Lwów, Romanowicza 20, (Monatsschrift f. d. phys-diät. Heilmethoden); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Wiedeń XVII/2, Zwerngasse 18 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franciszek Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie); z okulistyki: Dr St. Lewicki Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

---

[1]) Chorzy przeznaczeni do demonstracyi zostaną umieszczeni w klinice medycznej.

Na napływające do nas od wielu kolegów zapytania pospieszamy wyjaśnić, że prawo odbierania »Nowin lekarskich« za dopłatą 10 koron rocznie mają także ci koledzy, którzy odbierają »Przegląd lekarski« jako członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, o ile zgłoszą życzenie odbierania «Nowin« i nadeślą wspomnianą kwotę wprost do administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Kraków, Dunajewskiego 2).

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galic. zajmował się na posiedzeniu 22 grudnia 1908 następującemi sprawami: 1) W sprawie Dra H., lekarza kasy chorych w J., uchwalono odpowiedzieć, że jeśli lekarze w J. zobowiążą się do solidarności, Izba ich poprze. 2) Uchwalono rozpisać rozprawę honorową przeciw Drowi K. z Z. na 11. I. 1909. 3) W sprawie partactwa lecznicze w Rymanowie uchwalono zrobić doniesienie do prokuratoryi w Sanoku. 4) Sprawę kasy chorych w G. uznano za załatwioną.

— Fundacyę im. Andrzeja Potockiego w kwocie 200.000 K. na praktyczne wykształcenie ubogich, zwłaszcza osieroconych dziewcząt, utworzył Dr Mikołaj Buzdygan.

— Śmiertelność ludności cywilnej miejscowej obniżyła się w Krakowie w ciągu lat 19 o 7·38‰ ludności (z 26·29‰ w r. 1887 na 18·91‰ w r. 1905).

— W preliminarzu budżetu austr. ministerstwa oświaty na r. 1909 wstawiono w wydatkach zwyczajnych na wydział lekarski lwowski 451.276 K, krakowski 598.288 K. W porównaniu z rokiem poprzednim przeznaczono we Lwowie o 17.731 K. więcej, a na ten wzrost składa się: koszt ambulatoryum laryngorynologicznego 6.922 K., zwiększenie dotacyi kliniki chorób dzieci i dodanie jej II. asystenta 1.972 K., przekształcenie demonstratur w zakładzie chemii lek. i w klinice położniczej na asystentury, systemizowanie II. asystenta w zakładzie farmakologii i w ambulatoryum neurologicznem. W Krakowie przypadnie więcej o 25.389 K., wskutek systemizowania nadzwyczajnych katedr embryologii i anatomii, utworzenia demonstratury w ambulatoryum dentystycznem, asystentur w zakładzie histologii, chemii lekarskiej, reaktywowania asystentur przy katedrze fizyologii i anatomii patol., zwiększenia dotacyi dla zakładu chemii lek. (800 K.), kliniki pedyatrycznej (400 K.), zakladu weterynaryi (400 K.), uregulowanie płac służby klinicznej (12.000 K.). W wydatkach nadzwyczajnych preliminowano dla wszechnicy lwowskiej dalsze raty na nowe budowle (195.520 K.), (z tego jednak znaczna część nie przypada na wydział lekarski), na adaptacye i urządzenia 27.467 K. (z tego dalsze raty dla zakładu anatomii opis. 5.800 K., chemii lek. 3.000 K., dla kliniki laryngologicznej 3.000 K., pierwsze raty dla zakładu anatomii patol., histologii i farmakologii po 1.000 K.); dla wszechnicy krakowskiej preliminowano dalszą ratę na budowę kliniki psychiatrycznej 200.000 K., na adaptacye i urządzenia 62.320 K. (z tego dalsze raty dla zakładu chemii lek. 10.000 K., histologii 1.500 K., kliniki położniczej 2.000 K., na kotły parowe w klinikach 4.000 K., dalsze raty dla zakładu anatomii patol. 1.000 K., patologii 1.500 K., pierwsze raty dla zakładów weterynaryi i higieny oraz kliniki pedyatrycznej po 1.000 K.).

— Pokrzywdzenie obu naszych i czeskiego wydziałów lekarskich a faworyzowanie niemieckiego wydziału lek. w Pradze widać z następującego zestawienia preliminowanych w r. 1909 wydatków zwyczajnych na uniwersytety cislitawskie: Wiedeń 1,799 528, Praga niem. 719.706, Praga czesk. 677.816, Graz 454.527, Insbruk 407.349, Lwów 451.276, Kraków 598.288 koron, chociaż liczbą słuchaczów przewyższają wydziały lekarskie polskie i czeski znacznie praski wydział niemiecki.

— W preliminarzu budżetu austr. ministerstwa spraw wewnętrznych na r. 1909 wstawiono na zwalczanie epidemii 1,000.000 koron, t. j. tyle, ile w roku poprzednim. Z tego wnosićby można, że rząd nie spodziewa się większych wydatków dla siebie, gdyby weszła w życie ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych, czyli, że ciężary, jakie ta ustawa za sobą pociągnie, spadłyby na fundusze krajów (a w pierwszym rzędzie naszego, najciężej chorobami zakaźnemi nawiedzanego kraju). W dziale »rozmaitych wydatków sanitarnych« zwiększono preliminarz o 180.000 kor., które mają być głównie użyte na zasiłki rządowe na cele asanizacyjne, zwłaszcza zaopatrzenie w wodę. (Z tego powinnaby część znaczna przypaść Galicyi, gdzie sprawa zaopatrzenia w wodę wymaga wydatnej pomocy z funduszów publicznych).

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej uchwalił na posiedzeniu w d. 12. XII. 1908 poprzeć w zasadzie kroki lwowskich psychiatrów sądowych w sprawie obniżenia wynagrodzenia za badania sądowo-psychiatryczne, odkładając wydanie szczegółowego orzeczenia do następnego posiedzenia; następnie przyjęto treść pisma do Dra F. w B. w sprawie śledztwa dyscyplinarnego, wytoczonego mu przez Wydział krajowy wraz z orzeczeniem z 6. XI. b. r., uwalniającem go od wszelkiej winy, a zarazem uchwalono przedstawić Wydziałowi krajowemu, żeby w sprawach postępowania etycznego lekarzy wogóle zechciał się zwracać zawsze do Izby. — Na posiedzeniu pełnej Izby w tymsamym dniu, po sprawozdaniu z czynności Wydziału i Rady honorowej, uznaniu wyboru Dra Münzera za ważny i ukonstytuowaniu się Izby (ob. »Przegląd lek.« 1908, Nr 51.), uchwalono wniosek Dra Papéego i Dra Mikołajskiego, aby Izba zbadała przyczyny braku kandydatów na stanowiska publiczne (lekarzy szpitalnych, okręgowych, rządowych). W dyskusyi podnoszono, że przyczyną braku lekarzy w zakładzie w Kulparkowie są zbyt nizkie płace i ciężkie warunki pracy. Następnie na zapytanie Dra Pelczara wyjaśnił prezydent, że krajowy Związek lekarzy działa w porozumieniu z Izbą tak, że niema powodu tamować rozwoju tej organizacyi, a na zapytanie Dra Zasackiego, że nowy regulamin Izby został już przedłożony ministerstwu.

— Na posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej w d. 19. XII. 1908 przedłożył fizyk m., Dr Legeżyński, sprawozdanie o stanie epidemii płonicy w mieście. W leczeniu jest obecnie 203 chorych na płonicę. Na wniosek fizyka uchwalono między feryami świątecznemi polskiemi, a ruskiemi pozostawić szkoły zamknięte, co pozwoli je dokładnie oczyścić (takiż wniosek przedstawiła kraj. Rada szkolna już 18. XII. Namiestnictwu), dalej zarządzić dokładne oczyszczenie wszystkich burs i uzyskać od miasta dalsze zasiłki dla ubogich rodzin, dotkniętych płonicą. Następnie uchwalono podjąć starania o zmianę statutu Towarzystwa ratunkowego w tym kierunku, aby majątek jego w razie rozwiązania przeszedł na gminę i o zwiększenie miejskiej subwencyi dla Pogotowia, które koniecznie nadal istnieć powinno. Wreszcie uchwalono oświadczyć się za jaknajszybszem utworzeniem we Lwowie państwowego zakładu badania środków spożywczych, pod którego budowę powinna ofiarować grunt gmina z warunkiem rozpoczęcia budowy w ciągu lat 3; niezależnie od tego jednak powinna być miejska pracownia chemiczna tak rozszerzona i zreorganizowana, by jej orzeczenia o środkach żywności miały wagę dowodu sądowego.

— Magistrat ogłosił przepisy sanitarne o przewozie mięsa.

— Znacznego rozgłosu nabrało w dziennikach dochodzenie, wytoczone we Lwowie przez Izbę lekarską Drowi Eugeniuszowi Polończykowi, który leczył chorych przez siebie przyrządzonymi lekami, polegając na »rozpoznaniu«, uczynionem na odległość przez jakąś »jasnowidzącą«.

— Wydział krajowy ogłasza konkurs na dwie posady lekarzy w zakładzie obłąkanych w Kulparkowie, a to na posadę kierownika pracowni lekarskich anatomicznej, mikroskopowej, bakteryologicznej i chemicznej z poborami sekundaryusza, mianowicie płacą 2100 K. rocznie, dodatkiem funkcyjnym 1000 K. rocznie i trzema dodatkami pięcioletnimi po 400 K. rocznie, tudzież na posadę lekarza asystenta z płacą 1500 K. rocznie, dodatkiem funkcyjnym 1000 K. rocznie i trzema dodatkami pięcioletnimi po 200 K. rocznie. Z obu posadami połączone jest mieszkanie.

Warszawa. Pierwszą »przychodnią« (dyspensatoryum) dla chorych na gruźlicę, utworzoną przez Towarzystwo przeciwgruźlicze przy szpitalu św. Ducha, kierować będzie Dr B. Dębiński. Na pomieszczenie dalszych »przychodni«, otwieranych przez Towarzystwo w miarę środków, ofiaruje lokale magistrat.

— Na posiedzeniu komitetu »Instytutu higieny dziecięcej im. bar. Lenvala« w d. 20. XII. 1908 stwierdzono, że nader pożyteczna ta instytucya, jednająca sobie coraz większe zaufanie ludności (o czem świadczy n. p. powodzenie biura porad dla matek), zaczyna walczyć z niedoborem. Wprawdzie bowiem utrzymana jest zasada, że porady i zabiegi są płatne, ale opłaty są nader nizkie i nie mogą pokryć coraz znaczniejszych wydatków. Na razie niedobór pokrywany być ma z resztki funduszu, zaoszczędzonego na budowie Instytutu.

— W końcu lutego 1909 urządzona będzie przez warszawskie Towarzystwo higieniczne wystawa antyalkoholiczna. (Zdrowie 12).

— Warszawskie Towarzystwo higieniczne otrzymało zapis ś. p. Ludwika Górskiego na kąpiele ludowe w kwocie 1500 rb., które będą użyte prawdopodobnie na urządzenie natrysków w szkołach prowincyonalnych i łaźni przy wzorowej chacie włościańskiej, mającej stanąć w Częstochowie na wystawie przemy-

słowo-rolniczej w lecie 1909. Wystawa ta obejmie także dział higieniczny. (Zdrowie 12).

Z różnych stron. Wobec obaw wojny ciekawe są szczegóły, podawane przez pisma wiedeńskie o austr. Towarzystwie Czerwonego Krzyża. Towarzystwo to na wypadek wojny może wysłać 33 kolumn sanitarnych, 2 magazyny polowe i kilka zakładów lekarskich, a posiada oprócz zapasu materyałów sanitarnych (opatrunków, narzędzi i t. p.) wartości $1^1/_2$ miliona koron, park sanitarny, złożony z 650 wozów. Poza terenem walki może Towarzystwo zapewnić w kraju opiekę szpitalną bezpłatną 33.300 rannym. Oprócz tego może Towarzystwo dostarczyć każdemu żołnierzowi podręcznego opatrunku, mając w zapasie 800.000 pakiecików opatrunkowych. Obecnie nabyło Towarzystwo przewoźne przyrządy rentgenowskie. Na wypadek wybuchu epidemii przygotowało Towarzystwo w stolicach wszystkich krajów odpowiednie magazyny i baraki szpitalne; w r. b. zamówiło Towarzystwo dalsze 22 baraki z urządzeniami szpitalnemi, 4 przewoźne przyrządy dezynfekcyjne parowe i t. p. Towarzystwo rozporządza obecnie 749 osobami do pielęgnowania rannych i chorych.

Mianowania. Dr E. Ciastoń starszym lekarzem sztabowym marynarki austr.; chemik Dr Jan Merunowicz, asystentem Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie; Dr J. Matusiewiczówna asystentką instytutu oftalmicznego, Dr Silberlastówna asystentką w szpitalu izr., Dr H. Goldschmidt asystentem-internem szpitala izr. dla dzieci, Dr T. Gryglewicz bakteryologiem zakładu szczepienia ospy przy szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

Zmarli. Dr Izydor Frenkiel, w 49 r. życia w Meranie; Dr Kazimierz Syliwanowicz w 37 r. z. w Wilnie.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w grudniu 1908:

Gazeta lekarska Nr 48: Ostrowski: Myoma recti. Eisenberg: O wytrzymałości cieplnej form wzrostowych u tlenowców zarodnikowych. Gajkiewicz (dok.). — Nr 49. Mięsowicz i Maciąg: Spostrzeżenia nad zachowaniem się substancyi mydryatycznych w surowicy krwi ludzkiej. Ostrowski: (c. d.). — Nr 50: Sokołowski: Przyczynek do etyologii i terapii spraw chorobnych gardzieli, spostrzeganych w przebiegu neurastenii. Ostrowski (c. d). — Nr 51: Nowiński A.: O pneumokokowem zapaleniu otrzewnej u dzieci. Wiśniewski: Hodowanie dwoinek Neissera na pożywkach stałych. Sokołowski (dok.). Ostrowski (dok.).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 49: Endelman: Jak i kiedy leczyć należy zez? Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1907. — Nr 50: Landau A. i T. Wilczyński: Studya nad doświadczalnem zapaleniem nerek i nad powstawaniem obrzęków pochodzenia nerkowego. Endelman (c. d.). — Nr 51: Endelman (dok.). Landau i Wilczyński (dok.). — Nr 52: Wertheim: Przypadek uszkodzenia nerwu podjęzykowego.

Tygodnik lekarski Nr 49: Machek: O uszkodzeniach narządu wzrokowego wobec ustawy o ubezpieczeniu robotników od wypadków. Klarfeld: O histeryi w pojęciu Babińskiego.— Nr 50: Rydygier Ant. jun: Nowy sposób rozcięcia gardła w celu dotarcia do guzów w niem powstałych. Machek (dok.). — Nr 51: Hermelin: O działaniu preparatów sporyszu, stosowanych w Zakładzie. Kowenicki: O stosowaniu tuberkuliny w celach leczniczych. Rydygier A. (dok.). — Nr 52: Kowalski: O białkomoczu wywołanym podnietami termicznemi. Ziembicki W.: Śpiączka cukrzycza. Kowenicki (dok.).

Nowiny lekarskie Nr 12: Gantkowski: Miejskie stacye opiekuńcze dla alkoholików, oraz pogląd na działalność Poznańskiej stacyi w pierwszym roku jej istnienia. Rosenhauch: Zapalenie spojówki w świetle nowszych badań bakteryologicznych (dok.). Bugiel: Nasz najznakomitszy lekarz odrodzenia, Józef Struś (dok.).

Postęp okulistyczny Nr 11: Noiszewski (c. d.). Rosenhauch. O zmętnieniu Berlina z zachowaniem pełnej bystrości wzrokowej. Kleczkowski: Dwa przypadki nieprawidłowości rozwojowych górnych dróg łzowych.

Przegląd pedyatryczny Tom I. Zeszyt 1. i 2.: Lewkowicz: O prosówce płoniczej. Kopeć: Badania nad lipemią trawienną u osesków. Korybut-Daszkiewicz: Zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci. Brudziński: O zakażeniu mieszanem odrą i płonicą u dzieci. Jasiński: O plamach t. zw. mongolskich. S. Kramsztyk: Przyczynek do rozpoznawania i patogenezy choroby Barlowa. Schoenaich: O popłoniczem zapaleniu gruczołów chłonnych. Raczyński: O zachowaniu się chlorków w płonicy i jej powikłaniach.

Kronika dentystyczna Nr 12: Wilga: Błędy zawodowe dentysty z punktu widzenia medycyny sądowej.

Zdrowie. Zesz. 10. i 11. Prace Zjazdu lekarzy i hygienistów w Lublinie od 25. do 28. IX. 1908. Polak: O działalności Warsz. Tow. higienicznego w ciągu 10 lat jego istnienia i o programie przyszłej jego działalności. Higiena miast i osad, wykłady Dr Certowicza, Klarnera, Michałowskiego, J. Jaworskiego, Wejssla, Koskowskiego. Popularyzacya higieny, wykład Dra Macieszy. Stan sanitarny wsi, wykłady Dra Tołwińskiego, Czerwińskiego, Malewskiego, Puławskiego. Walka z chorobami zakaźnemi, wykład Dra Puławskiego. Ochrona zdrowia dzieci i młodzieży, wykłady Dra Bączkiewicza, Herynga, Roszkowskiego, Kozłowskiego, Rosego. — Zesz. 12. J. Jaworski: Walka z gruźlicą ze stanowiska higieny społecznej. Gałecki: Sanatoryum dla chorych piersiowych w Rudce. S. Sterling: Dziesięciolecie oddziału dla chorych piersiowych przy szpitalu Poznańskich w Łodzi. Hewelke: W sprawie usposobienia do gruźlicy. B. Dębiński: Opieka nad chorymi gruźliczymi.

Przegląd higieniczny Nr 12 Mołczański: Oczyszczalnia biologiczna wód ściekowych przy politechnice w Kijowie.

Głos lekarzy Nr 23: Ustawa, normująca płace emerytalne lekarzy okręgowych, tudzież wdów i sierot po nich pozostałych. — Sprawozdanie komisyi o sprawozdaniu Dep. V. Wydz. kraj. — Rościszewski: W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej. — Opinia wiedeńskiej Izby lek. (c. d.). — Nr 24: Bednarski: Nakładanie podatków na lekarzy. — Ciąg dalszy tekstu ustawy emerytalnej dla lekarzy okr., opinii Izby lek. wiedeńskiej i sprawozdania sejmowej komisyi sanitarnej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

SKUTECZNIEJSZY NIŻ OLEJ Z WĄTROBY STOKFISZA



Łatwiejszy w użyciu. Przyjemnego smaku. Żadnych nudności, ani biegunki. Pobudza apetyt. Zwiększa wagę ciała.

EKSTRAKT Z WĄTROBY STOKFISZA „FIGADOL"

1 łyżka WINA VIVIEN, zastępuje 2 łyżki stołowe najlepszego tranu stokfiszowego

Główny skład, próbki i broszury opisujące doświadczenia — w aptekach:
Dra J. Piepes-Poratyńskiego we *Lwowie*, pl. Bernardyński, l. 1.
Konst. Wiszniewskiego w *Krakowie*, ul. Floryańska, l. 15.
VIVIEN, Rue Lafayette, 126. **Paris**

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w niezytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 9. stycznia 1909. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni farmakologicznej Uniwersytetu lwowskiego.

O fizyologicznych i chemicznych własnościach wazodilatyny, czynnego ciała narządów prawidłowego ustroju.

Podali

Prof. Dr L. Popielski, Dyrektor pracowni, i **Dr K. Panek** Prof: fizyologii w Akad. weter. we Lwowie.

Ciało obniżające ciśnienie krwi w wyciągach z narządów nazwał Popielski wazodilatyną. Rozszerzenie naczyń krwionośnych i obniżenie ciśnienia krwi nie są jedynemi zjawiskami, wywoływanemi przez wyciągi z narządów. Popielski wykazał, że przy odpowiedniej dawce występuje cały szereg zmian tak w ogólnem zachowaniu się zwierzęcia, jak i w czynności poszczególnych narządów. Zwierzę, wkrótce po wprowadzeniu do krwi wyciągu z narządów, wpada w stan gwałtownego podniecenia, trwającego nie dłużej, niż 40″—1′, a następnie występuje uspokojenie, depresya, trwająca rozmaicie długo, zależnie od wielkości dawki. Przy większych dawkach zwierzę ginie wśród często powtarzających się drgawek. Popielski dowiódł, że objawy te są zależne od zmian w ciśnieniu krwi, że są wyrazem niedokrwienia mózgu, rozwijającego się wskutek raptownego i ogromnego obniżenia ciśnienia krwi. Wydzielanie śliny i łez, spostrzegane w okresie podniecenia zwierzęcia, jest pochodzenia centralnego, jako następstwo niedokrwienia mózgu: ślina po przecięciu struny bębenkowej przestaje się wydzielać. Ruch robaczkowy jelit, przejawiający się na zewnątrz oddawaniem kału, zależy z jednej strony od podrażnienia ośrodków ruchowych rdzenia przedłużonego wskutek niedokrwienia mózgu, z drugiej strony jest wyrazem bezpośredniego działania na kiszki kwasu węglowego krwi, która staje się czarną z powodu utrudnionego oddychania, zjawiska, zależnego od osłabionej przez niedokrwienie mózgu czynności ośrodków oddechowych. Wydzielanie soku trzustkowego jest związane ściśle z obniżeniem ciśnienia i niekrzepliwością krwi. Samo obniżenie ciśnienia krwi nie zdoła wywołać wydzielania, jak o tem łatwo możemy się przekonać, wywołując obniżenie ciśnienia zapomocą przecięcia rdzenia kręgowego; drugim koniecznym warunkiem jest niekrzepliwość krwi. Wydzielanie soku trzustkowego rozpoczyna się zawsze tylko w okresie obniżonego, albo nieco zaczynającego się podnosić ciśnienia krwi i nigdy nie zachodzi wcześniej, niż po upływie 50″—70″ od wprowadzenia. Wydzielanie trwa rozmaicie długo, stosownie do dawki, ale nigdy nie dłużej, niż 12′—14′. Atropina i wyciąg z pijawek wywołują także wydzielanie soku trzustkowego i jednocześnie wywołują obniżenie ciśnienia i niekrzepliwość krwi. Badania te, rzucające zupełnie nowe światło na czynność wydzielniczą gruczołów, będą przedmiotem osobnych publikacyi z naszej pracowni. Wydzielanie żółci również następuje i pochodzi z pęcherza żółciowego pod wpływem zwiększonej kurczliwości jego ścian. Sok żołądkowy i sok kiszkowy pod wpływem dużych dawek przestaje się wydzielać. Przy małych dawkach wydzielanie odbywa się.

Oczywiście ten złożony obraz zjawisk bez odpowiedniej fizyologicznej analizy nastręczał myśl, że każde z tych zjawisk zależy od innego ciała, że zjawiska te nie są niczem ze sobą związane, jak tylko prostym wypadkiem zbieżności zjawisk. Tak Bayliss i Starling, pracując nad wyciągiem z błony śluzowej dwunastnicy, doszli do wniosku, że wydzielanie soku trzustkowego jest wywołane przez ciało nazwane »sekretyną«, która działa wyłącznie tylko na czynność gruczołu trzustkowego, która jest swoistym »hormonem« dla tego narządu.

Bayliss i Starling badali wpływ wspomnianego wyciągu także na ciśnienie krwi. Doszli jednak do wniosku, że to ostatnie zjawisko wywoływane jest przez inne ciało jakkolwiek nie mogli otrzymać takiego wyciągu, któryby dawał wydzielanie soku trzustkowego bez jednoczesnego obniżenia ciśnienia.

Objawów ogólnego działania, opisanych wyżej, niekrzepliwości krwi, hypo- i hyperleukocytozy, działania na ruch robaczkowy kiszek Bayliss i Starling nie opisują gdyż na te punkty wcale nie zwrócili uwagi. Bayliss i Starling do takiego stopnia przejęci byli swoistością wyciągu z błony śluzowej dwunastnicy dla czynności gruczołu trzustkowego[1]), że odrzucili zupełnie wpływ nerwów na czynność nietylko narządu, ale także innych narządów przypuszczając, że rozmaite narządy oddziaływają na siebie nie za pośrednictwem nerwów, ale zapomocą swoistych ciał, nazwanych przez nich »hormonami«. Tak n. p. gruczoły mleczne znajdują się pod wpływem ciała, powstającego w macicy przy udziale rozwijającego się płodu. Bez

[1]) Wychodząc z doświadczeń Popielskiego.

tego »hormon«, pobudzający do czynności gruczoły mleczne — nie powstaje. Autorzy byli tak przekonani o prawdziwości swego poglądu, że starali się zapomocą wyciągów z rozwijających się płodów wywołać sztucznie wydzielanie mleka u psów (samic), zapominając o tem, że gruczoły mleczne u dzieci bez różnicy płci wydzielają płyn podobny do mleka, że istnieją przypadki kliniczne, w których, po zupełnem usunięciu macicy, mleko się wydzielało, że wreszcie mleko wydziela się po urodzeniu dziecka w ciągu nieraz bardzo długiego czasu: 2—3 lat, gdzie o wpływie płodu na tworzenie się »hormonów« nie może być mowy. Bayliss i Starling przytaczają nawet doświadczenia, w których po długim okresie wprowadzania wyciągu z płodu zauważyli pewne zmiany w gruczole mlecznym, co jednak nie może służyć na poparcie ich poglądu, dlatego, że wyciągi z innych narządów mogłyby to samo wywołać, a po drugie nie jest wyłączone, czyby i bez żadnego wprowadzania nie nastąpiło to samo. Pogląd Baylisa i Starlinga o istnieniu swoistych ciał — hormonów — niektórzy autorzy starali się stwierdzić w zastosowaniu do innych gruczołów. Mianowicie Edkins w 1906 roku ogłosił pracę, w której dowodzi, że tylko wyciąg z błony śluzowej odźwiernika wywołuje wydzielanie soku żołądkowego; wyciąg z błony śluzowej dna żołądka takiego działania nie wywiera. Ciało to, nazwane przez Edkinsa żołądkową sekretyną, zbliżone jest do »sekretyny« Baylissa i Starlinga, albowiem wywołuje także obniżenie ciśnienia krwi i przy gotowaniu nie traci swego działania, podobnie, jak to wskazali Bayliss i Starling co do »sekretyny«.

Tutaj wypada nam jednak zaznaczyć, że jeszcze w 1902 roku Popielski wykonał doświadczenia (opisane w 1908 r. w Arch. Pflügera [2]) na psach z przewlekłą przetoką żołądkową, w których wykazał, że wyciąg z błony śluzowej dwunastnicy (sekretyna) i prostnicy wywołuje wydzielanie soku żołądkowego. Tak więc widzimy, że wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem wyciągu z błony śluzowej odźwiernika jest jednym z objawów działania wyciągów z narządów. Zdanie swoje o swoistości »sekretyny« opali Bayliss i Starling głównie na tem, że tylko wyciągi z błony śluzowej dwunastnicy i górnej części jelit mogą wywoływać wydzielanie soku trzustkowego i że wyciągi z innych części przewodu pokarmowego takiego działania nie posiadają. A tymczasem niema nic prostszego, jak przekonać się o tem, że wyciągi z błony śluzowej żołądka, jelita czczego, odbytnicy, wyciągi z warstwy środkowej ściany jelit, złożonej z mięśni gładkich — wywołują także wydzielanie soku trzustkowego. Oprócz tego, wyciągi z narządów, zdala od trzustki położonych, jak n. p. mózgu, wywołują obok obniżenia ciśnienia krwi, drgawek, także wydzielanie soku trzustkowego zupełnie w takiej samej postaci, jak to się dzieje przy sekretynie. Tutaj jednak zaznaczyć należy, że doświadczenia z rozmaitymi wyciągami dają wynik dodatni, jeżeli mieć na względzie zjawisko uodpornienia (immunizacyi), wywoływane przez wyciągi z narządów. Tak więc pogląd Baylissa i Starlinga o swoistości sekretyny i jednocześnie główna podstawa do ich poglądów o »hormonach« opiera się na błędnem spostrzeganiu i całkowicie sprzeczna jest z istniejącymi faktami. Ciekawe jest to, że niektórzy autorzy, nie wchodząc w analizę faktów, przedstawionych przez Baylissa i Starlinga, przyjmują pogląd o hormonach za prawdę naukową, wprowadzając go nawet do podręczników, jak to czyni Otto Cohnheim w swoim podręczniku: »Vorlesungen über die Verdauung.«. Prawda, podręcznik ten wyszedł jeszcze przed zjawieniem się prac Popielskiego w druku. Natomiast Abderhalden [3]), opierając się na pracach Popielskiego, odrzuca całkowicie pogląd Baylissa i Starlinga o swoistości sekretyny, a więc główną podstawę do fantastycznej teoryi o »hormonach«. Wniosek o tem, że poszczególne objawy, spostrzegane przy wprowadzaniu wyciągów z narządów do krwi, zależą nie od wielu ciał, ale od jednego, opiera się na następujących faktach. Jeżeli jednocześnie z wyciągiem n. p. ze ścian jelit grubych wprowadzić do krwi adrenalinę, to, jak to wykazały badania Popielskiego, występuje ogromne wzmożenie parcia krwi i, odpowiednio do tego, nie widzimy żadnego z objawów, spostrzeganych przy wprowadzeniu z samego wyciągu kiszkowego. Jeżeli wprowadzić większą dawkę wyciągu kiszkowego, aniżeli ta, jakiej działanie znosi adrenalina, to po przejściu działania adrenaliny ciśnienie krwi obniża się i jednocześnie z tem występuje wydzielanie soku trzustkowego. Badania Popielskiego wykazały, że po wprowadzeniu znacznej dawki wyciągu kiszkowego, następna mniejsza, albo taka sama dawka już nie wywołuje żadnego z objawów działania wyciągu kiszkowego. Jest to zjawisko uodpornienia. Gdyby więc wszystkie te zjawiska zależały od rozmaitych ciał, w takim razie brak obniżenia ciśnienia krwi nie przeszkadzałby wystąpieniu działania innych ciał. Nigdy w żadnym ze swoich doświadczeń Popielski mimo to, że szczególną na to zwracał uwagę, bez obniżenia ciśnienia krwi nie otrzymał ani wydzielania soku trzustkowego, śliny, żółci, ani też niekrzepliwości krwi. Wobec tego obniżenie ciśnienia krwi należy uważać za wskaźnik bardzo dogodny, czy w danym wyciągu znajduje się wazodilatyna, czy nie.

Ponieważ jednocześnie z obniżeniem ciśnienia krwi, zjawiska, zachodzącego, jak to wykazały badania Popielskiego, na drodze nerwowej — występuje niekrzepliwość krwi, zjawisko przyrody chemicznej, to zachodziło pytanie, czy wazodilatyna, jako taka, znajduje się już w gotowym stanie w wyciągach z narządów, czy też tworzy się dopiero we krwi, inaczej jest wynikiem procesów chemicznych, których wyrazem jest niekrzepliwość krwi. Jak już powiedzieliśmy, obniżenie ciśnienia krwi zachodzi na drodze nerwowej, jest wyrazem porażającego działania wazodilatyny na zakończenia nerwów naczynioruchowych. Przy powtórnem jednak wprowadzeniu dużej dawki wazodilatyny w postaci wyciągu n. p. kiszkowego nie otrzymujemy wcale obniżenia ciśnienia krwi. Ten fakt może zależeć: 1) od tego, że zakończenia nerwowe stały się niewrażliwe na bodźce; 2) od tego, że ciało czynne nie było wprowadzone z wyciągiem kiszkowym. Gdyby w zakończeniach nerwowych zaszły jakie zmiany, w takim razie zwykłe zabiegi fizyologiczne nie powinny wywierać żadnego wpływu na obwo-

[2]) Tom 121, stron. 262.

[3]) Prof. Dr E Abderhalden; Lehrbuch der physiologischen Chemie, 1909. Stron. 607.

dowe zakończenia nerwów, a tymczasem podrażnienie nn. trzewnych wywołuje podniesienie ciśnienia krwi, a przecięcie rdzenia kręgowego pod przedłużonym obniżenie ciśnienia krwi. Stąd należy wnosić, że ciało obniżające ciśnienie tworzy się we krwi, jest produktem działania ciała czynnego wyciągu z narządów na jedną ze składowych części krwi, najprawdopodobniej na jedną z tych, od których zależy krzepliwość krwi. Wprowadzanie wyciągów tylko dotąd wywołuje obniżenie ciśnienia krwi, dopóki jeszcze znajduje się ta składowa część, od działania na którą zależy tworzenie się właściwej wazodilatyny. Jak tylko ciało to zostanie usunięte, dalsze wprowadzanie pozostaje bez skutku — występuje zjawisko uodpornienia.

W każdym razie nazwę wazodilatyny zatrzymujemy dla ciała czynnego w wyciągach z narządów, jakkolwiek prawdopodobnem jest, że ciało to samo przez się nie obniża ciśnienia krwi. Oprócz fizyologicznego działania, identycznego dla wszystkich dotąd zbadanych wyciągów z narządów, oczywiście tylko stwierdzenie tożsamości własności chemicznych działającego ciała z rozmaitych narządów było rozstrzygające w odpowiedzi na pytanie, czy we wszystkich narządach ciało działające jest jedno i to samo. Dopóki pytanie o chemicznych własnościach wazodilatyny nie będzie rozstrzygnięte, dopóty zawsze może istnieć przypuszczenie, zupełnie uzasadnione, że każdy z wyciągów z narządów wywołuje działanie dzięki swoistemu, w nim tylko zawartemu ciału. W celu scharakteryzowania działającego ciała z wyciągów z narządów wykonano liczne badania chemiczne, których wyniki tutaj w krótkości podajemy. Wazodilatyna rozpuszcza się bardzo dobrze w wodzie i w mocnym wyskoku; nie rozpuszcza się w chloroformie, eterze etylowym, octowym, naftowym i wyskoku amylowym; siarkanem amonowym się nie strąca i przechodzi razem z peptonami do przesączów. Przez błonę dializatora przechodzi łatwo. Sok kiszkowy ciała tego nie rozkłada, nie zmienia się ono także pod działaniem soku żołądkowego. W roztworach zasadowych i kwaśnych jednakowe okazuje działanie. Przy gotowaniu z kwasami, zwłaszcza mocnymi, rozpada się; gotowanie z zasadami, np. z wodą barytową. ciała tego nie zmienia. Wazodilatyna nie jest ani peptonem, ani albumozą, ani żadnem z ciał białkowych. Postanowiliśmy bliżej określić własności chemiczne wazodilatyny i udaliśmy się do zwykłych odczynników, używanych w celu charakterystyki ciał. Wzięliśmy po 100 c. sz. roztworu tego samego wyciągu z średniej warstwy ściany jelit grubych. — Każdą z tych porcyi oddzielnie obrobiliśmy octanem ołowiu obojętnym, kwasem fosforowowolframowym i taniną. Przesącz i osad przy każdym z tych odczynników poddaliśmy badaniu fizyologicznemu. Okazało się, że octan ołowiowy absolutnie nie strąca wazodilatyny; tanina tylko po części strąca, przyczem działanie przesączu po taninie jest znacznie słabsze, aniżeli działanie pierwotnego roztworu. Kwas fosforowowolframowy ciało to całkowicie strąca. Dalsze badanie przeprowadziliśmy w ten sposób, że wyciąg kiszkowy najpierw strąciliśmy obojętnym octanem ołowiowym, przesącz, po uwolnieniu od ołowiu zapomocą H_2S, strąciliśmy kwasem fosforowowolframowym. Po uwolnieniu od kwasu fosforowowolframowego zapomocą wody barytowej a nadmiaru baru zapomocą CO_2, roztwór tego ciała odparowywaliśmy do sucha w szalce Hofmeistera, mieszając płyn z piaskiem. Po wysuszeniu w suszarce przy 100^0, szalkę z zawartością proszkowaliśmy dokładnie i w przyrządzie Soxhleta wyciągaliśmy wyskokiem absolutnym w ciągu 2 dni. Okazało się, że ciało czynne całkowicie przechodzi do wyskoku, gdyż reszta po obrobieniu wodą nie okazywała żadnego działania. Roztwór wyskokowy strącaliśmy roztworem sublimatu w absolutnym wyskoku Tworzy się obfity biały strąt, który w znacznej mierze rozpuszcza się w wodzie. Mniejsza część tego strątu w wodzie się nie rozpuszcza i właśnie ona zawiera działające ciało — wazodilatynę. Chlorek platynowy w roztworze wyskokowym nie strąca wazodilatyny z wyskokowych roztworów. Również nie strąca tego ciała chlorek kadmowy. Widzimy, że wazodilatyna ogromnie jest zbliżona do peptonu i choliny, ale nie jest ani jednem, ani drugiem. Tak więc otrzymaliśmy takie cechy chemiczne wazodilatyny z wyciągu kiszkowego, które dały nam możność poszukiwań ciała o podobnych cechach w wyciągach innych narządów. Badania chemiczne we wskazanym kierunku wykonane zostały dotąd z wyciągiem z rozmaitych części błony śluzowych, a także i średniej warstwy ściany żołądka i kiszek, z wyciągiem z mózgu, a także z produktem trawienia włóknika przez sok żołądkowy, z tak zwanym peptonem Witte. Okazało się, że wszystkie te ciała zawierają jedno i to samo czynne ciało — wazodilatynę. Dla uproszczenia manipulacyi chemicznych postanowiliśmy w dalszym ciągu korzystać z przesączów po kilkakrotnem strącaniu wyciągów wyskokiem absolutnym. Otrzymany przesącz wyskokowy obrabialiśmy eterem siarkowym, który dawał obfity strąt, przyczem ciało czynne pozostawało w roztworze wyskokowo-eterowym. W ten sposób prawie zupełnie uwalnialiśmy go od peptonów, albumoz i ciał białkowych. Dopiero tak oczyszczone, w absolutnym wyskoku rozpuszczone wyciągi strącaliśmy sublimatem, przez co otrzymaliśmy znacznie czystsze ciało. Otóż wtenczas jod w jodku potasowym strątu nie dawał, co wskazywało, że ciało nasze nie jest ciałem podobnem do alkaloidów.

Badań naszych nad własnościami chemicznemi nie uważamy za ukończone. Celem naszym jest otrzymać wazodilatynę w czystym stanie i poddać ją dokładnej analizie chemicznej. Wazodilatyna jest nazwą, ułatwiającą tylko wyrażanie myśli, nic nam jednak nie mówi o naturze chemicznej tego ciała; nazwę tę uważamy za tymczasową. Pod względem chemicznym ciało to jest krystaloidem, przechodzi bowiem łatwo przez dializator. Wiele własności chemicznych zbliża to ciało do peptonów. Ciało to jest prawidłową składową częścią protoplazmy komórek prawidłowego ustroju i może być otrzymane, jeżeli dany narząd dokładnie rozetrzeć, zmiażdżyć. Jeżeli np. mózg pokrajać na mniej lub więcej duże kawałki, to z tak rozdrobnionego narządu nie otrzymamy wcale czynnego wyciągu. Wszystkie dotąd wykonane badania z wyciągami narządów, tak przez Popielskiego, jak i przez innych autorów, wskazują, że wyciąg z każdego narządu wywołuje obniżenie ciśnienia krwi. Popielski badania te rozszerzył pod tym względem, że wskazał na inne jeszcze zjawiska, występujące jednocześnie z obniżeniem ciśnienia krwi i, przeprowadziwszy dokładną analizę fizyologiczną, cały napozór bardzo zawikłany obraz objawów sprowadził do prostych, elementarnych zjawisk: obniżenia ciśnienia i niekrzepliwości krwi. Sprawa jadowitości wyciągów z narządów, jak i treści jelit

w postaci peptonu Witte została w ten sposób ostatecznie rozstrzygnięta i należycie oświetlona.

Z rozmaitych narządów naszego ustroju szczególniejszą uwagę zwrócili uczeni na mózg i wogóle tkankę nerwową. Wyciągi z mózgu i nerwów wywoływały obniżenie ciśnienia krwi i pierwszorzędni uczeni, jak Osborne, Cramer, Vincent, Mott, Halliburton, dążyli do rozwiązania pytania, jaka jest natura chemiczna obniżającego ciśnienie ciała. Niektórzy uczeni, głównie Mott i Halliburton, uważali za przyczynę obniżenia ciśnienia krwi — cholinę. Vincent i Osborne dane Motta i Halliburtona potwierdzają. Natomiast Osborne i Cramer w pracy, ogłoszonej w roku 1903 dochodzą do wniosku, że ciałem tem nie jest cholina i wniosek ten popierają tak dowodami fizyologicznymi, jak i chemicznymi. Główną uwagę zwracają na to, że ciało czynne z mózgu niezupełnie rozpuszcza się na zimno w wyskoku, następnie po atropinie tak samo obniża ciśnienie krwi, jak przed atropiną, gdy tymczasem cholina, jaką mieli w ręku, po atropinie stale podnosiła ciśnienie krwi.

Do swoich badań braliśmy mózg cieląt i dla uniknięcia ile możności tworzenia się peptonów i albumoz obrabialiśmy roztarty dokładnie pomiędzy dwoma szklanemi płytami mózg 0,9% Na Cl na gorąco. HCl nie używaliśmy dlatego, ażeby uniknąć tworzenia się choliny, która z lecytyny przy gotowaniu łatwo się wytworzyć może. Dodać należy, że badania nad mózgiem wykonane zostały jeszcze przed badaniami naszej pracowni nad choliną. Otóż okazało się, że wyciąg tak przygotowany wywołuje olbrzymie obniżenie ciśnienia krwi, drgawki, następnie depresyę, a jednocześnie obfite wydzielanie soku trzustkowego. Taki sam wynik otrzymuje się pod wpływem wyciągów, przygotowanych na wodzie i HCl, kwasie octowym. Należy zwracać uwagę, aby nie gotować wprost na ogniu, gdyż wtenczas ciało czynne rozpada się; należy zawsze ogrzewać na łaźni wodnej.

Ciało czynne z wyciągu mózgowego nie strąca się octanem ołowiowym, a całkowicie przechodzi do przesączu. Przesącz po uwolnieniu ołowiu za pomocą H_2S strącaliśmy kwasem fosforowowolframowym, przyczem ciało czynne całkowicie pozostaje w strącie.

Rozczyn wodny tego ciała, otrzymany ze strątu fosforowowolframowego, odparowywaliśmy z piaskiem w szalce Hofmeistera i po wysuszeniu wyciągaliśmy w przyrządzie Soxhleta absolutnym wyskokiem, do którego ciało to całkowicie przechodzi. Z absolutnego wyskoku strąca się za pomocą wyskokowego rozczynu sublimatu, przyczem strąt z czynnem ciałem nie rozpuszcza się w wodzie — jednem słowem ciało czynne z wyciągu mózgowego zachowuje się zupełnie tak samo, jak wazodilatyna z wyciągów kiszkowych i peptonu Witte.

Jednocześnie można było stwierdzić, że już wyskokowy wyciąg tego ciała odczynu biuretowego nie daje, co jest najlepszym dowodem, że ciało to nie jest peptonem.

Własności przytoczone przez Cramera i Osborna nie zupełnie zgadzają się z przytoczonemi wyżej. Ciało czynne podług Osborna i Cramera nie strąca się kwasem fosforowowolframowym. Sam Cramer w liście do Popielskiego główną uwagę zwraca na to, że ciało czynne zapomocą długotrwałego obrabiania przechodzi do wyskoku. W każdym razie zasługą autorów — Osborna i Cramera jest to, że stanowczo wystąpili przeciwko identyfikowaniu ciała obniżającego ciśnienie krwi z wyciągu mózgu z choliną i to stanowi cenny i ważny wynik ich pracy. Myśl o tem, że ciało czynne wyciągów z narządów jest choliną, tak bardzo zajmowała uczonych, że Fürth i Szwarc, opierając się na zdaniu Popielskiego, wypowiedzianem w jednej z jego prac, iż ciałem czynnem jest ciało, szeroko rozpowszechnione w ustroju, przystąpili poprostu do stwierdzenia choliny w wyciągu kiszkowym. Popielski, wypowiadając ten pogląd, nie wskazał jednak na własności chemiczne działającego ciała, odkładając to do jednej z następnych prac. Fürth i Szwarc dochodzą do wniosku, że rzeczywiście w wyciągu kiszkowym znajduje się cholina, której przypisują niektóre objawy działania wyciągu kiszkowego. Ze swojej strony musimy zaznaczyć, że, pomimo bardzo szczegółowych poszukiwań, choliny w wyciągu kiszkowym nie mogliśmy wykryć.

Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że dowody chemiczne autorów tych są zupełnie nie wystarczające. Autorowie ci kierowali się głównie punktem topliwości otrzymanych przez siebie kryształów, w dodatku niedokładnie określanym. Dla utożsamienia działania otrzymanych przez siebie kryształów z choliną, używali choliny Mercka, która, jak wykazały specyalne badania w pracowni Popielskiego, zawiera produkty rozkładu choliny, od których zależą wszystkie zjawiska, wywoływane przez cholinę Mercka. Czysta cholina wywołuje tylko krótkotrwałe obniżenie ciśnienia krwi.

Sprawiedliwość każe stwierdzić, że Fürth i Szwarc tylko po części przypisują cholinie działanie na ustrój wyciągu kiszkowego. Fürth i jego współpracownicy poddali badaniu cały szereg narządów, przyczem doszli do wniosku, że ciałem, obniżającem ciśnienie krwi, jest cholina.

Sam Popielski[2]), opierając się na danych Motta i Halliburtona, przypuszczał pierwotnie, że wazodilatyna może się okazać identyczną z choliną i na możliwość tę zwrócił uwagę w jednej[2]) ze swoich prac. Następnie Lohman w bardzo dokładnej pracy nad wyciągiem z nadnercza, po usunięciu adrenaliny, znalazł ciało, obniżające ciśnienie krwi i na podstawie własności fizyologicznych i chemicznych identyfikuje go z choliną. Ten sam Lohman w pracy nad wyciągiem z gruczołu tarczowego, a także Fürth w pracy nad tymże gruczołem dochodzą do wniosku, że ciałem z tego narządu, obniżającem ciśnienie krwi, jest cholina. Na zasadzie niektórych własności chemicznych, przedstawionych przez Lohmana i Fürtha, można wnosić, że ciało to jest wazodilatyną. W programie naszych prac nad stwierdzeniem własności chemicznych ciała — na pierwszym planie postawiliśmy gruczoły, pomiędzy innymi i gruczoł tarczowy. Podane przez nas wyżej własności chemiczne wazodilatyny pozwolą nam postawione przez nas zadanie rozstrzygnąć dokładnie.

---

[2]) „Lwowski Tygodnik lekarski“, Nr 43, 1907 i „Russkij wracz“, Nr 45, 1907.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prym. Radca Dr Krokiewicz).

Zastosowanie własności magnetycznych w celu oznaczenia dolnej granicy żołądka i siedziby zwężenia przełyku.

Podał

Karol Mayer, słuchacz medycyny.

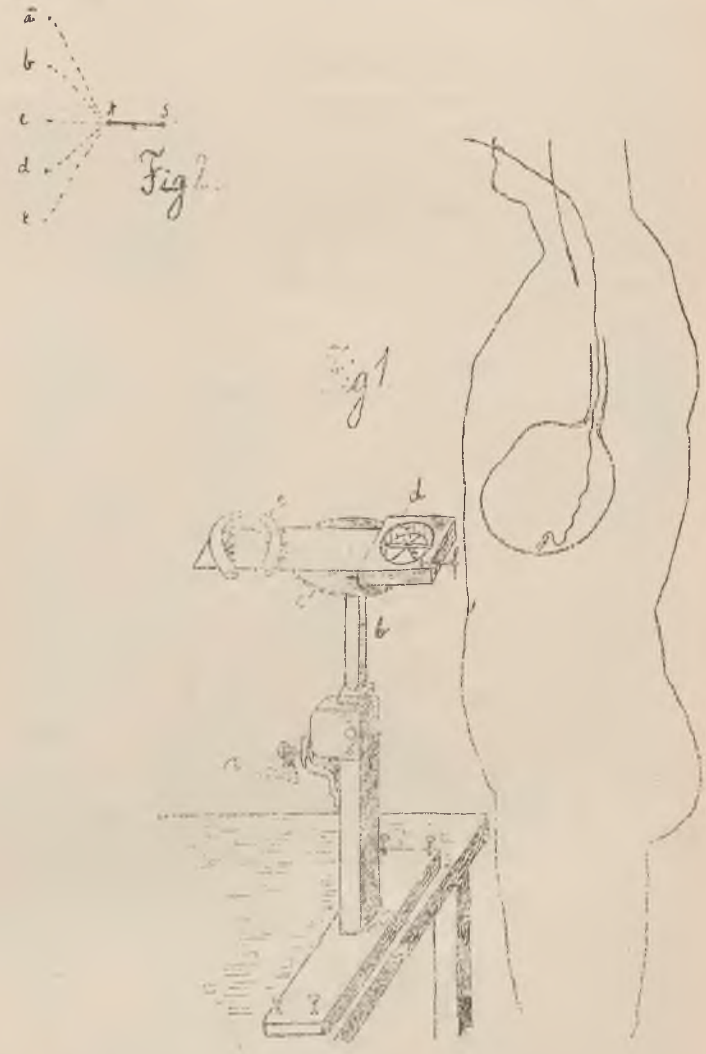
Metody dotychczas używane do oznaczenia dolnej granicy żołądka, jak: stosowanie zgłębnika miękkiego. wydymanie żołądka gazami, prześwietlanie ścian żołądka zapomocą promieni Roentgena (rentgenoskopia) lub przez wprowadzenie doń lampki elektrycznej (*gastrodiaphania*) — częstokroć nie doprowadzają do celu, jużto z powodu trudności technicznych, już też ze względu na chorobowy stan ściany żołądka. Zastanawiając się nad ujemnemi stronami powyższych metod, doszedłem do przekonania, iż w wielu przypadkach może nam natomiast oddać usługi zużytkowanie własności przenikania przez ustrój żywy działania pola magnetycznego. Doświadczenie wykonuję w sposób następujący:

Połykam bardzo mały magnes, osłonięty kauczukiem i przymocowany do stosownego sznurka. Następnie ustawiam się przednią ścianą brzuszną przed busolą, przytwierdzoną do odpowiedniej podstawy i przez obracanie korbą (*a*, Fig. 1.), wysuwam sztabkę (*b*), a z nią i busolę (*d*) do tej wysokości, w której odchylenie igiełki będzie największe. Wówczas znak, przeniesiony ołówkiem odpowiednio do wysokości poziomu igiełki na powłoki brzuszne, oznacza dolną granicę żołądka.

Że fakt ten odpowiada rzeczywistości, można się łatwo przekonać; jeśli bowiem obniżamy sztabkę magnesu ściśle po linii pionowej w pewnem oddaleniu od busoli, spostrzeżemy naówczas, że igla odchyla się dotąd, dopóki biegun magnesu nie znajdzie się w odpowiedniej, poziomej płaszczyźnie igiełki. Jeżeli zaś następnie biegun umieścimy niżej lub wyżej owej płaszczyzny, igiełka wraca w kierunku pierwotnego położenia. Odpowiedni (Fig. 2.) rysunek geometryczny rzecz bliżej wyjaśnia, gdyż wykazuje, iż na biegun igiełki działa najsilniej biegun magnesu w punkcie *c*, jako w o d l e g ł o ś c i n a j m n i e j s z e j, gdy natomiast w każdym innym punkcie odległość tychże biegunów jest większa, a tem samem i działanie słabsze. Stąd przy największym kącie deklinacyjnym płaszczyzna pozioma igiełki wskazuje, gdzie jest biegun magnesu, a zatem i jego miejsce oparcia, w naszym przypadku krzywizna dolna żołądka.

Techniczne wykonanie przedstawia się następująco. Mosiężna podstawa (Fig. 1.) jest tak urządzona, że korbą (*a*), zakończoną śrubą bez końca, obracamy kółko zębate, którego zęby, wchodząc w rowki poprzeczne sztabki (*b*), wysuwają go wraz z płytą (*c*) ruchomą wokoło jego wierzchołka. Do płyty (*c*) przytwierdza się busolę, a obok niej podkowę magnetyczną (*e*) z biegunem północnym w takiej odległości i położeniu względem bieguna północnego igiełki, aby stała się czulszą. Nowe położenie igiełki, jako wypadkową sił, w przeciwnych kierunkach działających, zaznacza się n. p. na szkiełku busoli, aby można było zawsze nastawić na to samo położenie przez obrót płyty (*c*). Moja podkowa magnetyczna ma 8 cm długości i jest od osi igły na 10 cm oddalona, biegunami zwrócona na zachód, wobec czego igiełka ustawiła swój biegun południowy na zachód. Wahania igiełki można natychmiast usunąć przez przyciśnięcie sztyftu (*f*).

Do połykania służy sztabka magnesu długości 3 cm, szerokości 1 cm, (może być jeszcze mniejsza) osłonięta kauczukiem gładkim i przytwierdzona starannie do sznurka około 75 cm długiego, mieszczącego się w świetle bardzo wązkiej rurki kauczukowej, aby zabieg ten był jak najłagodniejszy dla chorego. Najlepiej drobny ten magnesik położyć badanemu poza podstawę języka i polecić połykać mniejwięcej 55 cm sznurka, popijając większy łyk wody. Badanie należy przy czczym żołądku przeprowadzać. Lepiej używać magnesu nienormalnego, t. j. posiadającego



równoimienne bieguny. Używając magnesu normalnego, należy osobę badaną tak ustawić przed busolą, aby lekkie odchylenie igiełki wskazywało, który na nią działa biegun. W czasie podnoszenia busoli musi badany stać zupełnie nieruchomo, aby uniknąć ubocznego wpływu na igiełkę.

Oznaczając dolną granicę żołądka innemi metodami, n. p. przez wydęcie, widzimy nieznaczne różnice; mianowicie granica, busolą oznaczona, leży niżej, niż oznaczona wydęciem z powodu wydętego, a tem samem i zmienionego kształtu żołądka.

Jak widzimy, metoda ta jest bardzo prosta i łatwa, co zresztą stwierdzić mogłem wielokrotnie na sobie samym, tudzież na zdrowych i chorych w obecności lekarzy szpitalnych.

Całe powyższe postępowanie da się też zastosować dla oznaczenia miejsca zwężenia przełyku.

Wykonanie techniczne można w różny sposób zmienić, w korzystniejszy, niż ten, jakim mogłem rozporządzać, n. p. przez użycie elektromagnesu, bardzo czułej busoli bez umieszczenia magnesu podkowiastego obok niej, sztabki magnesu umieszczonego na końcu zgłębnika, zamiast na sznurku, zaleconym przez Dra M. Godlewskiego.

W końcu uważam za miły obowiązek najuprzejmiej podziękować JW. Panu Radcy Drowi Krokiewiczowi za łaskawe odstąpienie mi materyału, za zachętę i cenne wskazówki.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Kolaczek. **Nowe próby leczenia spraw ropnych.** (*Münch. med. Wochschr.*, 1908, Nr 51). K. omawia sprawę zaczynowego i przeciwzaczynowego leczenia spraw ropnych. Ropa gruźlicza nie zawiera zaczynu, ale przez leczenie jodoformem wywołać można wybitną proteolizę. Jodoform posiada bowiem własności leukotaktyczne i wywołuje gromadzenie się leukocytów. Przez rozpad ich uwalnia się proteolityczny zaczyn, który wywołuje strawienie nierozpuszczalnych ciał białkowatych, zawartych w treści ropnia, a przez to ułatwia wessanie. Podobne działanie mają rozczyny pankreatyniny i trypsyny, co zużytkował już praktycznie Jochmann i Baetzner (spraw. w »Przegl.« Nr 52). Bardzo możebne, że leczenie zaczynami będzie można także zużytkować praktycznie, zwłaszcza tam, gdzie jodoformu użyć nie można, n. p. z powodu wielkich rozmiarów ropnia, idyosynkrazyi do jodoformu i t. p. Zaczyn proteolityczny jest bardzo silny (działa jeszcze w rozcieńczeniu 1:1000) i odporny na działanie środków chemicznych, nawet tak silnych, jak kwasy, wyskok, sublimat, formol i t. p. natomiast niszczą działanie tego zaczynu chinina, arsen i ludzka surowica krwi (przeciwzaczyn). Przeciwzaczyn znajduje się w surowiczych przesiękach i wysiękach jamy brzusznej, w wodniaku jądra i w moczu chorych na nerki. U zwierząt spotyka się go w mniejszej ilości, a nie ma go wcale u ptaków, gadów i płazów. Leczenie spraw ropnych przeciwzaczynem wstrzymuje zanadto gwałtowne rozpuszczanie się tkanki, usuwa objawy zatrucia ustroju i wzmacnia fagocytozę. Trudności sprawia, jak dotąd, uzyskiwanie zaczynu i przeciwzaczynu. Ze zwierząt z powodów, przytoczonych wyżej, nie możemy uzyskać tych ciał, chyba, że starać się będziemy sztucznie powiększać zawartość przeciwzaczynu, n. p. przez czynne uodpornianie zaczynem. Po przeprowadzeniu odpowiednich doświadczeń na zwierzętach, przeszedł K. do leczenia zaczynami spraw ropnych u ludzi na materyale kliniki Brunsa. Leczenie to przedewszystkiem nigdy zaszkodzić nie może. Przy ostrych sprawach ropnych ograniczonych wystarcza nakłucie, wypuszczenie ropy i wstrzyknięcie przeciwzaczynu najwyżej 3 razy. Już w 2—3 godzin ustępuje zupełnie bolesność i ciepłota opada. Ropa zmienia się zwolna w płyn surowiczy i ropień znika w końcu zupełnie. Leczenie trwa znacznie krócej, niż po nacięciu. Ten sposób leczenia nie nadaje się jednak do spraw rozlanych (ropowic) i tam, gdzie już skóra jest zmieniona i grozi przebiciem; tam cięcie jest nieodzowne. Natomiast sprawy ograniczone (ropnie zwykłe, gruczołów, sutka i t. p.) nadają się znakomicie do tego leczenia, które i pod względem kosmetycznym jest nieocenione. *K.*

Steimann. **W sprawie leczenia przetok wstrzykiwaniem maści podług Becka.** (*Münch. med. Wochschr.* 1908. Nr 49). W Nrze 18 »Zentralbl. f. Chir.« zwrócił Beck (Chicago) uwagę na to, że często przetoki goją się znakomicie po wstrzyknięciu do nich celem badania rentgenowskiej maści bizmutowej. Przypadkowe to spostrzeżenie nakłoniło Becka do polecenia tego sposobu celem leczenia przetok. Skład maści jest następujący: *Rp. Bismut. subnitr. fr. 50,0; Vasel. alb. 60,0; Paraffin. liq. Cer. flav. aa 5,0.* Do wstrzykiwania używa się silnej metalowej strzykawki. Jeżeli użyje się ogrzanej strzykawki (zaraz po jej przegotowaniu), w takim razie maść w niej rozmięka tak, że można swobodnie ją wstrzykiwać. Zawsze jednak użyć należy przytem dość silnego ciśnienia, by maść doszła aż do końca przetoki. Zdjęcia rentgenowskie wykazują potem doskonale przebieg przetoki, jej rozgałęzienia, zagięcia i t. p. Średnio wstrzykuje się 5—10 cm; według Becka dojść można w razie potrzeby i do 50 cm. Wstrzykiwania te są niebolesne. Z publikacyi Becka zdawałoby się że sposób ten jest świetny. W rzeczywistości jednak tak nie jest, bo sposób ten ma także swoje złe strony. Dopiero co ogłosił Eggenberger (z kliniki chirurgicznej w Bazylei) przypadek śmiertelnego zatrucia bizmutem po wstrzyknięciu podług Becka 30 cm maści u 7-letniego chłopca. Badania Steimanna wykryły również wiele stron ujemnych tego sposobu. Po pierwsze przez wstrzykiwania pod tak silnem ciśnieniem tworzą się nieraz sztuczne »przetoki«, maść rozchodzi się w szczelinach między tkankami. Wstrzyknięta maść zatyka ujście ogniska chorobowego i wobec tego zewnętrzny koniec przetoki goi się zwykle dobrze, natomiast w głębi ropa zbiera się pod maścią dalej, lub toruje sobie nową drogę. Tosamo zadanie spełnia rozpoznawczo maść jodoformowa, a jodoform jest przecież środkiem leczniczym, bizmut zaś może działać jedynie drażniąco, jako ciało obce. W każdym razie nie wolno sposobu Becka używać w przypadkach świeżych, a zwłaszcza, gdzie ciepłota jeszcze jest podniesiona i gdzie wydzielina z przetoki jest obfita. Gdzie wydzielina jest skąpa, można próbować wstrzykiwań Becka, ale nie należy po nich za wiele się spodziewać. *K.*

Kaestle. **Thorium oxydatum anhydricum, nowy zastępczy środek przetworów bizmutu w rentgenologii ludzkiego przewodu pokarmowego.** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr 51, 1908). Badanie promieniami Röntgena przy pomocy zawiesiny bizmutu stało się obecnie w rozpoznawaniu cierpień przewodu pokarmowego nieocenionym, a niezbędnym środkiem. Niestety coraz częściej obecnie dowiadujemy się o zatruciach bizmutem, zwłaszcza u dzieci i u osób dorosłych wynędzniałych. To skłoniło K. do szukania innego, zupełnie nie trującego środka, któryby zdołał zastąpić bizmut. Środkiem takim jest tlenek toru (*thorium oxydatum anhydricum*). Thor jestto biały proszek, nie rozpuszczający się nawet w wodzie królewskiej. Ma te same zupełnie własności co do przepuszczania promieni Röntgena, jak bizmut. Niema zupełnie smaku, ani zapachu, nie wywołuje nudności, ani zaparcia stolca. Celem uzyskania dokładnej i trwałej zawiesiny dodać należy do mieszaniny thoru i wody glinki (*bolus alba*) w ilości 4:1. Przez usta podaje się 20:30 cm³, w lewatywie 10—15 cm zawiesiny. Na razie na przeszkodzie stoi rozpowszechnieniu się toru jeszcze dość wysoka cena przetworu (10 gm kosztuje 1·50 marki). Dodać tu jeszcze należy, że sole thoru mają takie wybitne własności promieniotwórcze. *K.*

Fabian. **O znaczeniu badania krwi w dyagnostyce chirurgicznej.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1908, Nr 51). Bardzo często udają się do chirurga chorzy, którzy właściwie wcale do operacyi się nie nadają. Ma tu F. na myśli przypadki białaczki prawdziwej i wrzekomej, złośliwych gruczolaków limfatycznych, choroby Hodgkinsa i t. p. Cierpienia te w początkach dają nieraz tylko miejscowe objawy, które zwracają uwagę chorego i skłaniają go do szukania porady u chirurga. Tutaj badanie krwi bardzo jest ważne, bo rozstrzyga o rokowaniu, a nawet o operacyi, gdyż ta mimo najdoszczętniejszych sposobów postępowania zwykle chybia celu, co autor odpowiednimi przykładami objaśnia. Badanie krwi może także niekiedy w wątpliwych przypadkach ułatwić rozpoznanie bąblowca (eozynofilia, zwłaszcza jeżeli pęcherz pękł i treść dostała się do krwi chorego). Kocher w ostatnich czasach poruszył znów sprawę badania krwi przy chorobie Basedowa i uważa je za bardzo ważne w rokowaniu co do operacyi. Te dane powinny skłaniać nas do badania krwi w tych przypadkach, gdzie rozpoznanie napotyka na pewne trudności. *A.*

Leser. **O żylakach i wrzodach żylakowych.** (*Tow. lek. w Halle* 28. X. 1908). L. poleca do leczenia żylaków i wrzodów żylakowych sposób Tavela z Berna. Wyleczenie następuje wtedy, gdy wskutek zmian zapalnych utworzy się skrzep, który się następnie zorganizuje. Na tem też oparł Tavel swoje leczenie. Najpierw podskórnie okłuwa T. żyłę odgoleniową, a to w celu zabezpieczenia się, by tworzące się skrzepy nie posunęły się dalej, a potem systematycznie wstrzykuje w większe żylaki w odstępach w 2—3-dniowych po 2 cm³ 5% kwasu karbolowego. Zabieg ten jest zupełnie niebolesny, trzeba jednak wstrzyknąć kwas karbolowy do światła żyły (krew powinna odchodzić z igły). W ten sposób osiągnął L. w licznych przypadkach zupełne wyleczenie, nawet tam, gdzie w żylakach i okolicy były sprawy zapalne, a na skórze liczne i duże wrzody. Zabieg ten jest prosty, a wykonać go może każdy lekarz. *K.*

Prof. Vulpius. **Wyniki leczenia ciężkich porażeń dziecięcych.** (*Münch. med. Woch.* Nr 51, 1908). Wyniki leczenia ciężkich porażeń u dzieci są obecnie coraz to lepsze dzięki sposobom, stosowanym przez nowoczesną ortopedyę, t. j. przyrządom, zbijaniu stawów, przeszczepianiu mięśni i ścięgien i plastyce nerwów. Zbijanie stawów wolno stosować jedynie po ukończeniu się ostrej sprawy chorobowej, a więc nie wcześniej, niż w rok po wystąpieniu porażenia. Zabieg ten, aczkolwiek oddaje nieraz cenne usługi, ma jednak tę złą stronę, że niszczy bądź co bądź zdrowe stawy. Dlatego też chętniej korzystamy z przeszczepiania mięśni i ścięgien, tu jednak spotykamy także pewne trudności, bo porażenie musi obejmować tylko pewną grupę mięśni, by można zdrowemi ścięgnami chore zastępować, a dalej następowe zbliznowacenia ścięgien udaremniają później nieraz najlepsze nawet wyniki operacyjne początkowe. W nowszych czasach rzucono się z zapałem do plastyki nerwów. Tu jeszcze nic pewnego powiedzieć nie można, chociaż, jak dotąd, metoda ta budzi wielkie nadzieje. Naturalnie leczenie to wymaga wielkich, długich i kosztownych zachodów, dlategoteż z radością powitać należy w ostatnich czasach objawiającą się dążność do opieki nad kalekami przez umieszczanie ich w odpowiednich zakładach. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

Doc. Walther Hannes: **Trwałe wyniki przy operacyi Alexander-Adamsa.** (*Zentrbl. f. Gyn.* Nr 49, 1908). Najmniejszy okres czasu, potrzebny do kontroli, wynosi 2 lata. Od r. 1900 otwierają w klinice Küstnera uchyłek Nucha, co pozwala na jeszcze wydatniejsze skrócenie więzadeł. Operowano tylko przy zupełnie ruchomej lub poprzednio uruchomionej (Schultze) macicy. Operowano od r. 1898—1906 147 przyp. Więzadło zawsze odszukano. Chore wstawały w 3. tygodniu, po 4—5 tygodniach usuwano krążek, stale zakładany przed zabiegiem. 71 chorych poddano kontroli. Nawrót tyłozgięcia stwierdzono u 3 chorych (4·2%) operowanych przed r. 1900, u później operowanych stwierdzono trwałość wyniku (62 przyp.). Z badanych chorych zastąpiło 28, t. j. 39·4% (51 porodów prawidłowych, 10 poronień), w 1 przypadku powstała przepuklina pachwinowa obustronna; na pewne podmiotowe dolegliwości skarżyło się 25 kobiet. Zdaniem autora odpowiada zatem zabieg ten zupełnie swemu zadaniu. *B. Wojciechowski.*

Doc. R. Birnbaum: **O śluzowiaku macicy (mukometra), zarazem przyczynek do sprawy gruczolaka szyi macicznej.** (*Zentrbl. f. Gyn.* Nr 49, 1908). »Gruczolak złośliwy« Rugego nie znajduje u większości patologów uznania. Z ginekologów zwraca się Winter przeciw temu pojęciu, podnosząc, że »gruczolak« oznacza coś niezłośliwego, z czem nie godzi się nazwa »złośliwy«. Winter uważa sprawę tę za raka gruczołowego z długo utrzymującym się okresem wstępnym. B. przytacza przypadek u 56-letniej kobiety, u której w r. 1907 stwierdzono nowotwór, który zniszczył szyję macicy. W przymaciczu nacieki. Na operacyę doszczętną przez brzuch chora się nie godzi. Ograniczono się do wyskrobania nowotworu i przypalenia. Pod drobnowidem stwierdzono t. zw. »gruczolaka złośliwego«, wszędzie pojedyncza warstwa nabłonka. Po roku zgłosiła się chora, w niezłym stanie ogólnym, z powodu bólów w krzyżach. Stwierdzono naciek w przymaciczu niezmieniony, bliznowate zarośnięcie ujścia macicznego, powiększenie macicy jak w 3. miesiącu ciąży, z chełbotaniem. Laparotomia. Obok macicy niema nacieku, tylko obrzęk tkanki wiotkiej. Podczas wycinania macicy wylała się pewna ilość jej treści. Worek Mikulicza. Wyleczenie. Macica wypełniona szarym, śluzowatym płynem. Na wewnętrznej powierzchni od ujścia wewnętrznego na 6 cm. ku górze tkanka krucha, szara, grubości do ½ cm. Budowa tej tkanki odpowiada rakowi gruczolakowemu, a miejscami tak zw. »gruczolakowi złośliwemu« Rugego. *B. Wojciechowski.*

E. Boesch: **Wartość mieszanki skopolaminowo-morfinowej w ginekologii.** (*Zentrbl. f. Gyn.* Nr 49, 1908). Sieber z Marburga potępia to uśpienie z powodu podnoszenia się tętna i ciepłoty, na podstawie 88 przypadków. B. zaś jest stanowczym zwolennikiem tego sposobu. Wieczorem przed operacyą dostaje chora 1 gr. weronalu, na godzinę przed zabiegiem świeży roztwór 0,0005 *scopol. hydrobrom.*, z 0,015 morfiny podskórnie. Lekki sen przeprowadza się bez przerwy w sen głęboki przez chloroform-eter-tlen. S. odnosi złe doświadczenia w Marburgu do stosowanego tamże znieczulenia lędźwiowego i do wpływu samego zabiegu. B. stosował skopolaminę z morfiną w 3 grupach: I. bez ogólnego uśpienia przy zabiegach małych, II. przy uśpieniu ogólnem, lecz bez operacyi, III. przy uśpieniu ogólnem z operacyą. (Około 2000 przyp.). Z zestawień na tablicach wynika, że nie skopolamina z morfiną, lecz sam zabieg, jako taki, wywołuje w pewnej liczbie przypadków zmiany w tętnie i ciepłocie. *B. Wojciechowski.*

Dr Grünbaum. **Kliniczne zachowanie się gruczolakomięśniaka macicy** (*adenomyoma uteri*). (*Arch. f. Gyn.* tom 86, zesz. II.). Na podstawie 20 klinicznie dokładnie spostrzeganych przypadków tego nowotworu wykazuje autor, że rozpoznanie ich przed operacyą jest prawie niemożliwe, ponieważ ich obraz kliniczny bardzo jest podobny do obrazu włókniakomięśniaków macicy. Głównym objawem są obfite miesiączki i nieregularne krwawienia, bole w podbrzuszu i w krzyżach, szczególnie w czasie miesiączki i dolegliwości ze strony pęcherza moczowego, potęgujące się czasem do bezmoczu uciskowego. — Nowotwory te spostrzegano najczęściej u mężatek bezdzietnych między 30—50 r. życia; zdaje się, że bezdzietność jest tu częstszą, aniżeli przy włókniakomięśniakach (47%: 20%). W połowie przypadków spostrzegano obok guza zmiany zapalne w przydatkach; fakt, że gruczolakomięśniakom towarzyszy zapalenie otrzewnej miednicznej o wiele częściej, aniżeli mięśniakom, ma znaczenie kliniczne, ponieważ zmiany te są powodem wielkich dolegliwości, a przy operacyi stanowią bardzo niemiłe powikłanie. Rzadziej natomiast, aniżeli przy mięśniakach, przydarzają się przy gruczolakomięśniakach różnego rodzaju zwyrodnienia. Najczęstszem z nich jest rak, jużto jako zrakowacenie samego guza, już guza i macicy, już wreszcie samej macicy; rzadziej spotyka się gruźlicę, a najrzadziej mięsaka. Rokowanie należy zawsze stawiać poważniej, niż przy mięśniakach. Leczenie zachowawcze krwawień (skrobania, przyżegania) do celu nie wiedzie i jako jedyne postępowanie pozostaje w końcu całkowite wyjęcie macicy. *E. Ehrenpreis.*

Zweifel. **Niebezpieczeństwa i korzyści wstrzykiwań śródmacicznych.** (*Arch. f. Gyn.* tom 86, zesz. II.). Niebezpieczeństwo polega na dostaniu się wstrzykiwanych płynów przejajowody do jamy brzusznej i wywołaniu ciężkich czasem zapaleń otrzewnej. By wyjaśnić pytanie, dlaczego płyny wstrzyknięte (jodyna, lizol, chlorek cynkowy i. i.) czasem przechodzą do jajowodów, a czasem nie, i by usunąć temsamem sprzeczność, panującą jeszcze dzisiaj między autorami, wstrzykiwał autor w przypadkach raka części pochwowej, przed operacyą, ciepły i obojętny roztwór barwika metylowego w 0·7% roztworze soli zapomocą cewnika Fritsch-Bosemanna do jamy macicy, unikając przedtem i przytem wszelkiego jej drażnienia; zauważył przytem, że płyn prawie zawsze przechodził do jajowodów, w tych zaś przypadkach, w których nie przechodził, światło jajowodów było albo bardzo wązkie, albo niedrożne. Dalej robił autor doświadczenia z roztworami drażniącymi (barwik metylowy w 96% wyskoku, sześciochlorek żelaza), wstrzykując je zapomocą strzykawki Pravatza, zaopatrzonej w długą cienką igłę; i tu także wynik prawie zawsze był dodatni (na 11 wstrzykiwań 9 razy), nawet jeżeli ilość wstrzyknięta nie dochodziła do 1 ctm.; niewiele też pomogły zalecane przeciw temu środki ostrożności, jak t. zw. strzykawki pędzelkowe, owijanie igły watą i t. p. Autor zrobił jednak ciekawe spostrzeżenie, że wystarczyło przed wstrzyknięciem podrażnić macicę przez przestrzykanie pochwy, aby ani jedna kropla płynu, wstrzykniętego do macicy, nie dostała się do jajowodów. Mimo związanego ze wstrzykiwaniami niebezpieczeństwa nie da się zaprzeczyć, że stosowanie śródmaciczne niektórych środków żrących oddaje czasem znakomite usługi (n. p. sześciochlorku żelaza przeciw krwawieniom); uznając te zalety, a chcąc do pewnego stopnia uniknąć niebezpieczeństwa przejścia stosowanego płynu do jajowodów, wprowadza autor do macicy zgiętą rurę metalową, przez którą wlewa dany płyn; pędzel z waty, umieszczony na potrójnie skręconym drucie, który się następnie wsuwa do rury, ma wsiąknąć w siebie wlany płyn i pomazać nim całą powierzchnię jamy macicy. Rura metalowa zapewnia dostanie się płynu do dna macicy i zarazem zapewnia mu swobodny odpływ, nawet przy skurczach macicy; w ten sposób można wreszcie uniknąć wpływu wysokiego ciśnienia na płyn, jakie powstaje przy użyciu strzykawek. Postępując w ten sposób w kilkuset przypadkach, nie zauważył autor nigdy złych następstw. Ujemną stroną tej metody jest to, że szyjka macicy musi być przedtem rozszerzona, co utrudnia stosowanie wstrzykiwań w godzinie ordynacyjnej. — Natomiast otwierają wstrzykiwania płynów do macicy zapomocą strzykawki nowe pole dla leczenia chorób jajowodów, szczególnie przy wstępującym wiewiórze. I tak udało się autorowi wyleczyć tę chorobę w bardzo wielu przypadkach wstrzykiwaniami do ma-

cicy wodnego 2% rozczynu argentaminy. Wstrzykuje się z początku 0·1—0·2 ctm i dochodzi się stopniowo do 1—25 ctm codziennie lub co drugi dzień. Bole, występujące po każdem wstrzyknięciu, mijały po 1—2 godzin. Po 3-tygodniowem stosowaniu następowała znaczna poprawa lub wyleczenie.

E. Ehrenpreis.

P. Mauclaire i Burnier: **Blizny macicy i ich pęknięcia.** (*Semaine gyn.* Nr 48, 1908). Blizny macicy mogą być następstwem różnych cierpień i operacyi ginekologicznych (jak ropni, zgorzelin połogowych, wycięć klinowatych jej miąższu, wyłuszczania włókniaków, wycięć jajowodu, przedziurawienia macicy przy nieostrożnem skrobaniu, polipów). Jest tu mowa tylko o bliznach trzonu, gdyż blizny szyi poporodowe nie pociągają za sobą tak ciężkich następstw, jakkolwiek również nie są bez znaczenia położniczego. Pęknięcia samorodne macicy ciężarnej w ciąży lub przy porodzie są zwykle następstwem blizn trzonu, lub zmian chorobowych mięśnia macicy. Prócz tych zmian potrzeba do pęknięcia wzmożenia oporów, które macica ma przezwyciężyć. Przyczynami mniejszej wytrzymałości mięśnia są włókniaki, raki, zaśniad graniasty, stare blizny, stare zrosty. Podług statystyki Kruckenberga z roku 1886 50% kobiet, rozwiązanych cięciem cesarskiem, doznało następnie pęknięcia macicy w miejscu blizny operacyjnej. Z udoskonaleniem szwu macicznego odsetek ten znacznie spadł. Dobre zgojenie się rany ma wielką doniosłość w tym względzie. Na 194 przyp. ciąży u kobiet z blizną maciczną po cięciu cesarskiem znalazł Van Leuwen w 24 przyp. zgojenie zupełne, w 42 przyp. przyszło do pęknięcia blizny, w 14 do jej znacznego ścieńczenia w całości, w 6 do ścieńczenia częściowego. Pęknięcie zjawia się zazwyczaj około 8—9 miesiąca ciąży, może jednak nastąpić już wcześniej. Najważniejszym czynnikiem przy pęknięciu blizny w ciąży jest nadmierne rozciągnięcie macicy, dlatego też spotykamy je pod koniec ciąży, przy ciąży bliźniaczej i wzmożonej ilości wód płodowych. W miejscach pękniętych znajdujemy warstwę mięsną ogromnie ścieńczałą lub jej brak; ściana w tem miejscu tworzy rodzaj uchyłka, którego ściana często utworzona jedynie przez doczesną i otrzewnę. Kosmków nie napotyka się w ścianie nigdy, nawet, jeżeli w tem miejscu usadowione jest łożysko. Opisane zmiany niekoniecznie muszą wywołać pęknięcia, jak poucza doświadczenie, stanowią jednak w każdym razie miejsce mniejszej odporności, a usadowienie w bliźnie łożyska odgrywa o tyle rolę usposabiającą, że rozmiękcza cały ten odcinek, a tem samem i bliznę. Pęknięcie z powodu blizn różni się klinicznie tem od innych pęknięć macicy, że niema tutaj objawów zwiastunowych (bolesność dolnego odcinka ze skłonnością do parcia, pierścień skurczowy, napięcie więzadeł okrągłych itd.), lecz zjawia się nagły ból, ciężarna odczuwa wylewanie się do brzucha ciepłego płynu — może się zjawić zapad, poczem stan chorej nieco się poprawia, o ile płód urodzi się częściowo lub zupełnie do brzucha i macica się skurczy. Charakterystyczne jest jednak wejrzenie chorej: twarz blada, rysy zaostrzone, oczy wpadnięte, tętno małe, kończyny zimne, oddech przyspieszony — objawy krwawienia wewnętrznego i wstrząsu (shoku) otrzewnego. Wyrazistość objawów zależy od stopnia krwawienia, które pod tamponadą przez płód może być tylko nieznaczne, zwłaszcza przy usadowieniu łożyska w miejscu blizny, gdyż łożysko jest głównem źródłem krwawienia. Krwawienie z pochwy bywa zwykle tylko nieznaczne, nie tłomaczące ciężkich objawów ogólnych. W ciąży można myśleć o zapaleniu wyrostka robaczkowego, zatruciu, niedrożności jelit, ciąży zewnątrzmacicznej — pod koniec ciąży o krwotoku pozałożyskowym, łożysku przodującem, — jednak krwawienie na zewnątrz nie odpowiada uderzająco silnej bezkrwistości i nie tłomaczy wstrząsu (shoku); wreszcie nagłe wystąpienie, nagły ból, przy dokładnych wywiadach wyjaśniają rozpoznanie. Trudne jest rozpoznanie przy powolnem pękaniu blizny w ciąży. Rokowanie tem lepsze, im wcześniejsze rozpoznanie, mimo to jednak jest rokowanie zawsze poważne dla matki, a jeszcze mniej pomyślne dla płodu. Leczenie zapobiegawcze polega na jak najdokładniejszem warstwowem zeszyciu mięśnia macicy tak przy cięciu cesarskiem, jak i przy wszystkich zabiegach na macicy, na dokładnem usunięciu wylanej przy operacyi krwi celem zapobiegania zrostom i zakażeniu. Co do materyału, jakim należy szyć, to trudno jeszcze obecnie rozstrzygnąć, czy lepiej szyć wyłącznie katgutem, czy jedwabiem, lub też częścią katgutem, częścią jedwabiem. *Dr Stanisław Przybylski.*

Dermatologia.

Löhe. **Przypadek wysypki przyrody wiewiórowej** (*Dermat. Zeitsch.* 8. 1908.)

Do bardzo rzadkich objawów wiewióra należą zmiany przerzutowe, zjawiające się w postaci wysypki na skórze. Przypadek, opisany przez autora, dotyczył 30-letniego chorego, u którego wypływ wydzieliny z cewki moczowej wystąpił w siódmym dniu po ostatniem spółkowaniu. W drugim tygodniu choroby pojawiły się u chorego zawroty i silne bóle głowy, ogólne osłabienie, które to dolegliwości zmusiły go do pozostania w łóżku. Dwa dni później zauważył chory na skórze klatki piersiowej wysypkę, która nagle w nocy miała się pojawić; równocześnie wystąpił bolesny obrzęk gruczołów pachwinowych. Przy pierwszem badaniu po przyjęciu chorego do kliniki stwierdzono u niego wysypkę, składającą się bądź z pojedynczych, bądź ugrupowanych pęcherzyków, zajmujących tylko klatkę piersiową z przodu i z tyłu. Dno pęcherzyków było żywo czerwone, treść początkowych pęcherzyków jasna, późniejszych ropna, zmętniała; największe z pęcherzyków dochodzą do wielkości ziarnka owsa. Badanie drobnowidowe wydzieliny z cewki moczowej wykazało bardzo liczne dwoinki wewnątrz komórek i poza komórkami, oprócz licznych ciałek ropy i nielicznych komórek nabłonkowych. Treść z gruczołów pachwinowych, otrzymana zapomocą nakłucia, po zaszczepieniu na agar mieszany z płynem przesiękowym (*ascites*), wydała typowe hodowle dwoinek wiewiórowych. Szczepienie treści pęcherzyków skórnych na rozmaite pożywki dało wynik ujemny. Przy badaniu drobnowidowem skrawków z wyciętych pęcherzyków znaleziono dwoinki, których jednak autor za wiewiórowe nie uznaje. *Stopczański.*

P. Delbet i M. Chevassu. **Zarośnięcie najądrza powiewiórowe i jego chirurgiczne leczenie.** (*Annal. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1908). Autorowie wykonali zabieg operacyjny w 6 przypadkach jednostronnego zapalenia najądrza, w jednym przypadku obustronnego wkrótce po ustąpieniu ostrych objawów. W 5 przypadkach usunęli najądrze w całości, dwa razy w znacznej części, a prócz tego resekowali małe kawałeczki nasieniowodu, a nawet jądra. W 5 przypadkach wszyto przewód nasienny w ciało Highmora jądra, w dwóch w resztkę najądrza. Z zabiegów tych otrzymali autorowie bardzo obfity materyał do badań anatomicznych. Ognisko chorobowe znajdowano zazwyczaj w ogonie najądrza, rzadziej w początku nasieniowodu (*vas deferens*) jako naciek zapalny tkanki łącznej (*lymphangitis phlegmonosa*). Naczynia chłonne były wypełnione ciałkami wysiękowemi, a w niektórych przypadkach wysięk ten przechodził na sąsiednie tętnice i żyły, w miąższu najądrza zaś wytwarzały się drobne ropnie. Śródbłonek przewodów bywał zniszczony częściowo, a światła ich wypełnione ropą. Nierzadko bujał śródbłonek, tworząc przegrody między ścianami (*epitheliitis proliferans*), a nawet sprowadzając zupełne zarośnięcie przewodu. — W ciele najądrza spotykano ślady przebytego zapalenia, w głowie zaś rozszerzone kanaliki i śródbłonek pozbawiony rzęsek. Te ostatnie objawy są przyrody mechanicznej, a nie zapalnej, gdyż powstają przez nagromadzenie się wielkiej ilości plemników, zatrzymanych przez zmiany w ogonie najądrza. — Autorowie sądzą, że dwoinki wiewiórowe dostają się do najądrza nie drogą światła nasieniowodu, ale przez naczynia chłonne, leżące w błonie surowiczej. W samem jądrze nie znajdowali autorowie żadnych zmian zapalnych, a tylko zupełny brak lub zmniejszoną czynność tworzenia się plemników i twierdzą, że zboczenie to jest tylko chwilowe, gdyż wiadomo powszechnie, że po zarośnięciach najądrza lub nasieniowodu, zdolność czynnościowa jąder utrzymuje się jeszcze długie lata. Tylko sprawy zapalne samego jądra znoszą czynność tworzenia plemników w zupełności i na stałe. To też jest bardzo możliwe, że wstrzymana przez zarośnięcie przewodu czynność powraca, gdy przewód staje się drożnym. Dlatego autorowie uważają wspomnianą operacyę: wycięcie części zmienionych, za wskazaną u mężczyzn, którzy przebyli ciężkie obustronne zapalenie najądrza, gdyż zazwyczaj powstaje po tej sprawie chorobowej trwałe zarośnięcie dróg odprowadzających nasienie. Zabieg operacyjny wykonywać należy wkrótce po ustąpieniu objawów zapalnych, gdyż przy dłuższem działaniu zarośnięcia może jądro uledz zmianom, przez co wynik zabiegu może być wątpliwy. Wykonanie nakłucia wedle Posnera i Cohna dla stwierdzenia lub braku obecności plemników zdaje się bezcelowe, bo brak plemników w wydobytej cieczy nie dowodzi jeszcze zupełnego ich braku w jądrze, a tem więcej nie dowodzi wygaśnięcia czynności jądra. *Krzyształowicz.*

Louste. **Leczenie zapalenia nerek u kiłowych.** (*Annal. d. mal. d. org. gén.-urin* 1998). Zapalenia nerek w okresie kiły wczesnej należy leczyć rtęcią (najlepiej w małych dawkach wewnętrznie lub podskórnie), przyczem mocz musi być codziennie badany. Chorzy dostają dyetę mleczną i jarzynową, a przytem kąpiele siarczane dla przyspieszenia wydzielania rtęci. Przy ta-

kiem leczeniu ustępuje zazwyczaj białko (znajdujące się w tych przypadkach w niewiększej ilości jak 1 gr.: 1000) po 3-4 tygodniach. Przypadki ostre i podostre okresu drugorzędnego odznaczają się wielką ilością białka, niektóre przebiegają tak gwałtownie, że żadne leczenie nie odnosi skutku, a raczej działa szkodliwie. W większości przypadków jednak rokowanie nie jest złe. Leczenie zasadza się na ścisłej dyecie mlecznej, podawaniu silnych środków przeczyszczających, przepłukiwaniu jelit i stawianiu pijawek. Po zbadaniu wydzielania azotu i przepuszczalności nerek zapomocą jodu i przekonaniu się o prawidłowości w tym kierunku, próbuje się podawać małe dawki rtęci. Po 14 dniach następuje 2-tygodniowa przerwa w stosowaniu rtęci, a potem znowu powraca się do rtęci. Jeżeli ilość białka się nie zmniejsza, zaleca autor obok rtęci jod, w ilości 0,5 gr., później 1—2 gr. dziennie. Jeżeli chory źle znosi rtęć, można zaraz z początku podawać jod, albo tylko jod. Wogóle leczenie takie musi trwać z przerwami bardzo długo. — W przypadkach przewlekłych leczenie takie powinno trwać rok, a nawet dłużej. Dyetę mleczną u takich chorych zalecać należy tylko przez jeden tydzień w miesiącu, zresztą dostają chorzy pożywienie mieszane bez soli kuchennej. — W przypadkach zaników nerek czy to z kilakami, czy bez nich, rtęć jest przeciwwskazana, a leczenie zasadza się na dyecie mlecznej i podawaniu teobrominy i jodu w małych dawkach. Jeżeli parcie krwi nie jest zwiększone, a wydzielanie azotu nieznacznie zmniejszone, działa wtedy ostrożne podawanie rtęci bardzo dobrze. Zwyrodnienie skrobiowate nerek nie pozwala na podawanie rtęci, a tylko zapomocą jodu można osiągnąć nieznaczny skutek. U chorych na choroby nerek, którzy nabyli kiłę, zaleca autor podawanie wewnętrzne garbnikanu rtęci (*hydrarg. tannicum*), 0,01—0,05 na dzień, a jeżeli i tego przetworu chory nie znosi, jod. Gdy w tych przypadkach do istniejącego schorzenia nerek dołączają się zmiany kiłowe tego narządu, wszelkie leczenie nie daje żadnych wyników i chorzy giną wkrótce na mocznicę. *Krzysztalowicz.*

Bauer i Meier: **W sprawie techniki i znaczenia klinicznego odczynu Wassermanna** (*Wiener kl. Wochens.* Nr 51 1908). Autorowie dochodzą do następujących wniosków na podstawie 381 przypadków: 1) Serodyagnostyka kiły zapomocą metody wiązania komplementów, podanej przez Wassermanna, Brucka i Neissera, jest pewnym i bardzo cennym pomocniczym środkiem rozpoznawczym. 2) Odczyn Wassermanna z wyjątkiem trądu pojawia się tylko przy chorobach kiłowych. 3) Bezwarunkowo konieczne jest dla uzyskania jednolitych wyników ścisłe przestrzeganie postępowania, podanego przez Wassermanna. 4) Inne metody współczesne (np. Ausflockungsmethoden) nie mogą dotąd zastąpić metody Wassermanna. *Dr Blassberg.*

Doc. Heller: **Przyczynek do kazuistyki rzadszych schorzeń paznokci** (*Dermat. Zeits.* T. XV. zesz. 10. 1908). Przypadek, opisany przez autora, dotyczył 46-letniego dorożkarza, który przed 2 laty silnie odmroził sobie palce obu rąk. Wówczas w ciągu leczenia w szpitalu zauważono oprócz dużych, silnie wypełnionych pęcherzy na palcach, niebieskawe zabarwienie palców. Rany, powstałe w miejscu pęcherzy, wymagały do wygojenia dziesięciotygodniowego leczenia. W tym czasie paznokcie wszystkich palców odpadły. W kilka miesięcy później na końcu drugiego i trzeciego palca prawej ręki wytworzyły się ropnie, po których przebiciu oddzieliły się częściowo samorodnie, a częściowo wyskrobano łyżeczką kawałki kostne; równocześnie nowo narosłe, jednak źle rozwinięte paznokcie odpadły. W styczniu 1908 znowu na opuszkach palców drugiego i czwartego prawej, trzeciego i czwartego lewej ręki, powstały pęcherze, a następnie owrzodzenia bardzo bolesne, szczególnie w nocy. Autor, badając tego chorego w kwietniu po raz pierwszy, znalazł następujące zmiany: Bolesność uciskowa znaczna na palcach także i w zakresie zdrowych części, ruchomość bardzo upośledzona. Skóra na grzbietach dłoni była wybitnie zanikła, na palcach zajętych prawej ręki bliznowata, wygładzona, o zatartym rysunku linii i bruzd. Prześwietlenie promieniami Röntgena wykazało prawie zupełny brak kości w końcowym członku palca drugiego i trzeciego prawej ręki. Paznokieć piąty lewy był podłużnie bruzdowany, piąty prawy zgrubiały i zakrzywiony, prawy drugi zupełnie ku górze wyrośnięty, niezmiernie przy dotyku bolesny, jak również i czwarty lewy, przez który niebieskawo przeglądała krwawa wybroczyna łożyskowa; łożysko tegoż paznokcia w przedniej części było przerosłe przy równoczesnym stanie zapalnym. Schorzenie to paznokci i palców miało, zdaniem autora, wiele podobieństwa do choroby Raynauda, jednak różniło się pod pewnymi względami, a głównie tem, że zaburzenia naczynioruchowe nie zajmowały całych rąk lub palców, lecz występowały tylko w zakresie części skóry, mających granice nieregularne, a najwięcej na działanie zimna, jak końce palców, wystawionych. *Stopczański.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

W braku całkiem nowych środków wpadają fabrykanci obecnie na pomysł tworzenia różnych mieszanin ze znanych oddawna leków, które puszczają potem w świat pod różnemi szumnemi nazwami. Lekarz, polecając takie środki, nie wie nigdy dokładnie, ile z każdego leku zapisuje. O trzech takich »nowych środkach« wspomina Harnack (*Deut. med. Wochft.*, Nr 36) a są nimi pyrenol, arhovin i eglatol. Pyrenol n. p. jest mieszaniną równych części salicylanu i będźwinianu sodowego z dodatkiem kwasu będźwinowego i tymolu. W skład eglatolu wchodzą wodnik chloralu, antypiryna, kofeina, uretan i mentol. — W tejże sprawie zabiera głos Prof. Straub z Fryburga, oburzając się, że fabrykanci w prospektach dodają dla złudzenia lekarzy jeszcze zawiłe formuły chemiczne, gdy n. p. pyrenol jest tylko mechaniczną mieszaniną różnych środków. *X.*

Typowem powikłaniem płonicy bywa podług Preysinga zdarzające się czasem przebicie ropniaka jamy sitowej lub czołowej do oczodołu, naśladujące potem cierpienie oczne. *A.*

Usunięcie obu zewnętrznych ciał nabłonkowych przytarczycowych wywołuje podług Rudingera u kotów skłonność do tężyczki, która występuje wtedy łatwo po podaniu wewnętrznem kalomelu, morfiny, atropiny, po wdychiwaniu eteru, wstrzyknięciu podskórnem ergotyny i t. p. Dowodzi to, że anatomiczne lub czynnościowe uszkodzenie ciał nabłonkowych stwarza podłoże dla tężyczki, którą potem już łatwo różne czynniki wywołać mogą. *A.*

Odczyn oczny i skórny u chorych chirurgicznych oddaje nieraz według Wolff-Eisnera i Braudensteina zwłaszcza u dzieci cenne usługi. Należy używać jedynie 1% roztworu tuberkuliny »Ruete-Enoch do próby ocznej«. Równoczesne stosowanie obu odczynów czasem też może sprawę rozjaśniać, n. p. brak odczynu ocznego a przewlekły odczyn skórny przemawia za wyleczeniem sprawy gruźliczej. Zołzy drażliwe (*scrof. erethica*) dają zwykle dodatnią próbę oczną, zołzy zaś otrętwiałe (*torpida*) ujemną. (*Mit. a. d. Gr.* T. 19, III). *A.*

Mięsak przełyku zdarza się podług Hackera zwykle u mężczyzn między 40—70 rokiem życia, zwykle w dolnej części piersiowej. Objawy zwężenia zwykle mniej się uwydatniają, niż przy raku. Za mięsakiem przemawia: trudność w połykaniu, mimo łatwości z jaką wchodzi zgłębnik, szybki przebieg choroby, silne bóle, upadek sił i przerzuty (zwłaszcza w kościach). (*Mit. a. d. Grenz.* T. 19, III). *A.*

Przy przepuklinach uwięzniętych, gdy przypuszczać należy, że treść worka jest zakażona i należy wykonać wycięcie, zaleca Hesse z obawy przed zakażeniem jamy brzusznej od strony worka przepuklinowego, operować najpierw czysto od jamy brzusznej, wykonać wycięcie, a potem dopiero otworzyć worek. Gdy worek otwarto naprzód, a treść jego jest zakażona, Hesse odkaża ręce na nowo, robi laparotomię, a dopiero na końcu zaopatruje worek. (*Münch. m. Wochft.* Nr. 49). *A.*

Leczenie chirurgicznej gruźlicy wstrzykiwaniami kamfor-naftolu (2:1) poleca gorąco Wrede. Śródmiąższowo używać należy rozczynu z gliceryną (1:2—5). *A.*

W ciężkich przypadkach *anginae Ludovici*, gdzie nasuwałaby się już potrzeba tracheotomii, należy podług Schlesingera najpierw poprzecznie przeciąć mięśnie żuchwowo-gnykowe (*mylohyoidei*) celem zniesienia napięcia dna jamy ustnej i zwykle wtedy można się bez tracheotomii obejść. *A.*

Przez wycięcie nerwu słuchowego uleczył Ballance uporczywe brzęczenie w uchu, połączone z bolem. Najpierw usunął kość poza uchem; w 9 dni później przeciął oponę twardą, ostrożnie odsunął na bok móżdżek i wyciął nerw słuchowy, oszczędzając twarzowy. (*Lancet*). *A.*

Ostre sprawy ropne leczy Iseler (po nacięciach) z dobrym skutkiem gorącem powietrzem w skrzynkach Biera. Ciepłota 90—110°; posiedzenie 2 razy dziennie po 2—3 godzin. Leczenie to łagodzi bole i nadaje się szczególnie przy ropieniu pochewek ścięgnistych. (*Zblt. f. Chir.* Nr 43). *A.*

Do odkażania skóry używa Grossick jedynie nalewki jodowej nawet przy wielkich operacyach. Poprzednie mycie my-

dłem odrzuca, bo mydliny utrudniać mają według G. głębsze wnikanie jodu. (*Zblt. f. Chir.* Nr 43). *A.*

W zakażeniach septycznych polecają Bonnoire i Jeanin kollargol. Najpierw wykonywa się jedno wstrzyknięcie śródżylne, a drugie dopiero wtedy, gdyby stan się pogarszał. Między wstrzyknięciami śródżylnemi można zaś stosować kollargol śródmięśniowo lub przez wcieranie. W 2 godziny po wstrzyknięciu występuje odczyn w postaci podniesienia ciepłoty. Dawka 0,01—0,015 rozczynu 1%. (*Brit. med. Journ.*). *A. K.*

W razie silnych zrostów około pęcherzyka żółciowego przy kamicy, uniemożliwiających wycięcie, poleca Pop-Avramescu (z kliniki Jonnesco) na podstawie doświadczeń na zwierzętach nacięcie pęcherzyka, wyczyszczenie, potem zaszycie, podwójne podwiązanie przewodu pęcherzykowego i przecięcie tegoż. Pęcherzyk następnie zarasta (?). Operacyę tę wykonać można oczywiście tylko wtedy, gdy przewód wspólny jest drożny. *A.*

Wrzód miękki leczą we francuskiej legii cudzoziemskiej w ten sposób, że po odczyszczeniu nadmanganianem potasu skrapiają 3 razy dziennie owrzodzenie sokiem cytryny. Leczenie to jest bardzo bolesne, ale wrzody goją się zawsze w 8—10 dni. (*Münch. med. Wochs.* Nr 50). *A.*

Lampa kwarcowa Kromayera podług doświadczenia Lütha (*Med. Klin.* Nr 49) działa znakomicie przy świerzbiączce, przewlekłych wypryskach, łuszczycy, niektórych postaciach łysienia (na tle nerwowem, początki łysiny plackowatej), przewlekłych cierpieniach sterczu i t. p. Poszczególnych miejsc nie należy naświetlać dłużej, niż 20 minut z odległości 10—20 cm. *A.*

Nowe bardzo wygodne naczyńka do wirownicy wyrabia Seibert. Naczyńko składa się właściwie z dwóch, z których wewnętrzne służy za zatyczkę zewnętrznego. Po ukończeniu centryfugowania przez skręcenie zatyczki (podobnie jak przy korku kroplomierza) wydobywa się osad kroplami, przez co odpada żmudne wyciąganie pipetą. *X.*

Przyrząd zastępujący kamerę Sauerbrucha (celem zapobiegania odmie opłucnej przy operacyach), a prócz tego służący do uśpienia i sztucznego oddychania, podali Brat i Schmieden. Specyalny wentyl wydechowy w tym przyrządzie sprawia, że ciśnienie, potrzebne przy wdechu celem wydęcia płuc, utrzymuje się i przy wydechu, nie ograniczając jednak koniecznego stopnia zapadania się płuc. (*Münch. med. Wochs.* Nr 47). *A.*

Klimat Egiptu nadaje się, jak wiadomo, dla chorych, cierpiących na nerki, dnę, cierpienia gośćcowe, kiłę, stwardnienie tętnic i t. p. Wielu chorych odstraszało dotąd w Egipcie życie hotelowe, pełne gwaru, a pozbawione troskliwej opieki. Obecnie jednak utworzono obóz w pustyni dla chorych na nerki, znajdujący się w zacisznej i ładnej miejscowości o godzinę drogi od Assuan. Każdy chory ma swój wygodny namiot z łóżkiem stałem, umywalnią i t. p. Prócz tego w dużym namiocie jest wspólna jadalnia. Chorzy są pod ciągłym nadzorem lekarza. Dyeta odpowiednia. Służba arabska znakomicie umie pielęgnować chorych. Pogoda zwykle wspaniała, a w grudniu i styczniu ciepło. To też wyniki lecznicze są doskonałe, jak się o tem przekonał Dr Stillkraut z Regensburga. Koszta utrzymania wynoszą dziennie około 14 koron. *X.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 7 grudnia 1908 r.

1) Czł. Browicz przedstawia pracę p. Adolfa Macieszy p. t.: **Znaczenie przewodu pokarmowego w powstawaniu pylicy płuc i organów jamy brzusznej,** wykonaną w Zakładzie patologii ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierunkiem Prof. Dra K. Kleckiego.

Autor karmił myszy dorosłe i młode, świnki morskie dorosłe i młode oraz dorosłe psy jadłem, zmieszanem z sadzą, drobno sproszkowanym węglem lub karminem. Badania mikroskopowe ścian jelit, krezki, gruczołów krezkowych, wątroby, śledziony, nerek i szpiku kostnego powyższych zwierząt nie wykazały w tych narządach obecności pyłków, wprowadzanych do przewodu pokarmowego nawet przez bardzo długi okres czasu (około dwóch lat). Nieznaczna ilość pyłków, znajdowanych w komórkach pylicowych w płucach myszy i młodych świnek pochodzi, zdaniem autora, z przewodu pokarmowego; wybitną zaś pylicę płuc i gruczołów oskrzelowych dorosłych świnek oraz psów należy tłómaczyć obecnością pyłków, które się tam dostały były jeszcze przed wzięciem zwierząt do doświadczeń. Autor na podstawie wyników badań swoich, oraz wyników badań innych badaczów wysnuwa wniosek, że pylica płuc i gruczołów oskrzelowych powstaje wyłącznie za pośrednictwem dróg oddechowych. Pylica zaś narządów jamy brzusznej powstaje zwykle wskutek przedziurawienia pylicowymi gruczołami oskrzelowymi ścian dużych naczyń krwionośnych płuc (Weigert), oraz wskutek przenikania pyłków węgla wprost do obiegu krwi przez zanikające ściany naczyń krwionośnych w płucach u ludzi starszych z rozedmą płuc (Arnold, Ohkubo). Przewód pokarmowy tylko w tych nielicznych pszypadkach może mieć znaczenie przy powstawaniu pylicy narządów jamy brzusznej, kiedy gruczoły krezkowe są pylicowe.

2) Czł. Kostanecki przedstawia pracę p. Ad. Macieszy p. t.: **O wrodzonych, nadmiernie rozszerzonych otworach ciemieniowych** (*foramina parietalia*) **u ludzi.**

Autor opisując dwa przypadki własne nadmiernie rozszerzonych otworów ciemieniowych na czaszkach ludzkich, omawia jednocześnie 20 dotychczas znanych w piśmiennictwie podobnych przypadków. Następnie, opierając się na wynikach spostrzeżeń własnych, zrobionych na 150 czaszkach prawidłowych oraz uwzględniając 22 przypadki czaszek, posiadających nadmiernie rozszerzone otwory ciemieniowe, wysnuwa wnioski następujące: Nadmiernie rozszerzone otwory ciemieniowe (średnica 0·4 — 3·6 cm) spotyka się niezmiernie rzadko, dotychczas bowiem znane są zaledwie 22 czaszki, posiadające takie otwory. Otwory ciemieniowe prawidłowe, mające średnicę, dochodzącą do 0·2 cm, spotyka się w 75% czaszek ludzkich obustronnie, lub tylko po jednej stronie. Otwory ciemieniowe o średnicy, dochodzącej do 0·4 cm, spotyka się bardzo rzadko. Powstanie nadmiernie rozszerzonych otworów ciemieniowych tłómaczy autor zgodnie z innymi badaczami zahamowaniem rozwoju kości ciemieniowej w tem miejscu, w którem zwykle tworzą się otwory. Przyczyna zaś powstrzymania rozwoju kości ciemieniowej dotychczas nie jest znana.

3) Czł. Marchlewski przedstawia pracę p. Stanisława Kozłowskiego p. t.: **O stosunkach zasad mineralnych do kwasów w prawidłowym moczu ludzkim.** Wykrycie przez Bądzyńskiego i jego współpracowników R. Gottlieba, K. Panka i St. Dąbrowskiego wśród przetworów przemiany białka w ustroju całej grupy nowych związków chemicznych, które zawierały wszystkie pierwiastki, z których składa się białko, a więc także azot i siarkę — kwasów proteinowych, oraz okoliczność, że związki te są wyraźnymi kwasami i to prawdopodobnie wielozasadowymi, wysunęły naturalnym biegiem myśli pytanie, jaką rolę odgrywają wymienione związki w wiązaniu i wyprowadzaniu zasad mineralnych z ustroju. W przekonaniu, że zjawiska te znajdą wyraz w składzie moczu, autor postanowił poddać badaniu stosunki wydzielania mineralnych zasad i kwasów w moczu ludzkim.

Na podstawie dzisiejszego stanu wiadomości o składzie moczu, zdawało się uzasadnionem przypuszczenie, że gdy się oznaczy ilość wszystkich zasad mineralnych, zawartych w moczu z amoniakiem włącznie, a z drugiej strony wszystkich kwasów mineralnych, jako też kwasu moczowego, kwasu hippurowego, kwasu szczawiowego, kwasów tłuszczowych lotnych i innych w małej ilości w moczu spotykanych kwasów bezazotowych szeregu aromatycznego, czyli kwasów wyciągu eterowego, względnie gdy się określi równoważniki tych zasad, oraz wszystkich wymienionych kwasów i wyrazi je w sposób jednolity, to jest np. w gramach sodu (Na), to pozostanie z różnicy między równoważnikiem zasad mineralnych i równoważnikiem kwasów pewien nadmiar zasad w porównaniu z kwasami, którym wyrazi się równoważnik kwasów proteinowych.

Autor poddał badaniom takim w 4 doświadczeniach mocze 3 osób, oddane w rozmaitych warunkach żywienia, a to po dyecie przeważnie mięsnej (2 dośw.), mieszanej i mlecznej. Tylko w 2 doświadczeniach, mianowicie tylko po dyecie mięsnej, przeważały w moczu zasady mineralne nad kwasami, których równoważniki określono. Przewaga ta wyraziła się mianowicie w jednem z tych doświadczeń równoważnikiem równym 3·4206 gr. Na, w drugiem — ilością 3·3416 gr. Na. Po dyecie mlecznej wynik różnicy między równoważnikiem zasad i równoważnikiem kwasów był zupełnie inny. W tym przypadku brakło zasad do zobojętnienia nietylko kwasów proteinowych, kwasu moczowego i kwasów wyciągu eterowego, lecz nawet części kwasów mine-

ralnych. Niedobór ten wyrażał się cyfrą 1·6987 gr. Na. — Wynik otrzymany z dyetą mięsną wypadł jakby pośrodku między tymi dwoma krańcowymi wynikami. W dyecie mięsnej wytwarzają się kwasy proteinowe, jak to wynika z badań Gawińskiego, w większej ilości, niż w dyecie mlecznej. Wytworzone w nadmiarze kwasy wyprowadziły z ustroju większą ilość zasad, które ustrój miał w zapasie z dyety, która poprzedzała dyetę mięsną.

W doświadczeniu z dyetą mleczną i mieszaną, kwasy, do których zobojętnienia brakło zasad mineralnych z amoniakiem włącznie, zobojętnione były niewątpliwie przez jakieś zasady organiczne. Zasady organiczne brały udział w zobojętnianiu kwasów także i w moczach z dyety mięsnej. Zasady organiczne wytwarzają się więc najwidoczniej stale przy przemianie białka w ustroju i mają niepośledni udział w zobojętnianiu kwasów, które przy przemianie tegoż białka powstają. Stopień kwasoty moczu jest tylko dalekim wyrazem powiększonego wytwarzania kwasów w ustroju. Kwaśność moczu nie zależy wyłącznie od wydzielania kwasów mineralnych (fosforowego i siarkowego), oraz kwasu moczowego i innych prostych kwasów organicznych, lecz głównie od wydzielania kwasów proteinowych; nie pochodzi ona także, a przynajmniej niewątpliwie nie pochodzi zawsze, jak to wynika ze stosunków, jakie zachodziły między ilością kwasu fosforowego a kwaśnością moczu w doświadczeniach autora z dyetą mięsną, — od kwaśnych fosforanów potasowcowych.

Praca ta została wykonana w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego, pod kierunkiem Prof. Dra St. Bądzyńskiego.

(Treść 6 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo naukowe warszawskie.

Posiedzenie z dnia 1 października 1908.

J. Sosnowski: **Badania porównawcze nad pobudliwością.** Autor prowadził na stacyi zoologicznej w Roscoff badania nad pobudliwością mięśni gładkich u robaków (Sipunculus) i mięczaków (Myia) i stwierdził niezmiernie szybkie wyczerpywanie się pobudliwości na bodźce elektryczne.

Posiedzenie z dnia 5 listopada 1908.

1) Étienne Rabaud (z Paryża): **Sur un procédé embryoscopique applicable aux oeufs d'oiseaux,** przedstawił J. Tur. Autor podaje nową metodę otwierania jaj ptasich w celach poddania zarodków zabiegom doświadczalnym; metoda ta pozwala zachować dowolną powierzchnię błony pergaminowej nietkniętą i zapobiega zanieczyszczaniu blastodermy przez okruchy skorupy.

2) J. Tur: **Dwa przypadki z teratologii bezkręgowców.** Autor opisuje przypadek rozgwiazdy *Asterina gibbos* o 6 promieniach, zamiast pięciu, oraz przypadek rozdwojenia czułka z ukwiała *Anemonia sulcata.*

Posiedzenie z dnia 3 grudnia 1908.

J. Eismond: **T. zw. struktury protoplazmy, ich pochodzenie i znaczenie.** Autor, dawniej stronnik teoryi Bütschliego o piankowatej budowie protoplazmy, dochodzi do przeświadczenia, że struktury widziane są raczej wyrazem organizacyi danych komórek, zmiennej zależnie od ich stanu fizyologicznego, nie zaś wyrazem budowy samej protoplazmy. Piankowata budowa protoplazmy, wypływającej z rozgniatanych wymoczków, jest zjawiskiem wtórnem, natury nekrotycznej.

(Treść 9 innych prac, przedstawionych na tych posiedzeniach, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Żywot i nauka Paracelsa,

lekarza, alchemika i filozofa niemieckiego z epoki odrodzenia.

Wykład, wygłoszony dn 24 października 1908 r. w Polskiem Towarzystwie Filozoficznem we Lwowie.

Podał

Doc. Dr Władysław Szumowski.

Jednym z najniezwyklejszych mężów XVI stulecia jest Paracels, lekarz, alchemik i filozof niemiecki z epoki reformacyi. Za życia miał nader licznych wrogów, posądzano go nawet o czary, uczniowie go czcili, potomność go wyszydziła, potem o nim zapomniano. Aż do połowy XIX wieku charakterystyka Paracelsa brzmi prawie z reguły niepochlebnie. Zimmermann, lekarz z końca XVIII wieku, tak o nim mówi: »Er lebte wie ein Schwein, sah aus, wie ein Fuhrmann, fand sein grösstes Vergnügen in dem Umgang des liederlichsten und niedrigsten Pöbels, und war die meiste Zeit seines Lebens hindurch besoffen. Auch scheinen alle seine Schriften im Rausche geschrieben«.

Jednakże nawet przeciwnicy Paracelsa pamiętali o jego zasługach dla języka niemieckiego, Paracels bowiem pierwszy zaczął wykładać po niemiecku medycynę w Bazylei, zostawił też liczne pisma w niemieckim języku, żywo i barwnie pisane. Ta okoliczność, zdaje się, była pierwszą pobudką do rehabilitacyi Paracelsa. Historyk medycyny Haeser, mówiąc o zasługach Paracelsa dla języka niemieckiego, dodaje, że Niemcy nie powinni dłużej cierpieć, by pamięć tego męża była poniewieraną. Nawoływania Haesera nie pozostały bez skutku, gdyż w ciągu ostatnich 20 lat nauka o Paracelsie uległa poważnym przeobrażeniom i dziś Niemcy nazywają Paracelsa genialnym.

Nasamprzód Karol Sudhoff w dwóch grubych tomach zajął się spisaniem druków i rękopisów Paracelsa, potem Rudolf Encken, Franciszek Hartmann, Franciszek Strunz, R. Juliusz Hartmann dali charakterystykę Paracelsa i jego naukę wyłożyli. Zainteresowanie Paracelsem w Niemczech dziś jest tak wielkie, że główne pisma jego, jak *Paragranum* i *Paramirum* zostały ponownie wydane i tym sposobem szerokiemu uprzystępnione ogółowi. Podobno nawet niedawno jedną z ulic w Wiedniu nazwali Paracelsusstrasse.

Już powyższe okoliczności mogłyby wystarczyć na wytłómaczenie, dlaczego o Paracelsie głos zabieram, ale nadto jest jeszcze jedna okoliczność, dla nas szczególnie ważna, a mało znana, mianowicie, że Paracels podczas swoich wędrówek był i w Polsce, miał w Polsce swoich uczniów i że niektóre pisma tego męża były nawet po łacinie w Krakowie wydawane.

Z monografii o Paracelsie najwięcej na uwagę zasługują dwie: jedna Franciszka Strunza *Theophrastus Paracelsus, sein Leben und seine Persönlichkeit* 1903, druga znakomita R. Juliusza Hartmanna *Theophrast von Hohenheim* 1904. Rozprawa Franciszka Hartmanna *Grundriss der Lehren des Theophrastus Paracelsus von Hohenheim* 1898, nie jest rozprawą historyczną, lecz spirytystyczną. Autor, sam mistyk i spirytysta, czuje wstręt do badań historycznych. W pismach Paracelsa widzi zapomniane prawdy, jak w pismach starożytnych mędrców indyjskich, lub w pismach mistyków średniowiecznych. Te prawdy podaje autor do wiadomości ogółu.

Wymienieni wyżej historycy Paracelsa, Franciszek Strunz i R. Juliusz Hartmann usiłują wytłómaczyć, dlaczego Paracels dziwacznie się nazywał: Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus Paracelsus von Hohenheim. To niezwykle szumne nazwisko podawano nieraz, jako dowód wielkiej próżności i pretensyonalności Paracelsa. Historycy dowodzą, że Paracelsus sam podpisywał się na dziełach, wydanych za życia, jak też i na listach, które się zachowały krótko Theophrastus von Hohenheim, albo Theophrastus Bombastus von Hohenheim. Theophrastus — to imię chrzestne, Bombastus von Hohenheim — szlacheckie nazwisko rodowe. Paracelsus ma to być tłómaczenie rodowego nazwiska Hohenheim, nie zaś porównanie z pisarzem rzymskim Celsem, jak to później znowu Paracelsowi zarzucano. To długie nazwisko Paracelsa jest zapewne wymysłem jego uczniów, a najprawdopodobniej handlarzy, którzy po śmierci Paracelsa nabyli liczne jego rękopisy i którym było na rękę otoczyć nazwisko autora blaskiem nadzwyczajności.

Paracels urodził się w roku 1493, umarł w roku 1541. Kto robił niedaleką wycieczkę z Rapperswylu na drugą stronę jeziora Zurychskiego, a potem drogą do słynnego z taumaturgii klasztoru w Einsiedeln, ten przechodził przez Teufelsbrücke na rzece Sihl obok miejsca urodzenia Paracelsa. Ojciec jego był lekarzem i to lekarzem wykształconym, posiadającym liczne dzieła starożytnych mistrzów u siebie, obznajmionym też z tajnikami alchemii. Jaką przyszłość pragnął ojciec zgotować swemu synowi, świadczy imię Theophrastus, jakie mu nadał. Tak się nazywał słynny w starożytności przyrodnik, uczeń Arystotelesa, autor wielu dzieł, czytywanych chciwie i komentowanych w wiekach średnich. Ojciec bardzo starannie i umiejętnie zajmował się swoim synem, który sam o tem później w pismach opowiada: »Von Kindheit auf habe ich diese Dinge getrieben und von guten Unterrichtern gelernt, die in der Philosophie die er-

gründetsten waren und den Künsten mächtig nachgründeten, erstlich Wilhelmus von Hohenheim, mein Vater, der mich nie verlassen hat«. W roku 1502, zatem w 9 roku życia Paracelsa ojciec przeniósł się z synem do Karyntyi, gdzie młody umysł miał sposobność podziwiać kopalnie bogate w różnorodne kruszce. Fakt ten miał niewątpliwie znaczenie dla przyszłych dociekań chemicznych Paracelsa.

Gdzie prowadził Paracelsus studya lekarskie, i gdzie otrzymał stopień doktorski, niewiadomo. Podawano nawet w wątpliwość, czy w ogóle miał stopień doktorski. Jednakże tak dalece znowu niema powodu mu nie wierzyć, gdyż podpisywał się »beyder Arzney Doktor« (to znaczy medycyny i chirurgii), i wspomina też sam o tem, że przysięgę doktorską składał. Jakkolwiekbądź, ze szkoły wyjść musiał dobrze wyćwiczony w ówczesnej medycynie, która przedewszystkiem polegała na komentowaniu Galena, gdyż, jak świadczą o tem jego uczniowie, umiał całe ustępy z Galena na pamięć. Sam też o tem opowiada, że »habe der alten Scribenten Bücher mit viel Fleiss und Mühe durchlesen und getreulich befolgt«. Jednakże księgi go nie zadowolniły i całe jego życie późniejsze było reakcyą przeciwko papierowej mądrości średniowiecza. Natura i doświadczenie miały według niego zastąpić księgi starożytne. Z tajnikami ówczesnej alchemii zapoznał się Paracels gruntownie w pracowni znanego w XVI wieku alchemika Zygmunta Fügera w Szwac w Tyrolu, gdzie jakiś czas był laborantem. Zamiłowanie do prób alchemicznych zostało Paracelsowi na całe życie.

Paracels prawie całe swoje życie spędził na wędrówkach ze wsi do wsi, z miasta do miasta, z kraju do kraju, jako wędrowny lekarz i alchemik. Objechał całe Niemcy, Holandyę, Danię, Prusy, Polskę, Litwę, Wołoszczyznę, Siedmiogród, Dalmacyę, Włochy, Hiszpanię, Francyę, Anglię. Z Polski podobno z jakimś księciem tatarskim jeździł przez Moskwę do Konstantynopola. Pobyt Paracelsa w Polsce przypada na czas między rokiem 1520 a 1526 za panowania Zygmunta I. Paracels sam wspomina o jakichś dysputach, w których przeciwnicy tryumfowali, w Gdańsku i w nieznanam mieście Wilden, które, według historyków oznacza może Wilno [1]). Gdzieindziej opowiada Paracels o 3 uczniach z Polski [2]). Gdzieindziej znowu przyznaje się, że go z różnych krajów wypędzano, »z Litwy, potem z Prus, potem z Polski« [3]).

W podróżach swoich przestawał Paracels z każdym i uczył się, gdzie się tylko dało zdobyć naukę; a chętniej siadał za stołem w prostej karczmie, niż w lepszej oberży. Szukał towarzystwa cyrulików, łaziebników, owczarzy, kowali, cyganów, starych bab, i od nich uczył się tajemnej sztuki leczenia. Był nawet u pogardzanego powszechnie kata, który zwichnięte członki nastawiał. W takich szkołach i z takiem usposobieniem nabrał równie wielkiej biegłości, jak i szerokiego rozgłosu. Praktykę lekarską miał ogromną. Wyleczył 18 książąt, których wszyscy lekarze już opuścili.

W roku 1526, bogaty w doświadczenie, poprzedzany sławą, wracał do Niemiec. Miał chwilowo zamiar osiąść na stałe w Strasburgu, gdzie się wpisał nawet do cechu i nabył prawo miejskie. Stało się jednakże inaczej.

W Bazylei od dłuższego czasu chorował Jan Froben na nogę. Lekarze bazylejscy, których Paracels pogardliwie nazywa »imperiti apud Italos creati doctorculi«, nie widzieli już innego wyjścia, jak amputacya nogi. Wezwano ze Strasburga Paracelsa, który niebawem tak dalece poprawił choremu zdrowie, że ten mógł odbyć podróż konno na jarmark księgarski do Frankfurtu. U Frobena mieszkał w tym czasie sławny humanista Erazm Rotterdamczyk, z którym się Paracels zaprzyjaźnił. Mając takie stosunki, doczekał się Paracels niebawem zaszczytnego wezwania przez radę miejską na stanowisko lekarza miejskiego w Bazylei, i zarazem profesora medycyny na uniwersytecie bazylejskim, te dwa stanowiska bowiem były ze sobą połączone. Było to w roku 1526. Paracels wezwanie to przyjął i przeniósł się na stałe do Bazylei.

Jednakże niedługo miał w tem mieście pozostać. Nietylko sława Paracelsa i jego ogromna biegłość lekarska, ale i niezwykłe postępowanie jednały mu nieprzyjaciół między lekarzami. Wydział lekarski bazylejski przy obsadzaniu wakującej katedry nie był wcale zapytywany o zdanie o Paracelsie. Katedrę obsadziło miasto. Tymczasem nowy profesor, zamiast iść utartą drogą komentowania Galena i Awicenny, wystąpił odrazu z całą siłą, jako nieubłagany przeciwnik galenowskiej medycyny i książkowych lekarzy, i zamierzał wykładać medycynę, opartą na własnem doświadczeniu. Nie z książek trzeba się uczyć medycyny, lecz z życia. Nie dla czerwonego płaszcza doktorskiego ma mieć chory zaufanie do lekarza, lecz dla jego wiedzy i miłosierdzia. Sam Paracels stroju doktorskiego nigdy nie używał, lecz ubierał się, jak prosty chłop, w kamizelkę i to dobrze zniszczoną przy badaniach chemicznych. W takim stroju przychodził na wykłady. Co więcej, wykładał nie po łacinie, ale po niemiecku — rzecz niebywała i niesłychana. Słuchaczów miał pełną salę, schodzili się na jego wykłady nietylko studenci, ale i »cały nieokrzesany tłum cyrulików i alchemików«. Przychodzili też i starsi lekarze. Wobec takich okoliczności wydział lekarski bazylejski ogłosił Paracelsa za nieuka, który widocznie nie zna wcale Galena i nie umie nawet po łacinie, podawano też w ogóle w wątpliwość, czy ma stopień doktorski. Wydział zabronił Paracelsowi wykładać. Jednakże rada miejska miała prawo obsadzać jedną katedrę na wydziale lekarskim, gdyż sama z funduszów miejskich ją wyposażyła, nie pomogły więc protesty wydziału i Paracels znowu wykładał. W czerwcu 1527 roku ogłosił na czarnej tablicy program swoich wykładów. Wojna trwała dalej. Paracels publicznie wrzucił w ogień *Canon Medicinae* Awicenny, wystąpił przeciwko aptekarzom, którzy z dawien dawna przyrządzali arcydługie i arcydrogie recepty i zamiast nich wprowadził w użycie pojedyncze środki, silnie działające.

Tymczasem przyjaciel i pacyent Paracelsa Froben w roku 1527 umarł. Wrogowie zaraz rozgłosili, że to silnie działające pigułki Paracelsa go zabiły. Nowych przyjaciół Paracels mało sobie jednał, przeciwnie, zbyt wojowniczem usposobieniem narażał sobie nawet dawnych. Pewnej niedzieli rano ukazał się na drzwiach kilku kościołów w Bazylei wiersz pod tytułem: *Manes Galeni adversus Theophrastum, sed potius Cacophrastum*, t. j. *Cienie Galena przeciwko Teofrastowi, a raczej Kakofrastowi*, wiersz niezwykle zjadliwy, wyszydzający naukę Paracelsa i ośmieszający jego osobę. Są tam takie ustępy, jak

Dispeream si tu Hippocrati portare matellam
Dignus es, aut porcos pascere, Vappa, meos.

»Niech zginę, jeżeliś godzien nosić Hippokratesowi nocnik albo paść, gałganie, moje wieprze«.

W tym samym czasie miał Paracels zatarg o honoraryum z bogatym kanonikiem bazylejskim Lichtenfelsem. Kanonik był ciężko chory, cierpiał na szalone bóle i wszyscy lekarze mieli go za straconego. Za uratowanie od śmierci obiecał Lichtenfels 100 florenów. Wezwano Paracelsa, który dał choremu 3 pigułki z »laudanum«. (»Ich hab ein Arcanum, heiss ich Laudanum« — pisał o tem lekarstwie Paracels) i chory był zdrów. Wtedy kanonik posłał Paracelsowi wszystkiego 6 florenów. Paracels żądał stu i wniósł na kanonika skargę do sędziów miejskich. Ci jednakże wydali wyrok na korzyść Lichtenfelsa. Wtedy złość i oburzenie Paracelsa nie miały już granic. Napisał na sędziów pamflet, w którym zarzucał im stronniczość i dotkliwie ich obrażał. Tego znowu sędziowie nie chcieli już darować Paracelsowi i wydali wyrok, nakazujący autora pamfletu aresztować. Paracels z Bazylei uciekł na początku roku 1528 i tak się zakończyła jego działalność profesorska na uniwersytecie bazylejskim.

Rozpoczęła się znowu wędrówka z miasta do miasta, z kraju do kraju, z karczmy do karczmy, obfita niekiedy w szczęśliwe kuracye, pełna życia hulaszczego, a często i nędzy. Z niektórych miast poprostu wypędzano Paracelsa, jak n. p. z Insbruku, gdzie burmistrz zabronił mu pobytu, nie chciał bowiem wierzyć, żeby człowiek w podartem chłopskiem ubraniu, a nie w stroju doktorskim był naprawdę lekarzem.

Paracels najczęściej jeździł konno; miał torbę skórzaną, w której woził najkonieczniejsze rzeczy, jak podręczne przybory do badań alchemicznych, rękopisy i t. p.; u boku wisiał miecz, którego rękojeść miała wydrążoną wewnątrz kulę; kula się otwierała, a w środku były pigułki dla chorych.

W czasie wędrówek przyłączali się do Paracelsa uczniowie. Miewał ich niekiedy dosyć. Przychodzili do niego z różnych powodów; niejeden podobno w tym celu, żeby posiąść tajemnicę kamienia filozoficznego, który miał wszystkie choroby leczyć, wszystkie metale w złoto zamieniać, i zapewnić panowanie nad całym światem duchów. Mówiono, że Paracels ten kamień posiada. Uczniowie podpatrywali Paracelsa, ale żaden kamienia nie posiadł. Z uczniów Paracelsa najwięcej jest znany Oporinus, który z tego zasłynął, że wiele złego o swym mi-

[1]) R. J. Hartmann l. c. str. 34.
[2]) Haeser. Gesch. d. Med. Tłóm. pol. T. II, str. 79.
[3]) R. J. Hartmann, str. 34.

strzu opowiadał. On to twierdził, że Paracels z dyabłami się komunikuje, a przekonanie to nasunęła mu może ta okoliczność, że Paracels niejednokrotnie po hulance wracał pijany do domu i w ogromnem podnieceniu wywijał na wszystkie strony długim mieczem po izbie, jakby walczył z duchami w powietrzu. Mówiono, że Paracels w kuli u rękojeści miecza wozi dyabła.

Ile razy Paracels zatrzymywał się gdzieś na dłużej, zakładał zaraz pracownię alchemiczną, przytem leczył i pisał dzieła.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska uchwaliła w d. 12. XII. 1908 w sprawie wynagrodzenia za orzeczenia psychiatryczne dla sędziów następujące orzeczenie: 1) Uznaje się w zupełności za uzasadnione zażalenie znawców-psychiatrów przy c. k. sądzie krajowym karnym we Lwowie z powodu tak znacznego obniżenia wynagrodzenia za ich czynności. 2) Nie czując się powołaną do rozstrzygania, czy i o ile reskrypt ministerstwa sprawiedliwości, intymowany okólnikiem Prezydyum c. k. Sądu krai. karnego we Lwowie z d. 25. V. 1908 do LPrez. 706/16. Sa/8 odpowiada istniejącym przepisom ustawowym, Izba lekarska stwierdza, że w każdym razie wynagrodzenie, jakie w myśl tego okólnika przyznawane bywa obecnie znawcom-psychiatrom we Lwowie, nie może żadną miarą odpowiadać nakładowi ich pracy i wiedzy, stoi w rażącej sprzeczności ze stosunkami zarobkowymi wszystkich wolnych zawodów i warunkami ekonomicznymi życia w dobie obecnej, tak, że wprost uważać je należy za ubliżające stanowi lekarskiemu wogóle. Wobec zaś tego, że dotychczas pobierali znawcy-psychiatrzy we Lwowie za swe czynności wyższe wynagrodzenie, ustalone oddawna zwyczajowo, przeto w obecnem obniżeniu ich należytości Izba lekarska widzi nadto krzywdzące ukrócenie praw, przez nich od dawna nabytych. 3) Określenie stałej normy należytości lekarskich za badania psychiatryczne w sądach karnych jest trudne z powodu wielkiej różnolitości przypadków. Izba lekarska jest zdania, że najprostszym sposobem znalezienia wytycznej dla oceny i wynagrodzenia pracy lekarza w tym zakresie jest uwzględnienie ilości godzin czasu zużytego na badanie, oraz uwzględnienie ilości arkuszy przeciętnego pisma ręcznego w przedłożonym elaboracie (protokoły badania, wywód i orzeczenie). Co się zaś tyczy kwoty wynagrodzenia za te czynności, to Izba lekarska uważa kwotę 10 koron za każdą godzinę, zużytą na badanie, oraz za każdy arkusz przedłożonego elaboratu jako minimalne, zaledwie odpowiadające nakładowi pracy i wiedzy wynagrodzenie, zaznaczając, że studyum aktów oraz zwrot poniesionych przez znawców kosztów winny być w myśl taryfy z r. 1901 osobno policzone. Izba lekarska orzeka przy tem, że niższe od oznaczonej normy wynagrodzenie za badanie psychiatryczne w sprawach karnych uważaćby musiała jako sprzeczne z interesami stanu lekarskiego i przynoszące ujmę całemu zawodowi. 4) W myśl życzenia petentów Izba lekarska roześle niniejsze orzeczenie wraz z całym memoryałem petentów czynnikom przez nich wymienionym. Z Izby lekarskiej wschodnio-gal. Prezydent: *Dr Festenburg*. — (Jak już donosiliśmy, obniżono znawcom-psychiatrom we Lwowie wynagrodzenie za badanie wraz z wywodem i orzeczeniem z 30 do 100, wyjątkowo 150 koron, na 10 do 40 koron. Znawcy oddali rzecz do rozstrzygnięcia Izbie lekarskiej, oświadczając, że zastosują się do jej orzeczenia i za niższe od oznaczonego przez Izbę wynagrodzenia nie podejmą się badań, w danym zaś razie gotowi są zrzec się zupełnie stanowiska znawców-psychiatrów przy krajowym Sądzie karnym). *R.*

Udaremnienie ostrzeżenia Izby lekarskiej zachodnio-gal. przed podawaniem się o posadę lekarza kolei północnej w Krakowie wywołało energiczny protest w »Głosie lekarzy« (Nr 1). Dr Przesmycki z Gorlic i Dr Siegel z Dukli, ubolewając głęboko nad złamaniem solidarności, zarzucają zarazem Izbie, że nie okazała dostatecznej energii, a Dr Mikołajski sądzi, że Izba powinnaby wdrożyć postępowanie dyscyplinarne w każdej takiej sprawie bez względu na to, czy wyrok Izby będzie przez władze polit. zniesiony lub nie, bo samo ogłoszenie wyroku Izby w pismach lekarskich piętnowałoby winnych i miałoby znaczenie. Wogóle jednak sprawa wymaga jeszcze wyjaśnienia, gdyż gdyby, jak się dowiaduje Dr Mikołajski, niektórzy z podających się o posadę, uczynili to za wiedzą Izby, to nicby im zarzucić nie można. *R.*

Walne zgromadzenie Związku lekarzy rządowych w Galicyi odbędzie się w dniach 11. i 12. stycznia 1909 we Lwowie w lokalu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, ulica Dominikańska (codziennie o godzinie 10 przedpoł.).

Na porządku dziennym: W poniedziałek dnia 11. stycznia 1909. 1) Odczytanie protokołu z poprzedniego zgromadzenia. 2) Sprawozdanie przewodniczącego Związku kol. Dr Czyżewicza z dotychczasowych zabiegów o poprawę bytu i stanowiska oraz stosunków służbowych. 3) Wnioski członków. 4) Zwiedzenie fabryki prasowanych drożdży w Zamarstynowie, ewentualnie zakładu chorych umysłowo w Kulparkowie. — We wtorek dnia 12. stycznia 1909. 1) »Cholera azyatycka« wykład Prof. Dra Kuczery, oraz kolegów Dra Krzyżanowskiego i Obtułowicza. 2) Sprawozdanie z czynności Wydziału za rok 1908. 3) Sprawozdanie komisyi rewizyjnej. 4) Wnioski Wydziału co do zmiany § 4. i 7. statutu. 5) Wniosek w sprawie przystąpienia stałego do Związku państwowego lekarzy rządowych. 6) Uchwalenie wysokości wkładek na rok 1909. 7) Wnioski członków. 8) Wybór przewodniczącego, zastępcy i 5 członków Wydziału. 9) Wybór członków komisyi rewizyjnej. 10) Ewentualny wybór delegatów na walne zgromadzenie Związku państwowego. — Narady, mające na celu poprawę bytu materyalnego i stanowiska lekarzy rządowych, wymagają licznego udziału szanownych Kolegów. Równocześnie upraszamy szanownych Kolegów, którzy mieliby chęć wygłoszenia jakiego odczytu lub pogadanki z zakresu higieny lub ustawodawstwa sanitarnego, o zgłoszenie tematu na ręce przewodniczącego celem postawienia go na porządku dziennym bądź obecnego zgromadzenia, bądź nadzwyczajnego, które będzie zwołane w ciągu roku 1909.

Z Wydziału Związku lekarzy rządowych w Galicyi.
Sekretarz *Dr J. Obtułowicz*. Przewodniczący *Dr W. Czyżewicz*.

W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej oświadcza się dr. Rościszewski (Głos lek. 23) przeciwko wszelkim takim zmianom taryfy, któreby pozostawiały sędziemu pewną dowolność w wymiarze należytości dla lekarza; zgadza się na wyższe wynagrodzenie lekarzy, powołanych jako specyalistów, bo wtedy sąd będzie wzywał rzeczywistych (a nie tylko »tytularnych«) specyalistów i to w razie istotnej potrzeby; sprzeciwia się proponowanemu przez prof. Sieradzkiego niższemu wynagrodzeniu za badanie powtórne; żąda opuszczenia słów »dorada zawodowa« w ustępie o wynagrodzeniu za obecność przy ekshumacyach, bo słowa te często sędziowie tłómaczą na niekorzyść lekarzy, przyznając wynagrodzenie za »doradę zawodową« tylko w razie jakiejś »nadzwyczajności«. Następnie oświadczając się w zasadzie przeciwko rocznym ryczałtowym umowom z sądami, bo na tem lekarze zawsze źle wychodzą, muszą za mniejsze wynagrodzenie pracować więcej, sądzi dr. R., że jeżeli już takiej umowy uniknąć nie można, to nie powinno się godzić na opust większy, niż 10% najwyżej. — Podobne uwagi czyni także dr. Salpeter (Głos lek. 1), sądząc, że z taryfy powinien być wogóle usunięty podział badań na najprostsze, szczególniej dokładne i t. d., bo to daje pole sędziom do dowolności w wymiarze wynagrodzenia, którego wysokość, zdaniem dr. Salpetra, powinna zależeć od rozmiarów orzeczenia (po 5 K za stronnicę pisma). *R.*

Wymiar podatków bywa lekarzom, jak podnosi dr. Bednarski z Alwerni (Głos lek. 1908, 24), zbyt często, a niesłusznie przez władze podatkowe zwiększany. Znamienne zestawienie podatku osobisto-dochodowego, sobie wymierzanego, podaje dr. Cwiklicer (Głos lek. 1.). W roku 1899 koron 18 (osiemnaście), w latach następnych kolejno: 78, 48, 88, 180, 180, 202, 292, a wreszcie w r. 1908 326 (trzysta dwadzieścia sześć). W tymsamym 9-letnim okresie dochody dr. Cwiklicera musiały się jednak zmniejszyć z powodu wzrastającej liczby lekarzy w okolicy, zapadania jego na zdrowiu i spensyonowania na posadzie lekarza salinarnego. Niesłychany poprostu ten system opodatkowania uważa dr. Cwiklicer za wynik stosunków miejscowych. Ale bez względu na to akcya zbiorowa wobec takich stosunków byłaby wskazana. (Głos lek. 1). (W związku z tem godzi się zwrócić uwagę na to, że wskutek starań Izby lekarskiej wiedeńskiej oświadczyła krajowa dyrekcya skarbu w Wiedniu (w piśmie, odczytanem na posiedzeniu Izby wied. w d. 15. XII. 1908), iż w przyszłości prosić będzie Izbę o wskazywanie znawców lekarskich w sprawach podatkowych. Skoro zdołała to uczynić Izba wiedeńska, to i w galicyjskiej dyrekcyi skarbu należałoby starać się o podobne postanowienie, któreby może położyło kres pokątnym wpływom, zdającym się działać na niektóre miejscowe administracye podatkowe w Galicyi przy wymiarze podatków lekarzom). *R.*

Narady lekarskie (konsylia) bywają często przez publiczność mylnie pojmowane, jako rzecz, potrzebna tylko dla leka-

rza ordynującego, a nie dla chorego, i równorzędną ze zwykłą poradą lekarską. Dlatego też należy, zdaniem dr. Klęska (Głos lek. 1908, 18) pouczać publiczność, że narada lekarska podejmowana bywa tylko ze względu na dobro chorego, że jest czynnością znacznie większą, niż zwykła porada i że z tego powodu należy się za nią wynagrodzenie wyższe i to dla każdego z lekarzy w niej uczestniczących; zarazem należy także objaśniać publiczność, że naradą jest każde zebranie się lekarzy przy chorym (prócz tych przypadków, gdzie drugi lekarz pełni zadanie asystenta, t. j. pomocnicze). *R.*

Kasy chorych majsterskie mnożą się w Austryi znacznie więcej, niż to się zwykle przypuszcza. W ciągu lat 4 (1903—1906) liczba kas tych prawie się podwoiła i doszła do 126. U nas sprawa kas majsterskich nie jest przez lekarzy należycie oceniana, a przecież wobec przewagi rękodzieła w przemyśle, niewątpliwie rychło doczekamy się całej sieci kas korporacyi rzemieślniczych. Mimo to nie są kasy takie u nas należycie zwalczane; Izby lekarskie wobec doniesienia, że jakiś lekarz — wbrew interesom zawodowym — leczy członków kasy korporacyjnej za wynagrodzeniem ryczałtowem, bardzo często, zamiast zbadać poprostu statut kasy, ograniczają się do ustnego zapewnienia, danego wysłannikowi Izby, że kasa »majsterską« nie jest; sami zaś lekarze, nawet, jeżeli nie przyjmą w takiej kasie posady za ryczałtem, zadowalniają się często zbyt nizkiem wynagrodzeniem za poszczególne ordynacye (1 K. we Lwowie). (Głos lekarzy 1908, 17). *R.*

Walka z partactwem lekarskiem, prowadzona przez Izby lekarskie w Austryi, ma na oku głównie t. zw. »system leczenia naturalnego« (Naturheilkunst); ten rodzaj partactwa, za wzorem Niemiec bardzo rozpowszechniony w innych krajach austryackich, niema u nas większego znaczenia, jako ruch zorganizowany, aczkolwiek nie brak i w Galicyi zwolenników Kneippa, Bilza, Platena i t. p., zwłaszcza wśród duchowieństwa i nauczycielstwa. W innych krajach austryackich ruch ten, krzewiąc się coraz bardziej, objawia się namiętną walką przeciw medycynie naukowej i dociera nawet na trybunę parlamentarną. Wobec tego ciekawie zachowuje się rząd. O osławionej książce partacza Bilza orzekła Najwyższa Rada Zdrowia, że książka ta »wprowadza publiczność w błąd, zaleca zabiegi niebezpieczne, a nawet zagrażające życiu, podżega do oporu przeciw państwowym urządzeniom sanitarnym, do pogardy dla umiejętności lekarskiej i stanu lekarskiego i narusza obyczajność publiczną«. Otóż na zasadzie tego orzeczenia wystąpiło w r. 1899 Namiestnictwo karyntyjskie przeciw książce Bilza; gdy jednak z tego powodu poseł Hoffman-Wellenhof wniósł w parlamencie interpelacyę, rząd cofnął się odrazu, a minister spraw wewn. oświadczył, że nie chodziło o zakaz książki Bilza, lecz tylko o zakaz nieuprawnionego kolportażu (!), a na głosy Izb lekarskich w tej sprawie pozostał rząd potem głuchy. Wszystkie niemal Izby wnosiły zresztą do rządu wielokrotnie przedstawienia w sprawie partactwa; Izba śląska jednakże zaniechała tego, »gdyż doświadczenie poucza, że władze nie uwzględniają podań Izb lekarskich«. Uznano natomiast, że należy dążyć do osiągnięcia celu własnemi siłami. To też poczęły Izby donosić o poszczególnych partaczach sądom i władzom politycznym, co w ostatnich latach n. p. w Galicyi odniosło parę razy pożądany skutek. Kilka Izb lekarskich zajęło się zestawieniem listy partaczy; Izbie wiedeńskiej to się nie powiodło, natomiast Izba morawska opracowała taki wykaz w r. 1898, Izba karyntyjska, rozesławszy 180 kwestyonaryuszy, uzyskała 25 odpowiedzi i wiadomość o 27 partaczach; we Lwowie zajął się tą sprawą na wezwanie lwowskiej Reprezentacyi Tow. Samopomocy Dr Mikołajski, uzyskując na 1300 kwestyonaryuszy 55 odpowiedzi i wiadomości o 150 partaczach. (Mikołajski »Głos lekarzy« 1908, 18). *R.*

Ustawa przeciw partactwu w Niemczech wniesiona być ma do Rady Związkowej z wiosną r. b. *R.*

Lekarze popierają sami partactwo zdaniem Dra Klęska (Głos lek. 1908, 17), jeżeli zapisują już gotowe leki fabryczne, zwłaszcza ochrzczone nazwą, przypominającą pewną chorobę, przeciw której się lek ten głównie ma stosować i jeżeli zanadto szeroko objaśniają, na co zapisane lekarstwo służy lub zanadto je zachwalają; w obu bowiem przypadkach lek uchodzi w oczach chorego za »niezawodny« na pewną chorobę lub na pewne objawy, bywa zalecany krewnym, znajomym i t. p.; dalej, jeżeli nieostrożnie popularyzują medycynę, zwłaszcza niepotrzebnie zapuszczając się w wywody o leczeniu i jeżeli nie zwalczają pospolitej wśród laików żyłki lekarskiej; jeżeli dają się w zwykłych stosunkach towarzyskich wciągać w rozmowy o leczeniu, a nawet udzielają wskazówek lekarskich i t. p. *R.*

Projekt ustawy o chorobach zakaźnych wydało »Österreich. Sanitätswesen« jako osobny dodatek do Nru 53 z roku 1908. *R.*

Prawo nadzoru władz państwowych w sprawach sanitarnych było z dość zajmującej strony rozpatrywane przez austr. trybunał administracyjny. Mianowicie pewna władza autonomiczna we własnym zakresie działania nakazała stronie prywatnej usunięcie pewnych usterek sanitarnych. Przeciwko temu wniosła strona rekurs do krajowych władz politycznych, a gdy go odrzucono, rekurs do ministerstwa przeciwko temu, że władza polit. krajowa odmówiła wykonania przysługującego jej prawa nadzoru w sprawach sanitarnych. Otóż trybunał adm. orzekł, że władze państwowe nie mają wobec stron obowiązku posługiwać się swem prawem nadzoru zarządzeń sanitarnych, wydanych przez autonomiczne władze I. instancyi w ich własnym zakresie działania. *R.*

Gromadne występowanie porażenia rdzeniowego (zapalenia przednich rogów istoty szarej — *poliomyelitis anterior acuta*) pojawiło się w Dolnej Austryi (powiat Steyer i m. Wiedeń). Prawie wszystkie przypadki dotyczyły dzieci niżej lat 14, zaczynały się nagle gorączką 39·5—40° C., silnym bolem głowy, wymiotami, niekiedy biegunką, drgawkami, niepokojem; wkrótce dołączały się porażenia z utratą odruchów, a utrzymaniem czucia. Chociaż liczba przypadków nie jest wielka, jednakże wobec tego, iż choroba ta zdaje się być zaraźliwą, zarządziło ministerstwo spraw wewn. (30. XI. 1908, L. 39.540), by lekarze urzędowi na rzecz tę baczną zwrócili uwagę, a w zdarzających się przypadkach badali epidemiologię tej sprawy. Zarazem zaleca ministerstwo prosić lekarzy, zarządy szpitali i t. d., by o stwierdzonych lub podejrzanych przypadkach donosili lekarzom urzędowym. *R.*

Co do umysłowo chorych rozporządziło austr. ministerstwo spraw wewnętrznych, by odtąd umysłowo chorzy, jako tacy przez znawców uznani, byli oddawani zaraz do odpowiednich zakładów, lub pod opiekę gminy, a nie, jak dotąd, tygodniami i dłużej pozostawali w więzieniach, nim załatwione zostaną wszelkie formalności, obliczone koszta i t. p. *X.*

Celem zwalczania wąglika i czerwonki zarządziło austr. ministerstwo spraw wewn. (29. XI. 1908 l. 34137), by lekarze urzędowi w każdym przypadku wąglika u ludzi dokładnie zbierali wiadomości o sposobie zakażenia się i pouczali ludność o niebezpieczeństwie wąglika i sposobach jego uniknięcia, jak również, aby w sprawozdaniach miesięcznych donosili, czy w przypadkach czerwonki użyto surowicy przeciwczerwonkowej i z jakim skutkiem. (»Öst. Sanitätsw.« 1908. 51). *R.*

Celem wykształcenia komisarzy targowych (organów nadzoru nad środkami spożywczymi) zarządziło austr. ministerstwo spraw wewn. w porozumieniu z ministerstwem oświaty i rolnictwa (25. V. 1908 D. p. p. Nr 155), by przy państwowych zakładach badania środków żywności odbywały się corocznie pod kierunkiem dyrektora zakładu sześciotygodniowe kursa, obejmujące: 1) oględziny bydła i mięsa, 2) rozpoznawanie i ocenianie roślinnych środków żywności i używek z uwzględnieniem grzybów i ziół, 3) naukę o środkach żywności, 4) przepisy i rozporządzenia, dotyczące środków żywności, 5) badanie nafty. Czesne za kurs wynosi 50 K; niezamożni mogą uzyskać uwolnienie od czesnego. Po ukończeniu kursu odbywa się egzamin, którego porządek określono w osobnem rozporządzeniu (25. V. 1908 D. p. p. Nr 156), a którego pomyślny wynik (podobnie, jak świadectwo egzaminu państwowego na »znawcę środków żywności«) stanowi dowód uzdolnienia, wymagany od samorządnych organów nadzoru nad środkami spożywczymi. (»Österr. San.« 1908, 52). *R.*

Ścisły nadzór nad sprzedażą środków tajnych w Niemczech kusi fabrykantów do różnych obejść ustawy; pomagają im w tem aptekarze, a niestety i niektórzy lekarze. Każdy środek tajny musi być w Niemczech zgłoszony urzędowo i wolno go wydawać w aptece jedynie na osobne polecenie lekarza. Otóż do pewnej apteki w Berlinie zgłosiła się jakaś pani, żądając tak zwanych »czarnych kropli błonicowych«. Aptekarz oświadczył jej, że tego leku bez recepty wydać nie może, ale zaraz dodał, że może zwrócić się listownie do pewnego lekarza po receptę. I rzeczywiście w odpowiedzi na list nadeszła recepta hektografowana ze starą datą i to już nie od lekarza, ale z fabryki z odpowiednią broszurą, zachwalającą krople. Nadto aptekarz recepty tej nie ostemplował, a to w tym celu, by mogła dalej jeszcze służyć. *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca listopada 1908 .	420,593	220,000
W grudniu 1908 .	7,203	8,000
Razem	427,796	228,000

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 27. XII. 1908 do 2. I. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 2), Buczacz (Bortniki 2), Rawa Ulicko zarębane 4), Skałat (Orzechowiec 5), Stryj (Orawczyk 1), Zborów (Danilowce 1); ospy pow. Brody (Popowce 1). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. XII. 1908 do 2. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 2 (w tem obcych 1 † 2), krztuśca 1, płonicy 8 † 3 (3 † 2), odry 34 † — (—), duru brzusznego 2 (—), gorączki połogowej 1 † 2 (— † 1).

Dr Sch.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 27. XII. 1908 do 2. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych —), płonicy 27 † 4 (—), duru brzusznego 1 † 1 (1 † —), czerwonki 1 (1). *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Celem wykształcenia organów policyi zdrowia i artykułów żywności odbędzie się w drugiej połowie lutego i marcu 1909 w c. k. Zakładzie powszechnym badania środków spożywczych w Krakowie na podstawie rozporządzenia ministerstwa spraw wewnętrznych z dn. 25 maja 1908 Dz. p. p. Nr. 155 ex 1908 sześciotygodniowy kurs naukowy. Do uczęszczania na kurs dopuszczeni będą tylko tacy kandydaci, którzy wykażą się wykształceniem przygotowawczem, odpowiadającem conajmniej wykształceniu, odniesionemu z ukończenia szkoły wydziałowej, oraz złożą przepisaną za naukę opłatę w wysokości 50 koron. Zgłoszenia na kurs w postaci nieostemplowanego podania należy wnosić do dnia 5. lutego b. r. pocztą lub osobiście u starszego inspektora c. k. Zakładu na ręce dyrekcyi Zakładu, dołączając do zgłoszenia metrykę chrztu, względnie urodzin, oraz dowód wymaganego wykształcenia przygotowawczego. Przy zgłoszeniu należy dołączyć ewentualną prośbę o uwolnienie od czesnego. O przyjęciu na kurs zawiadomi kandydatów kierownictwo kursu najmniej na tydzień przed rozpoczęciem kursu. W razie zgłoszenia się na kurs niewielkiej ilości kandydatów, kurs powyższy nie odbędzie się w terminie podanym.

Lwów. »Kuryer lwowski« donosi, że na posiedzeniu Wydziału Izby wschodnio-gal. w d. 29. XII. 1908 referował dr. Mikołajski sprawę wniesionego przez rząd do Izby Panów projektu ustawy o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu. Referent przedstawił ujemne strony projektu ze względu na interesa i stosunki naszego kraju, jakoteż ze stanowiska zawodu lekarskiego i odczytał memoryał, który Wydział Izby jako opinię Izby uchwalił i który ma być przesłany Kołu polskiemu, polskim posłom do Rady państwa i wydziałowi wykonawczemu Izb lekarskich. Memoryał ma być także wydrukowany w »Głosie lekarzy«. »Kuryer lwowski« zapowiada, że w najbliższych numerach umieści uwagi krytyczne o projekcie rządowym.

— Nieustająca we Lwowie epidemia płonicy była 30. XII. 1908 w Radzie miejskiej przedmiotem obszerniejszej dyskusyi, w której podniesiono, że gminy podmiejskie lekceważą wszelkie środki ochronne. Uchwalono wezwać magistrat, by rozpatrzył sprawę przyłączenia do Lwowa 4 gmin podmiejskich i odnieść się do Namiestnictwa o pomnożenie służby zdrowia w powiecie. Jednakże »Kuryer lwowski« (Nr 609) zwraca uwagę, że Rada miejska lwowska powinnaby się zwrócić w tej sprawie przedewszystkiem do władz autonomicznych: do Wydziału krajowego i powiatowego, albowiem główna przyczyna szerzenia się epidemii w powiecie lwowskim i zawlekania ich potem do stolicy nie leży w tem, iż na powiat lwowski jest jeden (jak wszędzie) rządowy lekarz powiatowy, lecz, że niema lokalnej służby lekarskiej w gminach powiatu, któraby odrazu tłumiła początki każdej epidemii w miejscu swej siedziby i gminach sąsiednich. Na 49 gmin powiatu lwowskiego z ludnością niemal 150.000 jest tylko jeden lekarz okręgowy (w Jaryczowie, gdzie już kilku lekarzy padło kolejno ofiarą przy zwalczaniu duru plamistego), choć według ustawy powinnoby być w tym powiecie okręgów sanitarnych najmniej 10 i 10 lekarzy okręgowych — a ze względu na sąsiedztwo wielkiego miasta powinnaby każda nawet gmina mieć lekarza. Gminna i okręgowa organizacya sanitarna jest zaś obowiązkiem gmin, powiatów i Wydziału krajowego, a nie rządu. — Sprawa ta dała powód do dalszej polemiki w dziennikach; Dr. Fruchtmann, lekarz gminny w Zniesieniu, oświadcza (»Słowo polskie« 4), że stan sanitarny gmin podmiejskich jest lepszy, niż Lwowa, i że epidemia płonicy została właśnie ze Lwowa dopiero zawleczona do Zniesienia, gdzie ją zresztą w ciągu 3 miesięcy zdołano stłumić.

Poznań. Izba lekarska dla W. Ks. Poznańskiego wybrała na czas od 1. stycznia 1909 do 31. grudnia 1911 następujący zarząd: W obwodzie rejencyjnym poznańskim: Dr Jerzykowski i Dr Pomorski z Poznania, oraz Dr Wróblewski z Buku; dalej prof. Dr Borchardt, Dr Pauly i Dr Pincus z Poznania, Dr Dluhosch z Kościany i Dr Herrnstadt z Leszna; zastępcy Dr Dembiński i Dr Krysiewicz z Poznania, Dr Alkiewicz z Pobiedzisk, Dr Krzyżagórski z Wrześni, a dalej: prof. Dr Jaffe z Poznania, Dr Fuchs i Dr Sandhop z Koźmina. W obwodzie rejencyjnym bydgoskim: Dr Bahr, Dr Brunk i Dr Lampe z Bydgoszczy oraz Dr Warschauer z Inowrocławia; zastępcy: Dr Brüggeman i Dr Hecht z Bydgoszczy, Dr Sell z Inowrocławia i Dr Simon z Solca.

Warszawa. Projekt samorządu dla miast Królestwa polskiego, przedstawiony obecnie, przed wniesieniem do Dumy, Radzie ministrów, nadaje podobno władzom samorządnym w sprawach sanitarnych prawo zarządzeń samodzielnych bez odnoszenia się do władz administracyjnych.

— Wobec przepełnienia szpitali miejskich, poruszono jeszcze w r. 1901 myśl założenia osobnego szpitala w Warszawie dla powiatu warszawskiego. Zamiar ten rozbił się o brak funduszów; obecnie jednak myśl tę podjęło znowu grono fabrykantów warszawskich i podmiejskich, wyrażając zdanie, że fabrykanci powinniby pokryć choć część kosztów budowy takiego powiatowego szpitala.

— Członkowie Wydziału dobroczynności, mianowani z pośród obywateli, uchwalili w publicznej odezwie wyjaśnić, że bliskość samorządu miejskiego, niedostateczna kompetencya magistratu w sprawach sanitarnych i brak środków na poważne reformy, zniewalają do odłożenia niektórych spraw szpitalnych i że szersze reformy szpitalnictwa związane są z nowem opodatkowaniem obywateli. (»Kur. warsz.« Nr 1).

— Inspektor lekarski szpitali warszawskich poruszył w swych wnioskach do władz konieczność założenia przytułków dla nieuleczalnych, obecnie zapełniających szpitale warszawskie ze szkodą dla innych chorych.

— P. Leon Goldstand ofiarował 35,000 rb. na budowę zakładu położniczego na 25 łóżek pod warunkiem, że miasto odda bezpłatnie plac pod budowę na rogu Leszna, oraz przyczyni się ze swej strony do jej kosztów. Darowiznę tę magistrat przyjął.

— Zakład obłąkanych w Tworkach pod Warszawą, jak również zakład w Wilnie, mają być obarczone znaczną liczbą więźniów, których stan umysłowy ma być badany. Szpital w Tworkach utrzymywany jest tylko z podatków, opłacanych przez ludność Królestwa Polskiego; mimo to ma być obciążony więźniami na równi ze szpitalami, utrzymywanymi wyłącznie przez skarb.

— Artykuł Dra Tchórznickiego o fatalnym stanie sanitarnym gmin podmiejskich (w »Kuryerze warsz.« Nr 351), wywołał polecenie władz, by magistrat warszawski dostarczył im wiadomości w tej sprawie i poczynił zarządzenia zapobiegawcze.

— Generał-gubernator warszawski wydał pod d. 29. XI st. st. 1908 postanowienia sanitarne o targach i bazarach w Warszawie oraz o prywatnych przedsiębiorstwach dezynfekcyjnych.

— Nowe hale targowe, urządzone odpowiednio do współczesnych wymagań sanitarnych, otwarto 29. XI. 1908 w Warszawie na placu Witkowskiego. Budowa trwała 3 lata, a kosztowała 450.000 rbs.

— Dr Jan Raum, lekarz naczelny szpitala na Pradze, obchodził 2. I. 1908 jubileusz 25-letniej działalności lekarskiej, a 15-letniej w tym szpitalu. Imieniem lekarzy szpitalnych przemawiał Dr K. Zieliński, imieniem chirurgów i asystentów szpitalnych Dr Al. Zawadzki, od Pogotowia ratunkowego, którego Jubilat jest inspektorem, prezes Dr J. Zawadzki. —

Dr Raum, ukończywszy IV gimnazyum warszawskie, studya uniwersyteckie odbywał w Berlinie, gdzie był potem asystentem Prof. Langenbecka. Uzyskawszy doktorat w Dorpacie, osiadł w Warszawie. Po krótkim pobycie w klinice Prof. Kosińskiego, przeszedł do szpitala ewangelickiego, gdzie do r. 1893 był asystentem oddziału chirurgicznego Dr Stankiewicza. Jednocześnie pracował naukowo w laboratoryum patologii ogólnej uniwersytetu warsz., pełniąc obowiązki zarządzającego tą pracownią. W okresie tej działalności wydał szereg prac naukowych. W r. 1893 objął kierownictwo oddziału chirurgicznego w szpitalu na Pradze po Drze Jawdyńskim, a po kilku latach naczelne kierownictwo tego szpitala, który dzięki usilnym zabiegom i pracy Jubilata wzrósł z 60 na 400 łóżek, zyskał 2 nowe pawilony, pracownie i nowoczesne urządzenia.

— Doc. Dr Jan Pruszyński, mając przenieść się do Lwowa, ustąpił ze stanowiska redaktora i wydawcy »Gazety lekarskiej«, przyjął jednakże ponowny wybór na redaktora na r. 1909. W razie wyjazdu zastępować ma redaktora Dr W. Starkiewicz: wydawcą wybrano, jak donosiliśmy, Dra W. Szumlańskiego.

— Dr Maryan Roszkowski uzyskał zezwolenie ministerstwa na urządzenie stałych kursów higieny dziecięcej dla matek.

— »Medycyna i Kronika lekarska«, zamykając pierwszy rok wydawnictwa pism połączonych, stwierdza, że zespolenie w pracy dwu pism wyszło piśmiennictwu na dobre. W ciągu roku na 105 arkuszach druku in 8° wydano bowiem 83 prace oryginalne, 6 wykładów klinicznych, 9 ocen, 8 życiorysów, 478 streszczeń obszerniejszych i przeszło 200 pomniejszych wiadomości leczniczych, nadto korespondencye i sprawozdania ze zjazdów i Towarzystw.

— Dr W. Chodecki wydaje tłómaczenie »Zarysu higieny« Flüggego, przeznaczając dochód Towarzystwu higienicznemu na dalsze wydawnictwa higieniczne.

— P. Róża Mączewska wraz z Dr J. Kiełczewskim podjęli myśl założenia sanatoryum dla piersiowo chorych pod Lublinem, jako filii szpitala Szarytkowskiego lubelskiego. Sanatoryum na 30 łóżek stanąć ma kosztem 30.000 rb. na gruntach szpitala w lesie Świdnickim; opłata za leczenie nie ma być większa od opłaty w szpitalach lubelskich. P. Mączewska ofiarowała na budowę 5.000 rb.

— W Ciechocinku rozpoczęto roboty około powiększenia liczby łazienek z kąpielami z kwasem węglowym z 11 na 23, budowy kanałów i nowej rzeźni. Kwota, pozostała z zeszłorocznej wystawy balneologicznej (około 1000 rb.) ma być obrócona na założenie w Ciechocinku muzeum przyrodniczo-balneologicznego p. n. »Muzeum ziemi kujawskiej«.

— Na utrzymanie szpitali powiatowych i wiejskich na Wołyniu wyznaczono w budżecie ziemstwa na r. 1909 96.540 rb., podwyższając tę bardzo skromną kwotę w porównaniu z r. b. tylko o 2.287 rb.

Z różnych stron. Posiedzenie »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 5/18. XII. 1908, poświęcone uczczeniu ćwierćwiekowego jubileuszu pracy społecznej i zawodowej Prof. Szawłowskiego, Prof. Ziemackiego i Dra Zakrzewskiego, odbyło się przy nader licznym udziale, przeszło 100 uczestników. Prezes Związku, Prof. Zaleski, w przemówieniu wstępnem scharakteryzował działalność lekarską i ogólnospołeczną każdego z Jubilatów i imieniem »Związku« złożył gorące życzenia. Potem przemawiał w imieniu lekarzy wileńskich Dr Staniewicz. W imieniu studentów Polaków wojskowo-lekarskiej Akademii petersburskiej przemawiał p. Mikucki, od Polek słuchaczek Instytutu lekarskiego kobiecego składała życzenia panna Adamowiczówna, od »Sokoła« polskiego składał życzenia Dr Hattowski; dalej odczytano liczne depesze i listy: od dziekana Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiellońskiego Prof. Wachholza, od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, od Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, od Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, »Nowin lekarskich«, »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, od polskiego Koła adwokatów w Petersburgu, od korporacyi młodzieży polskiej w Dorpacie, od wielu profesorów Wydziału lek. z Krakowa, od Prof. Witolda Orłowskiego z Kazania, od Prof. Popielskiego ze Lwowa, od posłów do Dumy Dra Harusewicza i p. Łukowskiego, od Prof. Akademii St. Przybytka, od wdowy po b prezesie p. Strawińskiej, od p. Mierzejewskiej i cały szereg innych. Uchwalono złożyć wszystkim w imieniu »Związku« podziękowanie. Po skończonem posiedzeniu odbyła się uczta, w której uczestniczyło przeszło 80 osób, a w czasie której przemawiali: Prof. Zaleski, posłowie do Dumy p. Babiański, p. Gawroński, Prof. Merczyng, Jubilaci, w końcu redaktor »Kraju« p. Kutyłowski.

— Rodak nasz, Prof. Raczyński, ustępuje ze stanowiska dyrektora kliniki położniczej w Żeńskim Instytucie lekarskim w Petersburgu.

— Dyplomy lekarskie uzyskali w Dorpacie b. słuchacze uniwersytetu warszawskiego i krakowskiego, pp. Tadeusz Budzyński, Roman Dutkiewicz, Wacław Janowski, Władysław Mroczkowski i Bolesław Tomaszewski, Tadeusz Kolisko i Władysław Ostaszewski.

— Dyplomy lekarskie uzyskali w Charkowie następujący Polacy, doktorzy uniwersytetów zagranicznych: Bernard Cwybel z Lublina, Wacław Gronowski z Białegostoku, Stefan Kohn z Częstochowy, Lucyan Koziołkiewicz z Lublina, Antoni Odyniec z wileńskiego, Kazimierz Oczesalski z Warszawy i Maryan Szafnicki z Częstochowy.

Redakcya otrzymała: Statystyka m. Krakowa, opracowana przez Biuro statystyczne miejskie. Zeszyt X.; za lata 1903, 1904, 1905. — Kraków, 1908. — Prof. St. Zaleski. Zasługi Mendelejewa i t. d. »Techniczesk i Komm. Obrazow.«, 1908.

Redaktor odpowiedzialny
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie doroczne **posiedzenie administracyjne we środę d. 13. stycznia 1909 o godzinie 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie Zarządu za rok 1908, 2) Odsłonięcie fotografii wszystkich prezesów Towarzystwa. 3) Sprawa zmiany statutu.

Po posiedzeniu odbędzie się **wieczerza koleżeńska.** — **O rychłe zgłaszanie udziału w wieczerzy** uprasza się Kolegów.

Nadesłane.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222

SÓL BOROWINOWA	ŁÓG BOROWINOWY
suchy wyciąg	płynny wyciąg
w paczkach à 1 kg.	w paczkach à 2 kg.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 16. stycznia 1909. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Empyema pulsans.

Napisał

Dr Stefan Rudzki.

Tętniący ropniak opłucnej *(empyema pulsans)* należy do bardzo rzadkich postaci chorobowych, tem ciekawszych, że powstanie jego nie jest dotychczas należycie wyjaśnione.

Samo istnienie tego »osobliwego« objawu — »merkwürdiges Phanomen« — jak go nazywa Osler-Hoke, — mianowicie ograniczone tętnienie klatki piersiowej przy wysięku opłucnej — znane już było dawnym lekarzom. Wspomina o niem w swych pracach jeszcze w XVI stuleciu słynny profesor paryski Ballonius (Guillaume Baillon 1538—1616), przyboczny lekarz królewski, który najkorzystniej odznaczył się w XVI wieku we Francyi na polu medycyny praktycznej (Haeser).

Dokładniejsze jednak opisy tego cierpienia zjawiły się dopiero na początku XIX stulecia.

Jeden z pierwszych przypadków podał w roku 1836 Bérard w pracy o błędach rozpoznawczych. Jest to opis tak charakterystyczny, że pozwolę sobie streścić go obszerniej (podług Dieulafoy): »U młodego człowieka, po przebyciu ostrej choroby, szybko rozwinął się guz na przedniej powierzchni klatki piersiowej na lewo od mostka. Guz ten kolejno raz zwiększał się, to znów opadał, przyczem wahania w objętości jego zgodne były z tętnem. Wszyscy byli przekonani, że chory ma tętniaka i z przerażeniem oczekiwali chwili, gdy ścieńczała skóra pęknie i nastąpi śmiertelny krwotok. Sam chory jednak, przed którym ukrywano oczekujący go los, z niecierpliwością wyglądał pęknięcia guza, uważał go bowiem za ropień; pragnąc tedy przyspieszyć jego otwarcie, wziął igłę i wetknął ją w szczyt guza. Wyszła ropa — z początku w niewielkiej ilości, a potem ogromnie obficie, gdy pod wpływem rozżarcia, rana powiększyła się. Chory zupełnie wyzdrowiał«. W przypadku tym należy przypuszczać ropniaka tętniącego opłucnej, prawdopodobnie, jak wnosi Dieulafoy, wskutek pneumokokowego zapalenia opłucnej.

Nieco później opisali podobne przypadki angielscy klinicyści — Stokes, Mac Donell sen., Walshe. Walshe — autor słynnego dzieła o rozpoznaniu chorób płucnych — pierwszy ochrzcił tę chorobę mianem »pulsating Empyem«.

Znajomość tych faktów pozwoliła Aranowi dojść do ścisłego rozpoznania w ciekawym przypadku, ogłoszonym przezeń w r. 1858. U 12-letniego chłopca, który zapadł na zapalenie oskrzeli (najprawdopodobniej było tu i zapalenie opłucnej), wystąpił niewielki guz w górnej części klatki piersiowej na lewo od mostka; guz ten znikł za pewien czas, potem jednak znowu zjawił się i szybko przybrał dość znaczne rozmiary. Kiedy zwrócono się do Arana, guz o postaci półkulistej znajdował się na lewo od mostka i zajmował przestrzeń między trzeciem a siódmem międzyżebrzem. Skóra była ścieńczała ciemno-czerwonej barwy i zdawało się, że lada chwila miała pęknąć; guz tętniał równomiernie z tętnem obwodowem; jednocześnie dawało się spostrzedz kolejne rozszerzanie się i opadanie jego, odpowiednio do ruchów oddechowych, mianowicie w czasie wydechu guz wybitnie powiększał się, a przy wdechu opadał. Guz ten nadzwyczaj przypominał tętniaka. lecz Aran, przypominając znany sobie przypadek Stokesa, doszedł do wniosku, że jestto ropniak tętniący opłucnej i wykonał próbne przekłucie, poczem odeszła duża szklanka ropy. Ponieważ maleńka ranka pozostała otwartą, więc objętość i tętnienie guza zmniejszyły się, kolejne jednak rozszerzanie się i opadanie wystąpiły jeszcze wybitniej. Gdy otwór się zamknął, płyn znów zebrał się. Aran wykonał wtedy drugie przekłucie grubszym trójgrańcem i wyciągnął $1^1/_2$ litra ropy, poczem tętniący guz znikł. Jednocześnie serce, które było znacznie odsunięte na prawo, powróciło do prawidłowego położenia.

Przypadków w rodzaju podanych opisano więcej w połowie XIX stulecia, nikt jednak z autorów, nawet klinicysta tej miary co Wintrich, nie umiał wytłómaczyć sobie pochodzenia tego objawu.

Pierwsze próby w tym kierunku podjął Traube, który spostrzegał dwa przypadki ropniaka tętniącego i starał się wyjaśnić ich patogenezę.

Najwięcej jednak posunął sprawę naprzód Comby: poświęcił on omawianemu cierpieniu aż trzy obszerne prace: rozprawę w 1881 roku (De l'empyeme pulsatile), a następnie dwa studya, wydane jedno w roku 1889, a drugie w r. 1895.

W znacznym stopniu opierał się na nich Prof. Dieulafoy, który wygłosił o ropniaku tętniącym dwa wykłady kliniczne w Hôtel-Dieu de Paris w r. 1897—1898. Przedstawiwszy słuchaczom dwóch chorych z tętniącym ropniakiem opłucnej, rozpatrzył Dieulafoy piśmiennictwo i na podstawie zebranych 60 przypadków, omówił szczegółowo patogenezę i etyologię choroby, podał główne objawy, po-

zwalające na rozpoznanie różniczkowe, wspomniał wreszcie o leczeniu. Praca ta świetnego klinicysty paryskiego jest dotąd jedyną mniej więcej wyczerpującą monografią w tej dziedzinie.

Ostatni dziesiątek lat nie przyniósł nowych zdobyczy w tym kierunku, jedyny zaś artykuł, jaki znalazłem w piśmiennictwie w tych latach (Livierato z r. 1906), niczem nie wzbogaca naszej wiedzy o ropniaku tętniącym.

Ogółem opisano dotąd zaledwo koło 70 przypadków tego cierpienia, zwłaszcza zaś ubogiem jest w tej dziedzinie polskie piśmiennictwo, zawierające tylko dwa przypadki: Dunina z r. 1878 i Mahla z r. 1883.

Dunin spostrzegał przypadek ropniaka tętniącego w klinice Prof. Lewitskiego w Warszawie w r. 1878. Była to 23-letnia chora, która na parę miesięcy przed wstąpieniem do kliniki dostała silnego kłucia w lewym boku i kaszlu z gorączką, w ostatnich zaś dniach zaczęła odkrztuszać znaczną ilość cuchnącej plwociny. Przy badaniu stwierdzono, iż lewa połowa klatki piersiowej była wyraźnie zapadnięta, międzyżebrza znacznie węższe. Stłumienie było od grzebienia łopatki do dołu. Stłumienie serca »przechodziło nieznacznie poza lewy brzeg mostka«. Chora oddawała dziennie do 1500 cm^3 ropnej plwociny. Po paru tygodniach względnej poprawy wystąpił napad silnych dreszczów z gorączką do 39,6⁰ i wymiotami przy wzmożonym kaszlu i dużej ilości plwociny. Po trzech miesiącach, w ciągu których były 4 takie napady, chora wyszła do domu, jednakże po 2-tygodniowej przerwie znowu powróciła do kliniki, uskarżając się na duszność i »nieznośny ból w lewej okolicy lędźwiowej i w lewej połowie brzucha«. Tym razem na całej przestrzeni lewego płuca odgłos opukowy był zupełnie tępy a przy osłuchiwaniu w górnej części płuca aż do połowy łopatki słychać było wyraźny oddech i brzmienie oskrzelowe *(bronchophonia)*, natomiast w dolnych częściach szmerów oddechowych nie było wcale; podobnież nie słyszano oddechu dzbanowego (amforycznego). Z przodu objawy były te same, t. j. stępienie pod obojczykiem i wypełnienie przestrzeni półksiężycowej Traubego. Oprócz tego skóra lewej połowy klatki piersiowej była znacznie obrzękła, a poniżej 12 żebra istniała dość twarda i bolesna przy ucisku guzowatość. Ciepłota 40⁰ C., tętno 120. W następnych dniach stan chorej jeszcze bardziej się pogorszył; prócz tego guzowatość, poniżej ostatniego żebra, powiększyła się, i co najważniejsza, pojawiło się w niej bardzo wyraźne tętnienie, równomierne z uderzeniami serca; guz ten wreszcie przy każdym wdechu zmniejszał się, przy wydechu zaś, a jeszcze więcej przy kaszlu, powiększał się. W tydzień po powtórnem przybyciu do szpitala chora zmarła.

Badanie zwłok, dokonane przez Dra Przewoskiego wykazało co następuje:

Po zdjęciu skóry z klatki piersiowej z lewej strony pomiędzy 4 a 5 żebrem, nieco na zewnątrz od linii sutkowej, ukazuje się nieco gęstej ropy, która za pośrednictwem cienkiej przetoki z jamy opłucnej wypływa. Przy otwarciu klatki piersiowej z lewej jamy opłucnej wylewa się znaczna ilość cuchnącej ropy; serce znajduje się mniej więcej w prawidłowem położeniu. Lewe płuco odsunięte ku górze i do klatki piersiowej przyrosłe; oba listki opłucnej tak ścienny, jak i płucny silnie zgrubiałe i nierówne; ograniczają one jamę, wypełnioną ropnym gęstym wysiękiem; jama ta zapomocą otworu, przepuszczającego palec i leżącego w tylnej części przepony pomiędzy 11. a 12. żebrem, łączy się z ropniem, znajdującym się pod skórą w okolicy mięśnia czworobocznego lędźwi; połączenia z jamą otrzewnej niema wcale, lecz przepona w miejscu, odpowiadającem śledzionie, silnie rozmiękła i łatwo palcami odrywać się daje. Po oddzieleniu otrzewnej okazuje się, że ropa wypełnia całą przestrzeń pozaotrzewną po stronie lewej i wstępuje aż do grzebienia kości biodrowej. Lewe płuco silnie przyrośnięte; w dolnych jego częściach znajduje się jama, której wielkość ściśle oznaczyć się nie daje z powodu, że część płuca, stanowiąca jedną jej ściankę, pozostała przy klatce piersiowej; jama ta wypełniona jest treścią śluzowo-ropną. Prawe płuco nie przedstawia nic szczególnego Oba listki osierdzia sklejone na całej przestrzeni ze sobą, łatwo od siebie oddzielić się dają. Zresztą serce zarówno jak i wszystkie inne narządy ciała nic szczególnego nie przedstawia.

Dunin zaznacza, iż w jego przypadku zasługuje na uwagę tętnienie guza, utworzonego skutkiem opuszczenia się ropy — i po krótkich odwołaniach się na piśmiennictwo, podkreśla, iż »nigdzie o tem wzmianki znaleźć nie mógł, żeby ropnie od serca odległe, jak to było w jego przypadku, tętnić miały«.

Streszczeniem krytycznem teoryi Traubego o powstawaniu ropniaka tętniącego zakończa Dunin swój ciekawy artykuł kazuistyczny.

O przypadku Mahla spotykamy tylko krótką wzmiankę w protokołach sekcyi lwowskiej Tow. lek. galicyjskich z dn. 14. kwietnia 1883. Brzmi ona, jak następuje:

»Kol. Mahl przedstawia chłopca, u którego pod lewym łukiem żebrowym znachodzi się znaczna wypukłość (*empyema*) pod uciskiem falująca, na której czuć się daje niezwykłe tętnienie. Zjawisko tętnienia znika, skoro zapomocą strzykawki nieco ropy się wypuści«.

Z nowszych autorów polskich poświęcają kilka uwag tętniącemu ropniakowi opłucnej: Biegański w swej »Dyagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych« i Sokołowski w »Wykładach klinicznych chorób dróg oddechowych«.

Biegański podkreśla, że jest to »postać wogóle bardzo rzadka« i powołuje się na Kepplera, że do roku 1887 było wszystkich opisanych przypadków 38, poczem podaje objawy, służące do rozpoznania różniczkowego tego cierpienia.

Sokołowski, wspominając o tętniącym ropniaku opłucnej, nadmienia, że »objaw ten, który dawniej spotykano dosyć często przy trwających długo i nieoperowanych ropniach opłucnej, widujemy obecnie bardzo rzadko«, poczem dodaje, że »objaw ten w swoim czasie był przedmiotem bardzo licznych prac i dyskusyi nad jego powstawaniem, szczególniej francuskich autorów (Comby, Guéneau de Mussy i inn.)« — i przechodzi dalej do opisu istniejących poglądów na tę sprawę, »które nie są do dziś dnia zupełnie zgodne«.

Obaj ci nasi pisarze, jak widać z powyższego, sami nic spostrzegali odpowiednich przypadków i opierają się w swych wnioskach wyłącznie na piśmiennictwie, i to tylko obcem.

(C. d. n.).

Spostrzeżenia z praktyki.

Kilka uwag w sprawie zachowania się lekarza przy porodzie

podał

Dr Zygmunt Lewicki,

Sekundaryusz szpitala w Samborze.

Jako lekarz na prowincyi mam często sposobność spostrzegać, jak niejednokrotnie przez niestosowne zabiegi lekarskie przy nieistniejących warunkach i wskazaniach poród się przedłuża, a co więcej, szkodzi się matce i dziecku.

Wezwani do porodu z góry już nabieramy uprzedzenia, że musi być w danym wypadku coś nieprawidłowego, skoro nas wzywają — i nieraz tam, gdzie zachowanie się lekarza powinno być wyczekujące, czynnie wkraczamy bez żadnego powodu.

Jak często utrudniamy sobie poród, przebiegający prawidłowo, niech posłużą następujące przykłady.

Przez przebicie pęcherza płodowego w pierwszym okresie porodowym przy ujściu niezupełnie rozwartem, zanim się ten okres ukończy, stwarza sobie lekarz sam niedogodne warunki dalszego postępu porodu. Lekarz nie mogąc się doczekać końca, rozszerza sztucznie ujście. W jednym z takich przypadków wystąpiło wskazanie do ukończenia porodu — skutkiem osłabienia bolów i tworzenia się przedgłowia — kleszczami.

Powinno się ciągle pamiętać o tem, że pęcherz w prawidłowych warunkach wolno przebić tylko wtedy, jeśli zwisa do pochwy i w przerwach między bolami napięcie jego zupełnie nie wolnieje.

A już zakładanie kleszczy, to rzecz prawie na porządku dziennym, bez żadnej przyczyny, nieraz na kilka godzin przed wystąpieniem wskazań i do tego najczęściej w braku wszelkich warunków potrzebnych do założenia.

Zdarzyło mi się być wezwanym do porodu, gdzie wezwany wcześniej lekarz spędził 6 godzin na zakładaniu kleszczy i założyć oczywiście nie zdołał, bo nie było warunków.

Stan rodzącej był tu następujący: Wieloródka, dobrze wyglądająca, o tętnie dobrem, bole porodowe silne, dość częste. Badanie zewnętrzne: macica bardzo dobrze się kurczy, w przerwach wymacać można grzbiet po stronie prawej, części drobne po lewej; badanie wewnętrzne: ujście zewnętrzne macicy zupełnie rozszerzone, część przodująca i najniżej ułożona: czoło, po stronie prawej, ciemię duże, po stronie lewej: oczodoły i twarz, we wchodzie miednicy ustalone. Tętno płodu podczas bolu niemiarowe i głuche, z pochwy wydobywa się smółka.

Ze względu na dziecko było wskazanie do szybkiego ukończenia porodu. Jakkolwiek założenie kleszczy w położeniu czołowem jest bardzo niebezpieczne i nie zawsze się udaje, wobec tego jednak, że w danych warunkach, w brudnej chacie wiejskiej, nie można było myśleć o pubiotomii, założyłem kleszcze i wydobyłem płód żywy.

Jak kolega mnie objaśnił, przed moim przyjazdem główka była ruchoma i wysoko ustawiona i dlatego nie mógł kleszczy założyć, względnie zamknąć.

W tym przypadku próbowano ukończyć poród kleszczami, choć nie było wskazania, bo tętno miało być równe i smółki nie było, a co najważniejsza: nie było jednego z głównych warunków do założenia kleszczy, t. z. ustalenia. Raczej należało wobec ruchomości główki i ustawienia jej nad wchodem przy miednicy dość obszernej próbować zamiany położenia czołowego na czaszkowe, a nawet obrotu na nóżki, — zwłaszcza, że przy czołowem położeniu nigdy się nie da przewidzieć, jaki się zwrot dokona i czy poród kleszczowy wogóle będzie możliwy z utrzymaniem dziecka przy życiu.

Niejednokrotnie znów lekarz nie oceni dokładnie całego porodu i opóźnia potrzebną pomoc. Chcę tu przytoczyć ciekawy przypadek, jaki napotkałem w mej praktyce.

Jeden z kolegów zwraca się do mnie z propozycyą, byśmy jechali do kobiety rodzącej, u której był dnia poprzedniego, ale u której miało nie być wskazania do ukończenia porodu, bo ujście było rozwarte tylko na 3 palce; wprawdzie pęcherz pękł, ale kolega ów sądził, że rodząca sama porodzi. Tymczasem zjawił się u niego tegoż dnia powtórnie mąż rodzącej z wiadomością, że poród nie postąpił i że potrzeba pomocy.

Na miejscu zastaliśmy stan rodzącej następujący: Pierwiastka około 30-letnia, wyczerpana, bole słabe i rzadkie. Badanie zewnętrzne i wewnętrzne stwierdza położenie czaszkowe I. przy ujściu zewnętrznem rozwartem na 3 palce. Główka ustalona we wchodzie miednicy z ogromnem przedgłowiem tak, że trudno domacać się ciemiączka. Brzegi ujścia twarde, niepodatne. Rodząca ruchów płodu od dnia poprzedniego nie uczuwa, tętna płodu nie słychać. Wedle objaśnienia kolegi stan od dnia poprzedniego niezmieniony.

Po nacięciu ujścia w kilku miejscach na głębokość 1 cm założyłem kleszcze i wydobyłem płód nieżywy.

Otóż tu, gdzie istotnie już dnia poprzedniego należało przyjść z pomocą i najprawdopodobniej możnaby było dziecko uratować, bez powodu poród się przewlekło ze stratą dziecka.

Również zauważyłem, że za często robi się wymóżdżenie na płodzie żywym.

Przy nieznacznym nawet niestosunku porodowym po kilku bezowocnych pociągnięciach kleszczami, — a nawet i bez nich, — wymóżdża się główkę. Bezwątpienia, jestto dla matki zabieg w porównaniu z kleszczami łagodniejszy, a dla lekarza znacznie łatwiejszy; ale jakże przykrego doznaje się uczucia, gdy płód wydobyty po wymóżdżeniu robi jeszcze kilka ruchów oddechowych.

Robiłem nieraz przy wysokiem ustawieniu główki i dwadzieścia kilka pociągań kleszczami — a jednak nie widziałem żadnych obrażeń na częściach miękkich matki; oczywiście jednak musi się pociągać bardzo oględnie i zwolna dostosowywać główkę do przejścia przez miejsce najbardziej zwężone. W przerwach między bolami zawsze rozwieram kleszcze, by zwolnić ucisk na główkę.

Najczęstszą przyczyną krwotoków w trzecim okresie jest zawczesne ugniatanie macicy celem rzekomo szybszego odklejenia łożyska.

Zwykle jednak dzieje się przeciwnie; zamiast przyspieszyć opóźnia się oddzielenie łożyska i wywołuje krwotoki, bo macica, nie mając czasu dokładnie się skurczyć, krwawi.

Takie zawczesne wygniatanie nietylko nie wiedzie do celu, lecz nawet zmusza w końcu lekarza do ręcznego wydobycia łożyska, zabiegu bardzo niebezpiecznego. W następstwie takiego ugniatania widziałem zupełne wynicowanie macicy wraz z łożyskiem. Nieraz czekałem na odejście popłodu nawet i dwie godziny, a nigdy stąd nie wynikła żadna szkoda dla matki; — ujście zawsze było na tyle rozwarte, że w razie potrzeby można wprowadzić rękę. W tym czasie wykonany zabieg Credego zawsze osiągał cel, chyba, że łożysko było przyrośnięte.

Za często również zdarza się pęknięcie krocza i to zwykle wtedy, gdy pomocy udziela lekarz, a zdaje mi się, że może dlatego, iż za wiele zwracamy uwagi przy porodzie na samo krocze, a za mało na przyczynę wypuklania się krocza, t. z. na główkę i barki.

W kilku moich przypadkach nie pękło krocze, choć było zeszyte po ostatnich porodach, bo długi czas wstrzymywałem główkę w przejściu przez szparę sromową przy równoczesnem podtrzymywaniu krocza, w jednym zaś u wieloródki przedarło się międzykrocze, — zdaje mi się, — dlatego, że całą uwagę zwróciłem na krocze i znacznie szybciej przepuściłem główkę.

Najgorsza jest sprawa z aseptyką i antyseptyką. Zakorzenił się zwyczaj smarowania kleszczy oliwą lub wazeliną. Zdarza się nieraz widzieć, że lekarz bardzo sumiennie myje ręce i pole operacyjne i wygotowuje kleszcze, a potem smaruje je domową oliwą i rozpoczyna operacyę. Można sobie wyobrazić, jakie mnóstwo bakteryi znajduje się w takiej oliwie; jedno takie pociągnięcie oliwą niweczy cały trud lekarza, chcącego operować aseptycznie.

Wogóle należałoby zarzucić smarowania kleszczy oliwą lub wazeliną choćby wyjałowioną, bo w pochwie i macicy podczas porodu jest tak ślizko, że zawsze z łatwością dadzą się kleszcze wprowadzić. Jeśli kleszcze założyć trudno," to oliwa z pewnością nie pomoże.

Tak samo nie może być wystarczające, jak się to często praktykuje, zanurzenie narzędzi w 5% rozczynie wodnym kwasu karbolowego na kilka minut, bo trudno przypuścić, by kwas karbolowy w tak krótkim przeciągu czasu zdołał zniszczyć jadowitsze mikroby; zwłaszcza przy tak zawiłej budowie, jak w narzędziach położniczych. Wygotowanie narzędzi w zwykłym garnku glinianym, czysto wymytym, jest stokroć pewniejsze, niż wszelkie środki odkażające.

Lekarz wezwany do porodu powinien się uzbroić w cierpliwość i spokój i przedewszystkiem dokładnie w najdrobniejszych szczegółach zbadać rodzącą. O tej zasadniczej regule zbyt często się zapomina.

Widziałem nieraz lekarzy, którzy z zasady zewnętrznego

badania nie przeprowadzają, a przecież badanie takie samo często daje właściwe rozpoznanie. Jestem pewny, że każdy lekarz przy sumiennem zbadaniu, wyrobiłby sobie jasne pojęcie, co i kiedy ma zrobić, ale do tego potrzeba spokoju i zimnej krwi. Lekarz nie powinien nigdy dać się powodować otoczeniu, a tem mniej rodzącej, i nie wolno mu tracić cierpliwości. Trzeba nieraz poświęcić i kilka godzin czasu, a z pewnością żaden lekarz tego nie pożałuje. Nie zawsze musi się operować; czasem więcej zyska się przez cierpliwość i czekanie, niż przez zabieg, który dokonany w nieodpowiednich warunkach srodze mści się w następstwach.

Oceny i sprawozdania.

Z powodu oceny mojego podręcznika histologii przez Prof. Maziarskiego.

Przyznać muszę, że wśród licznych przychylnych krytyk mego podręcznika w pierwszem i w obecnem wydaniu, ocena Prof. Maziarskiego, umieszczona w Nrze 51 »Przeglądu lekarskiego« (1908), sprawiła mi prawdziwą przyjemność, gdyż Prof. Maziarski, kończąc swą krytykę, stawia mój podręcznik »daleko wyżej, niż inne podręczniki, w które piśmiennictwo niemieckie tak bardzo obfituje«.

Chociaż daleki jestem od tego, abym przypuszczał, że podręcznik mój jest wolny od pewnych braków i usterek, to jednak zarzuty, które w swej, bardzo zresztą pochlebnej krytyce Prof. Maziarski podnosi, nie wydają mi się uzasadnione, i dlatego pragnę na nie odpowiedzieć.

I tak żąda Prof. Maziarski wprowadzenia opisu budowy rdzenia przedłużonego i innych części mózgu, których nie uwzględniłem, natomiast opuszczenia techniki mikroskopowej.

Nad pierwszą sprawą już przy pierwszem wydaniu długo się zastanawiałem i doszedłem do przekonania, że uwzględnienie budowy mikroskopowej tych części wymagałoby około pięć arkuszy, czyli 80 stron druku i kilkadziesiąt rycin. Takie powiększenie objętości książki nie mogłoby oczywiście pozostać bez wpływu na cenę, i tak znacznie wyższą od innych podobnych podręczników, a to znowu musiałoby się niekorzystnie odbić na popularności jej wśród uczącej się młodzieży. W tym wypadku rozdział ten byłby chyba przeznaczony dla specyalnych wykładów neurologii, a do tego celu istnieją osobne podręczniki. Gdybym się natomiast ograniczył do kilkunastu stron druku, bez potrzeby powtarzałbym te rzeczy, które każda anatomia zawiera. Widocznie w podobny sposób zapatruje się przeważna część autorów podręczników histologii, którzy również niektóre tylko części układu nerwowego ośrodkowego uwzględniają.

Podanie treściwe techniki mikroskopowej uważałem za korzystne przedewszystkiem dla tych, którzy, nie mając zamiaru pracować specyalnie w histologii, chcą jednak poznać zasady techniki mikroskopowej; powtóre pisząc podręcznik w języku niemieckim, musiałem uwzględnić stosunki panujące w Niemczech i liczyć się z tem, że lepsze podręczniki histologii zawierają zarys techniki mikroskopowej.

Opracowując swój podręcznik, ciągle miałem na myśli, że jest on przeznaczony dla stawiających pierwsze kroki w histologii, t. j dla słuchaczy I. i II-go roku medycyny. Tem się kierując, wprowadzałem do techniki przepisy proste, a wypróbowane, a do tekstu rzeczy już o ile możności ustalone i przeważnie uznane. Z tego właśnie powodu uważałem za nieodpowiednie, bo obciążające umysł początkującego, odróżnianie t. zw. plazmy wyższej Prenanta i wprowadzanie takich terminów, jak ergastoplazma, ergoplazma i t. d., które sobie dotąd nie zyskały obywatelstwa w histologii. Wychodząc z tego założenia, nie pisałem też o aparacie chromidyalnym R. Hertwiga, któremu M. Heidenhain w swem podstawowem dziele z r. 1907 p. t. »Plasma und Zelle« na stronie 421 zaledwie mały poświęca ustęp i to drobnemi czcionkami; przyczem zauważyć należy, że dotąd wydana pierwsza z trzech części dzieła Heidenhaina liczy 506 stron, gdy w podręczniku naszym cały rozdział o komórce obejmuje niespełna 30 stron.

Odrębne zapatrywania w pewnych sprawach, jak n. p. w sprawie sarkoplazmy, gruczołowego charakteru przyjądrza (uwzględnionego w I. wydaniu mego podręcznika), były oparte na specyalnych badaniach jużto moich, już też mego współpracownika.

Wydanie mego podręcznika w języku polskim było zawsze szczerem mojem pragnieniem. Niestety nie ziści się ono zapewne nigdy, gdy się uwzględni z jednej strony małe zapotrzebowanie tego rodzaju podręcznika polskiego, z drugiej zaś koszt kilkunastu tysięcy koron, które nigdyby się nakładcy nie wróciły. Istniejący polski podręcznik zbiorowy, wydany przed 7 laty z zapomogi Kasy Mianowskiego, dotąd, o ile mi wiadomo, w połowie nie został rozkupiony, choć cena jego tak nizka.

Szymonowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Marbé. **Opsoniny w rozmaitych stanach tyreoidyzacyi.** (*Compt. r. de la Soc. de Biol.* 1908, Nr 21—22). Wychodząc z przypuszczenia, że gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem mają pewne znaczenie w zjawiskach odporności ustroju, autor wykonał cały szereg doświadczeń nad opsoninami u królików i świnek morskich, z których jedną część doprowadzał do stanu hypertyreoidyzacyi przez podawanie gruczołu tarczowego, zaś drugą część — do stanu atyreoidyzacyi — przez wyłuszczenie gruczołu. Dla otrzymania wskaźnika opsonicznego liczył autor ilość bakteryi, pochłoniętych przez fagocyty, a przy zakażeniu gruźlicą ilość leukocytów, chłonących bakterye. Otóż z doświadczeń tych pokazało się, że przy hypertyreoidyzacyi wskaźnik opsoniczny surowicy zwiększa się 2—$2^1/_2$ razy, przy atyreoidyzacyi zmniejsza się. Leukocyty zdrowego zwierzęcia po dodaniu »in vitro« surowicy zwierzęcia hypertyreoidyzowanego wykazują wyraźne powiększenie swej siły fagocytarnej (chwytnej). Surowica zwierzęcia hypertyreoidyzowanego traci zupełnie swe własności hyperopsoniczne przy ogrzewaniu do 56^0 w ciągu $^1/_2$ godziny. Zwykła rana mięśniowo-skórna w pewnym stopniu także zmniejsza siłę opsoniczną, ale zmniejszenie to trwa nadzwyczaj krótko i potem przechodzi w zwiększenie. Po wyłuszczeniu zaś gruczołu zmniejszenie trwa nawet 25 dni.

Dr L. Mańkowski.

1) Renon i Delille. **Wstrzykiwania śródotrzewne wyciągu przysadki mózgowej, tarczycy, nadnercza, jajników i wpływ ich na króliki.** (*Comptes rendus de la Soc. de Biol.* 1908, Nr 21).

2) Hallion i Alquier. **Zmiany histologiczne w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu przy długotrwałem podawaniu wyciągu przysadki mózgowej.** (*Ibidem*, Nr 24). Zwykle używamy do celów leczniczych gruczołu sproszkowanego. Renon i Delille macerowali gruczoły na zimno kilka godzin w 35-krotnej ilości surowicy sztucznej. 15 cm^3 tego wyciągu odpowiada maksymalnej dawce dla człowieka dorosłego. Od 3 do 40 cm^3 takiego wyciągu wstrzykiwali autorowie do jamy otrzewnej królikom co 2—3 dni. — Najbardziej toksycznie działały wstrzykiwania wyciągu nadnercza. Króliki padały po 1—3 wstrzyknięciach; wszystkie narządy wewnętrzne znajdowano przekrwione. Cokolwiek słabsze może własności toksyczne miał wyciąg jajników. Wyciąg przysadki mózgowej okazał się nieszkodliwym. Dobrze także znosiły króliki wyciąg tarczycy. Wstrzykiwania skombinowane dały następujące wyniki: Słabe dawki wyciągu nadnercza (5 cm^3), które zwykle nie wywoływały śmierci zwierzęcia, przy jednoczesnem wstrzyknięciu takiej samej ilości wyciągu jajnikowego lub tarczycowego wywoływały szybką śmierć. Króliki, które bardzo dobrze znosiły wielokrotne wstrzykiwania wyciągu przysadki mózgowej, padały natychmiast po wstrzyknięciu minimalnej ilości wyciągu nadnercza. Natomiast zwierzęta, którym wielokrotnie wstrzykiwano wyciąg przedniego płatu przysadki mózgowej, były odporniejsze na wstrzykiwania nadnercza, niż zwierzęta zupełnie zdrowe. Jak się zdaje, przysadka mózgowa zmniejsza toksyczność jajników; takież same działanie ma i tarczyca. Przy połączeniu wstrzykiwań tarczycy i przysadki mózgowej nie można było zauważyć żadnego szkodliwego wpływu. Jednoczesne wstrzyknięcie wyciągów wszystkich naraz gruczołów w minimalnej ilości wywoływało natychmiast śmierć.

Gdy Renon i Delille sprawę wpływu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem badali więcej ogólnie, to Hallion i Alquier wzięli sobie za zadanie zbadać jedną tylko stronę sprawy, a mianowicie zmiany histologiczne w tych gruczołach przy długotrwałem podawaniu wyciągu przysadki mózgowej. Wyciąg ów w dawkach od 5—40 cm^3 podawali oni wewnętrznie królikom w ciągu 9—13 miesięcy. Przy sekcyach największe zmiany zauważono w gruczole tarczowym, zmiany w innych gruczołach były bardzo nieznaczne i nawet różne u różnych zwierząt. Obję-

tość i waga tarczycy była zmniejszona; przy badaniu mikroskopowem znaleziono zmniejszenie wielkości pęcherzyków, znikanie koloidu, zwyrodnienie komórek, a nie znaleziono ani śladu stwardnienia włóknistego. Autorowie nie wchodzą w ocenę tych zmian, zaznaczają tylko ich istnienie. *Dr L. Mańkowski.*

Medycyna wewnętrzna.

Köhler. **Doświadczenia kliniczne z surowicą Marmorka u 60 chorych na gruźlicę.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 29). Z 60 chorych, leczonych lewatywami z surowicą przez czas od 42 dni do 200 dni, u 22 chorych stwierdzić zdołał K. polepszenie stanu przedmiotowego płuc, w 18 przypadkach stan się nie zmienił, w 20 pogorszył się. S. wypowiada zapatrywanie, że nie można mówić o surowicy Marmorka, jako o pewnym środku leczniczym. *Dr Skórczewski.*

Vollmer. **Tętniak tętnicy głównej z ciekawemi powikłaniami.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 48). Znacznej wielkości tętniak łuku i części zstępującej tętnicy głównej przebiegał z porażeniem nerwu krtaniowego lewego. Na dzień przed śmiercią podniosła się ciepłota ciała do 40° C., w płacie dolnym lewego płuca wystąpiły rzężenia i przytłumienie odgłosu opukowego. Stwierdzono przemijające rozszerzenie źrenicy lewej. Sekcya stwierdziła martwicę odleżynową w przełyku na wysokości rozdwojenia się tchawicy i ropne zapalenie tkanki w tylnej części śródpiersia. Badanie mikroskopowe tętnicy wykazało prócz zmian miażdżycowych znaczne nacieki komórkowe w okolicy miejsc zmienionych; badanie według Wassermana przeprowadzono z wynikiem dodatnim. Autor mimo braku wskazówek w wywiadach przyjmuje kiłę jako przyczynę choroby. Objaw przemijającego rozszerzenia tłómaczy V. uciskiem na nerw współczulny. *Dr Skórczewski.*

Doc. Tabora. **Niedomykalność zastawki trójdzielnej i jej objawy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 48). Nawiązując do przypadku stwierdzonej spisaniem tętna niedomykalności zastawki trójdzielnej z nieznacznem powiększeniem serca, bez stwierdzalnych szmerów, a z tętnem stale niemiarowem, stara się autor na podstawie znacznego materyału z kliniki profesora Moritza sprostować pewne błędne zapatrywania, panujące w nauce co do tej wady serca. Przypadek powyższy stanowi dowód, że niedomykalność zastawki trójdzielnej może być jednym z pierwszych objawów słabnięcia serca, mimo braku innych objawów niedomogi, prócz niemiarowego tętna; zdanie to potwierdza także zniknięcie cierpienia pod wpływem leków sercowych. Dalej stwierdza T., że jedynym pewnym objawem niedomykalności zastawki trójdzielnej jest spisane tętno żylne, tętno wątroby; T. nie stwierdzał natomiast zazwyczaj osłabienia drugiego tonu nad zastawką płucną, chyba w przypadkach daleko posuniętego osłabienia serca; szmery nad sercem prawem nie są charakterystyczne, albo ich brak. Również niestałym, choć częstym objawem jest tętno stale niemiarowe. T. sądzi, iż za życia odróżnienie zmiany czynnościowej od zmiany organicznej jest w klinice niemożliwe, tembardziej, że zmiana czynnościowa niejednokrotnie mimo leczenia naparstnicą niecałkowicie się wyrównywa, a może trwać latami, nie wywołując większych zaburzeń. Wreszcie zauważa T., iż przy znacznej niedomodze serca niedomykalność zastawki trójdzielnej przebiega zazwyczaj bez zbyt wielkiej duszności i bez sinicy, tak że chorzy czują się lepiej nieraz przy nieszczelnej zastawce trójdzielnej, niż wtedy, gdy zmiany tej jeszcze nie było. *Dr Skórczewski.*

Gordon i Jagič. **O obrazie krwi przy chorobie Basedowa i Basedowoidzie.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 46). W ostatnich czasach starał się Stern niezupełną postać (forme fruste) choroby Basedowa oddzielić jako odrębną jednostkę chorobową, a to na podstawie znacznych różnic w przebiegu obu cierpień i braku przejść między jedną, a drugą jednostką chorobową. Wyodrębnił więc chorobę Basedowa od »Basedowoidu«. Tymczasem nowsze badania, a także badania Gordona i Jagića stwierdzają, że przy chorobie Basedowa istnieje charakterystyczny obraz krwi, który znajdujemy też przy t. zw. Basedowoidzie. Ten obraz krwi może mieć wprost znaczenie rozpoznawczo-różniczkowe. Napotykamy mianowicie prawie stale limfocytozę, względnie mononukleozę, t. j. odsetkowe zwiększenie limfocytów i leukocytów jednojądrzastych. Elementy krwi pochodzenia szpikowego nie doznają zmiany, niema więc zboczeń czynności szpikowej, lecz wyłącznie tylko nieprawidłowy odczyn narządu limfatycznego. Za tem przemawia także fakt, że często napotykamy w tej chorobie obrzęk gruczołów limfatycznych i powiększenie śledziony. *Dr M. Blassberg.*

Kurt Brandenburg. **O znaczeniu rozpoznawczem kropkowanych ciałek czerwonych krwi i o ich zjawieniu się po złamaniu uda między krętarzami.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 1). Znaną jest rzeczą, że znajdowano ziarninę bazofilną w ciałkach krwi czerwonych u ludzi, którzy przebyli krwotoki z górnych części przewodu pokarmowego, szczególniej żołądkowe, lub też spożyli jakikolwiek przetwór hemoglobiny lub krew zwierzęcą w postaci t. zw. kiszek krwawych. Obecnie donosi B., że znalazł sporo kropkowanych ciałek czerwonych po złamaniu uda między krętarzami z następowym wielkim krwotokiem w części miękkie otaczające. Pojawienie się ciałek kropkowanych odnosi B. do krwotoku. W danym wypadku inne przyczyny dotąd znane można było napewno wyłączyć. *Stahr.*

Einhorn. **Zwężenie i niedomykalność odźwiernika.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 23). U chorego wydobywano stale przy zgłębnikowaniu żołądka naczczo niezbyt wielkie ilości krwi (200 cm^3), zawierającej prócz kwasu solnego, (kwaśność 60—80), krwi utajonej, resztki pokarmów i żółć. Dolegliwości podmiotowe polegały na bolach po jedzeniu, przedmiotowe na wymiotach. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: Zwężenie odźwiernika. Choremu podano dwie pigułki z błękitu metylenowego z łojem baranim na 50 cm i 75 cm długich nitkach jedwabnych. Po 4 i $^1/_2$ godziny wyciągnięte pigułki zawierały błękit metylenowy i łój. Doświadczenie to świadczyło o tem, że pigułki nie przeszły przez odźwiernik. Wobec bezskuteczności leczenia zapobiegawczego i stałego zmniejszania się ciężaru ciała wykonano gastroenterostomię. Podczas zabiegu stwierdzono zgrubienie i stwardnienie odźwiernika, ściany żołądka silnie przerosłe. Chory w 5 dni po zabiegu zmarł wskutek zapalenia płuc. *Dr Skórczewski.*

Vincent. **Zakażenie czerwonką, a przewody żółciowe.** (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 1908, Nr 26). Ponieważ wielu autorów wskazywało na długotrwałą obecność bakteryi czerwonki u ozdrowieńców, a nawet u osób, które wcale jej nie przechodziły, postanowił autor zbadać doświadczalnie, czy pęcherzyk żółciowy nie jest dla bakteryi czerwonki takiem samem schroniskiem, jak dla prątków durowych. Doświadczenia na zwierzętach doprowadziły autora do przekonania, że bakterye czerwonki w pęcherzyku żółciowym nie znajdują się i nawet nie mogą się znajdować, ponieważ żółć na te bakterye działa zabójczo. *Dr L. Mańkowski.*

L. Walbum. **Nowy albuminimeter.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 40). Autor wyzyskał zmętnienie, powstające w moczu, zawierającym białko, po dodaniu 10% kwasu trójchlorooctowego, dla natychmiastowego ilościowego oznaczenia białka przez porównanie natężenia zmętnienia z białawo zabarwionem szkłem porównawczem. Dodając odpowiednie ilości 25% rozczynu soli kuchennej, doprowadzamy zbyt silne zmętnienie w moczu, zawierającym większe ilości białka, do danego natężenia barwy, a ilości białka odczytujemy wprost w naczyniu miareczkowanem. Przyrząd Walbuma (kosztujący 7 marek u P. Altmanna w Berlinie) ma być dokładniejszy od albuminimetru Essbacha, a zbliża się do metod wagowych. *Dr Skórczewski.*

Pincus. **Krwiomocz pierwotny.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 46). Autor spostrzegał u swej chorej, operowanej uprzednio wskutek krwiomoczu z wynikiem ujemnym tak co do kamieni, jak i gruźlicy, nagle po urazie krwiomocz, pochodzący z obu nerek, który po $4^1/_2$-miesięcznem leczeniu wyczekującem skończył się wyleczeniem. Przy dokładnem badaniu stwierdził P. białko pochodzące z nerek i wałeczki. B. sądzi, że krwiomocz był w danym przypadku następstwem przewlekłego stanu zapalnego. *Dr Skórczewski.*

Pedyatrya.

Dufestel: **Gruźlica u dzieci w wieku szkolnym, a gimnastyka oddechowa.** (*Arch. d. méd. des enf.*, Nr 5, 1908). Już Grancher w sprawozdaniach ze stanu zdrowia uczniów szkół miejskich stwierdził znaczną ilość usposobionych do gruźlicy lub dzieci z początkowemi zmianami gruźliczemi (*prétuberculeux*); zalecał on wówczas zakładanie dla tych dzieci szkół na wsi. Autor podkreśla również częstość występowania gruźlicy w szkole, jakkolwiek gruźlicę »otwartą«, a więc i możność zakażenia przez szkołę, spostrzegał bardzo rzadko. Uważając projekt Granchera za niewykonalny, pragnął autor poprawić stan zdrowia usposobionych do gruźlicy dzieci, nie przerywając ich nauki. Z 80 dziewczynek pewnej szkoły wybrał autor 12; — u 5 z nich stwierdzono wybitne zmiany oddechowe w szczy-

tach, u 7 znaleziono jedynie objawy zajęcia gruczołów oskrzelowych. Dziewczynki te wykonywały codziennie w ciągu $^1/_2$ godziny ćwiczenia, polegające na głębokich ruchach oddechowych wraz z jednoczesnem unoszeniem się na palce lub bez tego ćwiczenia. W ciągu pierwszych 6 tygodni niektóre dzieci mogły wykonywać ćwiczenia zaledwie po 10 minut, później zaś wszystkie znosiły dobrze $^1/_2$ godziny. Stan ogólny tych dzieci po 9 miesiącach poprawił się znacznie: — autor zauważył przyrost wagi, powiększenie obwodu klatki piersiowej, ramion i łydek (dane w tablicy). Pojemność płuc powiększyła się również; autor zauważył przytem, że dzieci I grupy (z wyraźnemi zmianami w płucach) zyskały więcej, niż zdrowsze dzieci II grupy. Co do stanu płuc, z dzieci I grupy u 2 stwierdzono znaczną poprawę, u 3 zaś stan się nie zmienił; dzieci zaś II grupy uznano po 9 miesiącach za zupełnie zdrowe (autor — dla uniknięcia podmiotowej oceny — prosił o badanie dzieci profesora Mery). Autor prowadzi badania dalej i spodziewa się jeszcze lepszych wyników

W. Jasiński.

Engel: **Gruźlica niemowląt i odżywianie.** (*Monatsschrift f. Kinderh.*, T. VII, Nr 1, 1908).

Autor zbadał klinicznie i anatomicznie 35 przypadków gruźlicy u niemowląt i doszedł do wniosku, że istnieje ścisły związek między gruźlicą a odżywianiem. U dzieci dobrze odżywionych, przeważnie karmionych piersią, gruźlica sadowi się głównie w gruczołach i, jeżeli kończy się śmiercią, to wskutek wystąpienia ogólnej prosówkowej gruźlicy; u dzieci zaś słabych, wyniszczonych, gruźlica występuje w postaci przewlekłej gruźlicy różnych narządów, głównie płuc. Przedewszystkiem autor odpowiada na pytanie, czy owo wychudnienie jest objawem pierwotnym. Zdaniem autora gruźlica u niemowląt w przeciwieństwie do gruźlicy u dorosłych, nie należy do chorób wyniszczających. Częstokroć daje się stwierdzić, że dzieci z objawami gruźlicy przybierają na wadze zupełnie normalnie; szczególniej należy podkreślić, że gruźlica gruczołów rzadko kiedy wiedzie do wychudnienia; więc nie jest ono zależne od gruźlicy, jako takiej, lecz od zaburzeń w odżywianiu, jak u innych podobnych dzieci bez gruźlicy. Taki zaś zły stan odżywienia ma wpływ na postać gruźlicy; ten wpływ często występuje już w pierwszych miesiącach życia dziecka. Tak np. wśród 13 źle odżywionych dzieci, które w ciągu 1-go miesiąca były karmione piersią, *pneumonia caseosa* wystąpiła w jednym tylko przypadku, u pozostałych zaś »źle odżywionych« dzieci, które nigdy nie były karmione piersią, *pneumonia caseosa* wystąpiła w 70% przypadków. Jak widzimy, kilkotygodniowe karmienie piersią wywarło wpływ na postać gruźlicy.

Gruźlica pierwotnie występuje u wszystkich dzieci tylko w gruczołach. Rokowanie przy tej chorobie, jak to wykazały dawniejsze badania autora, jest wogóle u dzieci tem lepsze, im dłużej gruźlica lokalizuje się tylko w gruczołach.

Fakt więc, że w razie wystąpienia gruźlicy u niemowląt, karmionych piersią, gruźlica przez czas dłuższy ogranicza się do gruczołów, świadczy o większej odporności tych dzieci, niż niemowląt źle odżywionych, karmionych sztucznie, u których gruźlica wkrótce po pierwotnem zajęciu gruczołów występuje w postaci przewlekłej w różnych narządach ciała.

Wł. Schoenaich.

Orgler: **Przyczynki do nauki o przemianie azotu w wieku niemowlęcym.** (*Monatsschrift f. Kinderh.*, T. VII, zeszyt 3, 1908).

Dotychczasowe badania nad przemianą azotu u dzieci, karmionych piersią i karmionych sztucznie, były wykonywane (z wyjątkiem 3 doświadczeń Kellera) na różnych dzieciach, różnego wieku i wagi ciała. Autor badał przemianę azotu u jednych i tych samych dzieci, które z początku otrzymywały mleko kobiece, następnie żywienie mieszane, wreszcie wyłącznie mleko krowie. Z badań tych wypływa, że wchłanianie azotu u dzieci karmionych sztucznie jest lepsze, niż u dzieci karmionych piersią; absolutna ilość zatrzymanego azotu może być również większa przy karmieniu sztucznem; ilość zatrzymanego azotu w stosunku do wprowadzonego u dzieci karmionych sztucznie, waha się w granicach, stwierdzonych u dzieci karmionych naturalnie.

Wpada w oczy przy wszystkich doświadczeniach autora złe wchłanianie się azotu u dzieci karmionych piersią. O ilości azotu wchłonionego sądzimy ze stosunku azotu w pokarmach do ilości azotu w kale. Wiadomą jest rzeczą, że główna część azotu w wypróżnieniach pochodzi, jak to wykazały badania Kellera, z soków trawiennych i bakteryi, a tylko nieznaczna ilość przy dobrze wchłanianem pożywieniu z azotu pokarmowego. Przy karmieniu naturalnem wprowadzamy mniej azotu, niż przy karmieniu sztucznem. Otóż, jeżeli nawet przypuścić, że ilości azotu, pochodzącego z soków trawiennych i bakteryi, w obu przypadkach są jednakowe, to i wtedy wpłyną one na zmniejszenie odsetki azotu wchłonionego więcej przy małych ilościach azotu wprowadzonego — karmieniu naturalnem — niż przy dużych ilościach azotu wprowadzonego — karmieniu sztucznem. Stąd nizkie liczby azotu wchłonionego przy karmieniu piersią.

Co się tyczy wpływu dodatku węglowodanów do pożywienia na przemianę azotu, to już z dawniejszych badań wiadomo, że przy takiem pożywieniu ilość zarówno wchłonionego, jak i zatrzymanego azotu, zwiększa się.

O wpływie tłuszczu na przemianę azotu dotąd mało wiadomo. Autor u jednego z dzieci dodawał do pokarmu pewną ilość olejku łogowego i zestawiwszy wyniki swych badań z wynikami doświadczeń Freunda, dochodzi do wniosku, że dodatek tłuszczu nie ma prawie żadnego dodatniego wpływu na przemianę azotu.

Wł. Schoenaich.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z d. 21. października 1908 r.

Przewodniczący kol. K. Jasiński, sekretarz kol. J. Michalski.

1) Kol. Perlis przedstawia mężczyznę, który przed 3 tygodniami został zraniony długim sztyletem. Jedna **rana** znajdowała się **w okolicy wątroby** powyżej i z prawej strony pępka, druga w okolicy 9. lewego międzyżebrza na linii pachowej tylnej. Obie rany o charakterze ran kłutych. W godzinę po zranieniu stan chorego następujący: bardzo znaczna bladość powłok i widocznych błon śluzowych, głęboki zapad, tętno niewyczuwalne. W jamie brzusznej obecność wolnego płynu (krwi) w znacznej ilości. W bardzo lekkiem uśpieniu eterowem laparotomia w linii środkowej z dodaniem poprzecznego cięcia w kierunku wątroby. W jamie brzusznej dużo płynnej krwi i skrzepów. Wątroba, żołądek nietknięte. Na okrężnicy poprzecznej dwie rany: na przedniej powierzchni rana poprzeczna 2 cm długości z wypadnięciem błony śluzowej, która w postaci czopa zatyka otwór w jelicie; na brzegu rany obficie krwawiąca, dość spora tętnica. Na tylnej powierzchni okrężnicy poprzecznej rana $^3/_4$ cm długości, również wypadniętą błoną śluzową zatkana. Po założeniu podwiązki na tętnicę, zrównaniu brzegów rany i odprowadzeniu wypadniętej błony śluzowej, obie rany zaszyto. W jamie brzusznej treści jelitowej nie zauważono. Wobec znacznej ilości skrzepów krwi w okolicy lewego podżebrza i podejrzenia zranienia przepony lub śledziony zbadano dokładnie lewą część nadbrzusza. Uszkodzenia jednakowoż przepony ani śledziony nie stwierdzono. Ranę ściany brzusznej częściowo zaszyto, w kierunku okrężnicy i lewego podżebrza wprowadzono długie tampony z gazy wyjałowionej. Podczas zabiegu wstrzyknięto choremu, zupełnie nieprzytomnemu, 2 litry rozczynu solnego podskórnie. Nazajutrz przytomność zupełna, tętno dość pełne, stan ogólny dość dobry. Po 48 godzinach odeszły wiatry, szóstego dnia prawidłowe wypróżnienie bez stosowania środków przeczyszczających. Tampony usunięto 8 dnia. Gojenie szybkie bez powikłań. W przebiegu pooperacyjnym objawy dość ciężkiego rozlanego nieżytu oskrzeli z gorączką i obfitą plwociną. Rana zagoiła się doraźnie. Po 3 tygodniach wyszedł operowany ze szpitala w doskonałym stanie zdrowia. (Streszczenie własne).

2) Kol. Perlis przedstawia 43-letniego chorego, u którego wskutek zmiażdżenia goleni prawej przez nadciągający elektrowóz wykonana została, nie ciesząca się zasłużoną najzupełniej popularnością, **osteoplastyczna amputacya sposobem Grittiego**. Operacya ta daje doskonały kikut i bardzo mocną podstawę, pozwalającą bez wszelkich dolegliwości opierać kończynę (udo) na najprostszych nawet przyrządach i na t. z. kuli, co *in praxi pauperum* ma doniosłe znaczenie. (Streszczenie własne).

3) Kol. Grosglik przedstawił: *a)* chłopca 14-letniego dotkniętego **strupniem woszczynowatym** (*favus scutularis*) na prawem przedramieniu; na szyi kilka ognisk (*plaques*) *favus squamosus*, takież ogniska gdzieniegdzie na głowie. Drobnowidowoczysta hodowla *achorion Schönleinii*. *b)* 36-letniego mężczyznę, dotkniętego **rozpoczynającym się wiądem rdzenia**. Przed 12 laty kiła. Badany po raz pierwszy przez kol. G. w kwietniu r. b.; rozpoznanie: wiąd, zanik obu nerwów wzrokowych,

zwłaszcza prawego: objaw Argyll-Robertsona, zwężenie źrenic, brak odruchów kolanowych i Achillesowych, bole przeszywające, parestezye, zaburzenia pęcherzowe, płciowe, rozmaite przełomy *(crises)* i t. p. Wielokrotne badania następne dawały ten sam wynik. 21. IX. r. b. udało się podczas badania wywołać trzykrotnie odruch kolanowy prawy, wprawdzie bardzo słaby, lewy zaś był wyraźny. Odtąd codzienne badanie wykazywało stałą poprawę resp. wzmożenie odruchów kolanowych, trwające dotychczas. Kol. S. przedstawia chorego z tego powodu, że objaw Westphala zniknął tu podczas leczenia (o którego istocie jednak kol. S. uważa za właściwe nie mówić, dopóki nie zbierze liczniejszych doświadczeń). Opisano wprawdzie kilka rzadkich przypadków znikania objawu Westphala w przebiegu wiądu, ale działo się to zazwyczaj w następstwie przyłączającego się bezwładu połowiczego, którego w danym przypadku zupełnie brak. (Streszczenie własne).

4) Następnie przystąpiono do dyskusyi nad odczytem kol. Silberstroma: **O seroreakcyi w rozpoznawaniu przymiotu**. W dyskusyi wzięli udział koledzy: Sonnenberg, Grosglik i Birenzweig.

Według kol. Sonnenberga, odczyn Wassermanna, jako próba naukowa, budzi słuszne i uzasadnione zainteresowanie. I nic dziwnego. Z jednej bowiem strony obiecuje on rzucić nieco światła tam, gdzie dotychczasowe sposoby nie wystarczały, z drugiej znów strony — sama metoda rozpoznawcza jest tu tak odrębna, tak niezwykła i tak do dotychczasowych metod niepodobna. Jednakże przy obecnym stanie opracowania tej metody, wnioski, do których ona prowadzi, redukują się, zdaniem kol. Sonnenberga, do rozmiarów bardzo skromnych. Wystarcza bowiem zestawić dotychczasowe wyniki stosowania owej metody w rozmaitych okresach przymiotu, aby się przekonać, że nie jest ona, jak niektórzy utrzymują, ową wartościową próbą, owym pewnym drogowskazem, który zawsze pozwoli oryentować się tam, gdzie dotychczas było oryentować się nie łatwo. W okresie wrzodu pierwotnego próba Wassermanna nie występuje w pierwszych dziesięciu dniach istnienia wrzodu, a potem występuje tylko w 50—90% przypadków. W okresie drugorzędnym przymiotu występuje w 64—93% przypadków. To samo mniej więcej w okresie trzeciorzędnym. A więc w tych przypadkach, kiedy objawy przymiotu są wyraźne, odczyn Wassermanna, gdyby zawsze występował, mógłby odgrywać rolę próby potwierdzającej; ponieważ nie występuje zawsze, więc roli tej nie spełnia. W okresie utajenia choroby odczyn W. występuje tylko w połowie przypadków. Nie znaczy to, że próba u jednego chorego daje wyniki dodatnie, a u drugiego — ujemne, lecz że u jednego i tego samego chorego raz występuje, innym znów razem, po kilku naprzykład tygodniach lub miesiącach — nie występuje. Zależy to, jak utrzymują, od pewnej »aktywności« zarazka. Jeżeli więc przyjąć, że wynik dodatni oznacza, iż u osoby, u której stosowano omawianą próbę, istnieje zarazek przymiotowy, to z wyniku ujemnego żadnych wniosków wysnuwać nie można. Naturalnie cały szereg wyników ujemnych, otrzymanych przy stosowaniu próby W. u jednej i tej samej osoby w rozmaitych odstępach czasu, już pozwala wnosić, że dana osoba prawdopodobnie nie ma zarazka. Lecz stosowanie całego szeregu prób jest znów rzeczą niepraktyczną, wymaga bowiem całego szeregu miesięcy. Jako przykład przytacza kol. Sonnenberg badanie mamki: aby być zupełnie pewnym, że mamka nie jest dotknięta przymiotem, wobec braku objawów, należałoby, gdy próba Wassermanna daje wynik ujemny, powtórzyć ją wielokrotnie, a tego przecież nikt w tym przypadku robić nie będzie. — Zdaniem kol. Sonnenberga — argumenty powyższe przemawiają przeciwko praktycznej wartości stosowania metody Bruck-Wassermanna, przynajmniej w obecnym stanie opracowania tej metody. (Streszczenie własne).

Kol. Grosglik: Kol. Silberstrom przedstawił sprawę serodyagnostyki przymiotu nader jednostronnie. Nietylko, że serodyagnostyka należy jakoby do faktów naukowo ustalonych, ale wszelkie zagadnienia i wątpliwości rozpoznawcze, prognostyczne, terapeutyczne, znajdują w niej swe rozwiązanie. W rzeczywistości jednak sprawa ma się wręcz odmiennie. Rozróżnia się w odczynie Wassermanna dwojakiego rodzaju swoistość: biologiczną i kliniczną. Obie ściśle wiążą się z sobą i niesłusznie klinicyści rozważają je, jako dwie odrębne i niezależne od siebie sprawy. Otóż swoistość biologiczna, w którą zrazu tak wierzono, nietylko nie jest dowiedziona, ale raczej wszystko zdaje się przeciw niej przemawiać. Odczyn W. otrzymuje się bowiem niekoniecznie z wyciągiem z wątroby dziedzicznie kiłowych dzieci; dają go również wyciągi z wątroby prawidłowej, z guzów nie przymiotowych, z mięśnia sercowego i t. d., co większa, wyciągi prawidłowe oddziaływają właśnie tylko z płynami przymiotowymi. Z drugiej strony doświadczenia z wytworami przymiotowymi, obfitującymi w krętki, nie dawały odczynu Wassermanna. Co się tyczy przeciwciał, to niższe małpy — jak podaje Neisser — wcale nierzadko już je w prawidłowym stanie posiadają, a chociaż orang-utang nie ma ich w stanie zdrowia, tak samo jak człowiek, musimy się liczyć z powyższym faktem, skoro doświadczalna syfilidologia ma wogóle mieć racyę bytu. Dalej znajdowano odczyn W. w 2 przypadkach duru brzusznego, w 1 zimnicy, w 1 — u królika uodpornionego przeciw durowi. Przytoczone fakty rzucają pewien cień na swoistość przeciwciał. Skoro zatem swoistość przeciwciał ulega wątpliwości, a antygen z pewnością swoisty nie jest, nie może być mowy o biologicznej swoistości odczynu Wassermanna. Bardzo być może, że »przeciwciała« nic swoistego w sobie nie mają, lecz powstają, jako odczyn ustroju względem własnego białka, będącego produktem rozpadu. Otóż przymiot, jako choroba par excellence rozpadowa, wyzwala zmienione i szkodliwe dla ustroju białko; ustrój zaś oddziaływa na to wytwarzaniem pewnych substancyi, które więc uważać możemy za »autoprzeciwciała« (hypoteza Weila i Brauna).

Przejdźmy do swoistości klinicznej. Polega ona na tem, że odczyn Wassermanna występuje tylko w przypadkach przymiotu, nie występuje zaś przy żadnej innej chorobie. Tak jest rzeczywiście, z wyjątkiem kilku spostrzeżeń przeciwnych, o których powyżej mówiłem. Otóż statystyka dowodzi, że odczyn wypada dodatnio w 54—83% przypadków przymiotu, czyli w przymiocie, będącym par excellence chorobą krwi, jad nie zawsze prowadzi do tworzenia przeciwciał; a ponieważ ujemne wyniki bywają również we wczesnym okresie wtórnym, kiedy ustrój przepojony jest jadem, wypływa stąd, iż niewiadomo, co właściwie ma oznaczać odczyn Wassermanna. Neisser twierdzi wprawdzie, iż zawartość przeciwciał wzrasta wraz z utajeniem, ale zestawienie statystyki jawnych i utajonych przypadków temu przeczy: pierwsze dawały większy % wyników dodatnich, aniżeli drugie.

Zobaczmy jednak, jak wygląda serodyagnostyka przymiotu w zastosowaniu praktycznem. Czy wyręcza nas w rozpoznawaniu tam, gdzie klinika zawodzi i jaka stąd płynie korzyść? W okresie pierwotnym wczesne rozpoznanie wrzodu mogłoby przyspieszyć wycięcie, a zatem zapobiedz generalizacyi. Ale dodatnia serodyagnostyka oczywiście możliwa jest tylko wtedy, gdy generalizacya już nastąpiła, nie może zatem niczem przyczynić się do posunięcia naprzód sprawy wycięcia. Nawet wczesne rozpoznanie wrzodu w celach leczenia zapobiegawczego nie na wiele się przyda, dopóki podzielone są zdania syfilidologów co do właściwości lub szkodliwości wczesnego leczenia swoistego. Co się tyczy ciemnych spraw przymiotowych, wtórnych i trzeciorzędnych, lub wogóle ciemnych spraw chorobowych, do których rozpoznania powołana została właśnie serodyagnostyka, to przedewszystkiem zaznaczę, iż, zdaniem nawet zwolenników tej ostatniej, ma ona znaczenie tylko konstytucyonalne, a nie narządowe. To znaczy: odczyn może wypaść dodatnio t. j. wskazywać, iż dany osobnik miał kiedyś, czy ma jeszcze przymiot, a jednak cierpienie, dla którego uciekamy się do serodyagnostyki (np. nowotwór), może być przyrody nieswoistej. Powtóre, gdy odczyn wypada ujemnie, wtedy wogóle niczego nie dowodzi; gorzej, bo, jak pokazują niektóre spostrzeżenia, odczyn może być ujemny, pomimo klinicznie najzupełniej ustalonej przymiotowej przyrody danego cierpienia. Wreszcie, aby z odczynu dodatniego wnosić w danym przypadku o przymiocie, musimy wprzód posiąść ogólny dowód związku przymiotu z odczynem Wassermanna. Dotychczas zaś takiego dowodu jeszcze zupełnie brak.

Przejdźmy do spraw rokowania, leczenia, wyzdrowienia. Wszystkie one wiążą się z sobą ściśle, a wszystkie zależą od ostatecznego ustalenia znaczenia dodatniego i ujemnego odczynu. Co oznacza dodatni odczyn Wassermann? Neisser powiada: »Odczyn dodatni dowodzi, iż gdzieś w ustroju istnieje ognisko krętków«. Ale wtedy, jak wytłómaczyć fakt odczynu ujemnego w wypadkach *lues florida*, gdzie ustrój jest przypuszczalnie przesiąknięty mikrobami? Albo przypadki utajonego przymiotu, które w najwcześniejszym okresie wtórnym, pomimo niedostatecznego leczenia lub zupełnego nieleczenia, nie dawały odczynu, z drugiej strony doskonale leczone przypadki, które dawały odczyn w późnym okresie trzeciorzędnym? Gorzej ma się rzecz z odczynem ujemnym, gdyż po wielokrotnej ujemnej serodyagnostyce występują jeszcze nawroty. Zatem nawet przez długie lata trwający odczyn ujemny nie dowodzi jeszcze wyzdrowienia. A czy odczyn dodatni, występujący po wielu latach zdrowia klinicznego ma dowodzić istnienia ukrytych ognisk chorobowych? Wypływa z powyższego, iż serodyagnostyka nie może dostarczać danych

stanowczych do rokowania, leczenia, a i spostrzeżenia kliniczne przeważnie nie pozwalają na ustalenie jakiegoś związku między leczeniem a odczynem.

Fakty powyżej przytoczone (a możnaby ich szereg powiększyć), dowodzą, jak trudno jest posługiwać się zjawiskiem, o którego związku z daną chorobą nic się nie wie, prócz domysłów pełnych sprzeczności.

Wartość praktyczna serodyagnostyki przymiotu zawisła przedewszystkiem na istocie biologicznej odczynu Wassermanna. Dopóki istota ta nie została zbadaną; dopóki nie wiemy, co mamy rozumieć przez odczyn dodatni, co przez ujemny; dopóki nie znamy stosunku odczynu do jadu w stanie czynnym i utajonym; dopóty nie mamy prawa wysnuwać jakichkolwiek wniosków co do istnienia choroby, co do potrzeby leczenia, co do rokowania i innych spraw praktycznych. Sam Wassermann, jakby naprzekór swoim gorącym zwolennikom, pozwala sobie jedynie na wniosek, że w przypadku dodatnim mamy przed sobą przymiot (nie wchodząc w szczegóły, czy przymiot czynny, czy też dawno ubiegły). Mojem zdaniem, badania dotychczasowe i do tego nawet prawa nie dają. W obecnym jej stanie, serodyagnostyka może najwyżej wzbudzić pewne podejrzenia co do przymiotowej natury danego cierpienia, zachęcić nas do poszukiwań w tym kierunku i do leczenia próbnego. Serodyagnostyka sama przez się n i e d o w o d z i przymiotu, ale może nas naprowadzić na dowód, a ten — w wątpliwych przypadkach, nie poddających się rozpoznaniu na zasadzie objawów — tkwi jedynie w p r ó b n e m l e c z e n i u (oczywiście z ograniczeniami). Jak dotychczas więc, serodyagnostyka nie dorównywa klinice, tem mniej zaś twierdzić można, by ją prześcignęła.

Kol. S i l b e r s t r o m: Przy ocenie klinicznego znaczenia odczynu Wassermanna należy usunąć na bok zagadnienia teoretyczne, zwłaszcza pierwotne uzasadnienia tego odczynu, podane przez Wassermanna i Brucka, którego ci autorzy obecnie sami się wyrzekli. Ci sami badacze, którzy przyczynili się do obalenia powyższej teoryi, w swych dalszych studyach nad odczynem doszli jednozgodnie do wniosku, że odczyn ten jest dla przymiotu swoisty w znaczeniu klinicznem; do tegoż zdania przyłączyli się ostatnio Weil i Braun. Obecnie niema autora, któryby nie uznawał nieposledniej wartości rozpoznawczej odczynu. Została ona stwierdzona na materyale klinicznym, obejmującym wiele tysięcy przypadków. To też odczyn bardzo się teraz rozpowszechnił w Niemczech i Austryi i staje się coraz popularniejszym we wszystkich krajach, znajdując zastosowanie w codziennej praktyce lekarskiej. Oddaje on cenne usługi w przypadkach wątpliwego przymiotu, gdy brak zewnętrznych objawów tej choroby i gdzie, jak wiadomo każdemu lekarzowi, wywiadowe dane częstokroć na wiarę nie zasługują. Na rozpoznaniu wrzodu miękkiego, jak uczy praktyka, również nie zawsze polegać można. Odczyn okazuje się niezbędnym przy różniczkowem rozpoznawaniu kilaków od nowotworów, przy rozpoznawaniu charakteru niektórych cierpień aorty, serca, płuc, wątroby, jąder, przy różniczkowem rozpoznawaniu wiądu rdzenia od innych cierpień układu nerwowego, przy porażeniu postępowem, przy cierpieniach kości i okostnej, przy owrzodzeniach języka, jamy nosowej, przy cierpieniach krtani, zapaleniach rogówki, tęczówki, przy porażeniach mięśni ocznych, przy chorobach nerwu wzrokowego, przy poronieniach, jak również przy badaniach w celach ubezpieczenia itd. itd. We wszystkich tych przypadkach odczyn dodatni jest niezaprzeczonym dowodem przymiotu i w ten sposób rozwiązuje pytania, które dotychczas dawały się rozstrzygać tylko z pewnem prawdopodobieństwem lub *»ex iuvantibus«*. Wynik ujemny daje wprawdzie mniej sposobności do wniosków, ale wszak los ten dzieli większość metod badań lekarskich, które rozstrzygają sprawę tylko w razie otrzymania wyniku dodatniego. Ponieważ zaś odczyn Wassermanna daje w rozmaitych okresach przymiotu bardzo dużą odsetkę wyników dodatnich, metoda ta stanowi drogocenny nabytek wśród lekarskich metod badania. Zresztą wynik ujemny tem więcej przemawia przeciw przymiotowi, im większą jest odsetka wyników dodatnich, które daje zakwestyonowana postać chorobowa przymiotowa. Przypadki, gdzie u danego osobnika po ujemnym wyniku otrzymuje się dodatni, nie należą do częstych i dowodzą tylko, że przy silnem podejrzeniu o przymiot należy odczyn powtórzyć, zupełnie tak samo, jak przy podejrzeniu o gruźlicę płuc powtarzamy kilkakrotnie badanie plwociny. Sprawa stosowania odczynu przy wyborze mamki, posiada znaczenie tylko teoretyczne — wobec ustalonego faktu, że wiązanie dopełniacza można otrzymać także z pokarmem. Metoda ta jeszcze nie dojrzała.

Co do pożyteczności odczynu w okresie pierwotnym, to odczyn ustala rozpoznanie, jeśli ono nie było pewne, dając tem możność wczesnego rozpoczęcia leczenia i uprzedzenia objawów zaraźliwych; odczyn zaś ujemny przy rozpoznaniu pewnem dowodzi, że jeszcze nie nastąpiła generalizacya jadu, że zatem wycięcie ma pewne widoki powodzenia.

W sprawie rozpoznawania przymiotu u matek, które rodziły dzieci kiłowe i odwrotnie — u dzieci rzekomo zdrowych, pochodzących od matek dotkniętych przymiotem, odczyn surowiczy utorował nowe drogi, albowiem przy jego pomocy stwierdzono kruchość podstaw, na których się opierają prawa Profety i Collesa. Dla odczynu surowiczego prawa te nie istnieją.

Co do znaczenia odczynu dla rozpoznawania przymiotu w okresie utajenia, to należy tu zestawić dwa następujące fakty: 1) U około 50% osób, dotkniętych kiłą utajoną, zmarłych z innych chorób, znajduje się przy sekcyach w narządach wewnętrznych nie rozpoznane za życia ogniska przymiotowe. 2) Ilość odczynów dodatnich przy przymiocie utajonym wynosi również koło 50%—60%. Ze zgodności tych dwóch liczb wynika, że wiązanie dopełniacza przy utajonym przymiocie wskazuje w samej rzeczy na obecność choroby, z drugiej zaś strony odczyn ujemny, w dodatku kilkakrotnie otrzymany, przemawia za zupełnem wyleczeniem. Innego sprawdzianu wyleczenia obecnie nie posiadamy.

Leczenie wywiera niezaprzeczony wpływ na odczyn surowiczy, zamieniając w większości przypadków wynik dodatni na ujemny. Przypadki te należy zaliczać do lżejszych, na leczenie podatnych. Wobec tego lekarz otrzymuje w odczynie surowiczym podporę do wskazań leczniczych i miarę dla ocenienia siły jadu przymiotowego u danego osobnika.

Że pomimo leczenia niekiedy po latach istnieje u chorego odczyn dodatni, stwierdza to tylko oddawna wiadomy fakt, że przymiot w części przypadków jest w znaczeniu biologicznem i anatomo-patologicznem nieuleczalny, co jednak nie przeszkadza danemu osobnikowi spełniać prawidłowo wszystkich czynności życiowych.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie 12/25 Listopada 1908.

Obecnych członków 22. Przewodniczący K. R u m s z e w i c z.

1. M. Ł ą ż y ń s k i. **Przyczynek do statystyki i leczenia złamań i zwichnięć.**

Prelegent, opierając się na danych statystycznych pięcioletniej działalności Pogotowia ratunkowego w Kijowie, w której prawie cały ten czas brał czynny udział, dochodzi do następnych wniosków: a) Statystyka złamań i zwichnięć, oparta na danych takich urządzeń, jak Pogotowie ratunkowe, jako obejmująca w pewnym okresie czasu, dla pewnej miejscowości największą ilość wypadków, powinna zasługiwać na szczególne wyróżnienie. Przy dalszem doskonaleniu się tych urządzeń w kierunku technicznym oraz zwerbowaniu grona doświadczonych lekarzy, ich dane statystyczne będą miały większą wartość, niż dane oddzielnych szpitali i klinik. b) Pomimo postępującego wyzwolenia kobiety — tak dobrowolnego, jak i przymusowego w dziedzinie pracy fizycznej, — stosunek odsetkowy złamań u kobiet do złamań u mężczyzn pozostaje mniej więcej na jednym poziomie w ciągu długiego już szeregu lat. c) Wiek największego uzdolnienia do pracy daje bezwarunkowo największą odsetkę złamań i zwichnięć urazowych tak u mężczyzn, jak i u kobiet. d) Zwichnięcie szczęki dolnej jest przywilejem płci żeńskiej, prawdopodobnie wskutek większej wiotkości mięśni u kobiet, niż u mężczyzn, a jednakowej pracy narządu tego u jednych i drugich. e) Liczba określająca stosunek odsetkowy zwichnięć do innych uszkodzeń urazowych objawia zaledwie nieznaczne wahania się u rozmaitych autorów, którzy korzystali z najróżnorodniejszego materyału. f) Sposób rotacyjny Schinzinger-Kochera nastawiania zwichnięć w stawie barkowym wiedzie zawsze do pożądanego celu, dając zawsze prawie możność uniknięcia uśpienia.

Dyskusyi nie było.

2) Br. K o z ł o w s k i przedstawia **preparat tętniaka tętnicy kolanowej, operowanego** przed 10 dniami. Preparat pochodzi z młodego 22-letniego człowieka, którego przed rokiem zraniono śrutem zajęczym w okolicę podkolanową. Przed trzema tygodniami brał on czynny udział w gaszeniu pożaru, tydzień temu tańczył, poczem uczuł ból i naprężenie pod kolanem. Przy badaniu znaleziono guz tętniący wielkości dwóch pięści, usadowiony pod kolanem. Tętniaka usunięto wraz z workiem, wypełnionym krwią i skrzepami. Tętnica wpadała z boku i przedłużała boczną szparę. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

W dyskusyi zapytuje Makowski, czy prelegent nie obawiał się zgorzeli kończyny wskutek wycięcia tętniaka. Wielu chirurgów decyduje się na operacyę dopiero po zmierzeniu ciśnienia krwi poniżej tętniaka przyrządem Riva-Rocci, a mianowicie wtedy, kiedy się pokaże, że ciśnienie wynosi nie mniej, niż 10 mm. rtęci. Następnie zapytuje M., jakie położenie prelegent nadaje kończynie po operacyi i czy stosuje ogrzewanie. — Kozłowski odpowiada, iż nie obawiał się zgorzeli, gdyż tętniak był dość stary. Zresztą badał palcem przednią tętnicę goleniową i przekonał się, że tętni dostatecznie silnie. Po operacyi nadaje kończynie położenie poziome bez ogrzewania. — Łążyński zaznacza, iż najważniejszy problemat, nasuwający się przy wycięciu tętniaka podkolanowego, — to pytanie, czy kończyna będzie żyła, czy też nie. Otóż podczas wyczerpującej dyskusyi w tym przedmiocie w Paryskiem Towarzystwie chirurgicznem (1904 r.) większość chirurgów wypowiedziała zdanie, że szanse powinny być uważane za tem lepsze, im starszy jest tętniak. W przypadku prelegenta sam tętniak nie był prawdopodobnie bardzo dawny, natomiast uraz, który wytworzenie się jego wywołał, był dawnej daty; można też było przypuszczać, że oddawna już zaczęło się wytwarzać poboczne krążenie krwi. To też noga zaraz po operacyi już była ciepła. Z drugiej strony jednakże nieraz trzeba operować nawet wtedy, kiedy warunki obiegu krwi w kończynie zapowiadają się gorzej, a to dla tego, że w przeciwnym razie wystawia się chorego na jeszcze większe niebezpieczeństwo, a mianowicie na pęknięcie tętniaka. — Kozłowski przypomina sobie, że operował raz chorego, który zranił się strzałem z rewolweru w okolicę trójkąta Skarpy, przyczem wypadło podwiązać tętnicę udową z dwóch końców, żyłę udową i 6 żył mniejszych. 6-go dnia po operacyi zjawiło się tętno w naczyniach obwodowych. Ze względu na rokowanie wielkie znaczenie ma tutaj wiek i stan odżywienia chorego. Zresztą, pozostawiając chorego z tętniakiem podkolanowym bez operacyi, wystawia się go nieraz, jak słusznie podniósł kol. Łążyński, na większe ryzyko, niż operując przy nieszczególnych warunkach obiegu krwi.

3) Makowski pokazuje a) preparat drobnowidowy **raka** gruczołowego **wątroby** (*adenocarcinoma hepatis*) z chorego, przysłanego na oddział chirurgiczny szpitala miejskiego z kliniki terapeutycznej z rozpoznaniem niedrożności jelit — prawdopodobnie wskutek gruźlicy otrzewnej. Chory skarżył się na nieznośne bóle w okolicy pępka. Przy operacyi pokazało się, że chodziło tutaj o raka gruczołowego, wychodzącego z przewodów żółciowych. Ciekawą rzeczą w tym przypadku były niezwykle silne odruchy ze strony mięśni jelit. Jeżeli się brało jelito do ręki, to następowała jakby jego erekcya. Ściany jego nabierały przytem chrząstkowatej twardości. Objaw ten, również jak bole, znikł wkrótce po operacyi.

b) Preparat **pęcherzyka żółciowego z dwoma kamieniami**, z których jeden w szyjce, drugi w ścianie. Chora cierpiała przez dwa lata na napady kolek żółciowych, rozpromieniających się w lewą stronę brzucha, bez podniesienia ciepłoty i żółtaczki. Natomiast były wymioty. W dniu przyjęcia chorej do kliniki, pęcherzyk żółciowy dawał się wyczuć bardzo dokładnie; następnego dnia już go jednak nie można było odszukać.

c) **Pęcherzyk żółciowy** chorego, przysłanego z oddziału terapeutycznego. Chory ten poprzednio nigdy nie chorował. Dopiero w lipcu r. b. uczuł w prawem podżebrzu gwałtowny ból, który trwał trzy dni, poczem ustąpił, tak że chory zasięgał porady lekarskiej jedynie tylko z powodu oddawna już istniejącego rozwolnienia. Przy badaniu stwierdzono z prawej strony nizko niebolesny guz twardy, który uważano za rakowy nowotwór nerki albo pęcherzyka żółciowego. Przy operacyi znaleziono pęcherzyk żółciowy, wypełniony ropą, miękki, przyrośnięty do sieci. Wrażenie twardości dawała właśnie włóknisto zwyrodniała sieć. Silny napad bolu, o którym mowa wyżej, był wywołany przedziurawieniem pęcherzyka do jamy brzusznej.

d) preparat **(rak przewodów żółciowych)**, pochodzący z 45-letniej kobiety, która przed 2 laty zgłosiła się była do prelegenta z powodu bólów w prawem podżebrzu. Bole te ustąpiły po gorących okładach oraz piciu gorącej wody. Skoro po jakimś czasie zjawiły się na nowo, stwierdzono istnienie guza, jak operacya wykazała, — raka przewodów żółciowych.

e) Preparat z mężczyzny, który od Wielkiejnocy ostatniej cierpiał na żółtaczkę z podniesieniem ciepłoty i charłactwem. Przy badaniu pęcherzyk żółciowy i brzeg wątroby wyczuwano jako ciała miękkie. Chory zmarł bez operacyi, a sekcya wykazała **raka dwunastnicy**, zajmującego również uchyłek Vatera. Przewód pęcherzykowy był bardzo rozszerzony, podobnie jak pęcherzyk żółciowy, który leżał bardzo nizko. Odpływ żółci zupełnie zatamowany. W wątrobie ropnie.

Co się tyczy wskazań leczniczych, to przy ich stosowaniu powinniśmy się trzymać danych anatomiczno-patologicznych. Według Kehra ostrych zapaleń nie należy operować, natomiast wskazanie stanowią przypadki przewlekłe — ropniak i wodniak pęcherzyka żółciowego. Na leczenie wewnętrzne, zwłaszcza zaś leczenie karlsbadzkie, Kehr zapatruje się sceptycznie. Że nie chodzi w tym razie o »furor operatorius«, to najlepszym dowodem tego jest fakt, że na blizko 4000 chorych, którzy się do Kehra, jako do chirurga, a więc z zamiarem poddania się operacyi z przyczyny cierpień dróg żółciowych zgłaszali, zdecydował się on operować tylko 1100. Ci zaś 1100 wszyscy przebywali leczenie w Karlsbadzie, niekiedy po razy 10. Podczas operacyi nie zdarzyło się też Kehrowi nigdy zauważyć jakichkolwiek śladów leczenia karlsbadzkiego na kamieniach, n .p. ich rozpuszczania się i t. d.

W dyskusyi zapytuje Obniski, czy w przypadku drugim w przewodzie pęcherzykowym nie było kamyków. — Makowski odpowiada, że kamyków nie znaleziono, dodaje nadto, iż w przypadkach drugim i trzecim badanie mikroskopowe nie wykazało obecności drobnoustrojów. — Br. Kozłowski przytacza przypadek (pokazując przytem kamyki żółciowe), przez siebie operowany, a dotyczący chorej, która nigdy nie miała żółtaczki. Cała okolica pęcherzyka żółciowego była zrośnięta, twarda i sprawiała wrażenie raka. Zrosty jednak dały się powoli oddzielić i podobnie jak w trzecim przypadku Makowskiego pokazało się, że chodziło o przedziurawienie pęcherzyka, ów zaś rzekomy nowotwór był poprostu tylko nacieczeniem zapalnem. — Sągajło powstaje przeciwko odmawianiu wszelkiego znaczenia leczeniu zachowawczemu przy chorobach dróg żółciowych. Przecież i ze statystyki przytaczanego przez Makowskiego Kehra wypada, że część tylko, i to mniejsza, przypadków nadaje się do chirurgicznego leczenia, pozostałe muszą być leczone wewnętrznie, a więc także przy pomocy Karlsbadu. S. nie rozumie, co miał na myśli prelegent, mówiąc o anatomiczno-patologicznych danych przy stawianiu wskazań leczniczych; za życia chorego wszelkie wiadomości o stanie jego choroby, a więc i wskazania lecznicze osiągamy przecież tylko drogą klinicznego badania. — Makowski wyjaśnia, iż od czasu Virchowa zwykliśmy się kierować anatomiczno-patologicznemi wyobrażeniami przy klinicznem badaniu choroby, starając się pogodzić wyniki obserwacyi klinicznej przy łożu chorego ze znanymi nam anatomiczno-patologicznymi faktami. Tak, np. nawiązując do zajmującego nas w tej chwili działu, możemy za pomocą klinicznego badania rozpoznać zgorzel lub zwyrodnienie włókniste pęcherzyka żółciowego. — Rumszewicz twierdzi, że wyniki te otrzymujemy drogą badania klinicznego, z czem Makowski zgadza się, dodając jednak, że postępując drogą kliniczną, kierujemy się obrazem anatomicznym. — Obniski mniema, że anatomia patologiczna przy leczeniu chorób pęcherzyka żółciowego nie jest ani mniej, ani więcej potrzebną, niż przy innych chorobach. Co się tyczy etyologii, to znaczenie zakażenia dla powstawania chorób pęcherzyka żółciowego podnieśli pierwsi Francuzi, proponując w celu odkażania kalomel. Woda karlsbadzka napewno zmienia skład żółci, co nie jest pozbawione znaczenia, gdyż kamienie powstają prawdopodobnie w ten sposób, że żółć o patologicznym składzie drażni drogi żółciowe, pobudzając je do kamieniotwórczej działalności. U dzieci dla tego może rzadziej dochodzi do wytwarzania się żółciowych kamieni, że żółć ich posiada skład mniej drażniący, a może też dla tego, że dzieci częściej jadają. Mówca przypomina sobie przypadki, gdzie na sekcyi cała prawie wątroba była jakby wypełniona drobnymi kamykami. Tu oczywiście sama tylko operacya nie mogłaby wystarczyć, a leczenie wewnętrzne wydawałoby się koniecznem. — Makowski odpowiada, iż w takich przypadkach Kehr radzi sączkowanie wątroby i długie utrzymywanie sączka, przez który odchodzi wówczas mnóstwo drobnych kamyków i nawrót nie następuje. — Łążyński przypomina, że prelegent nie wspomniał o znaczeniu bólów dla rozpoznania różnych patologicznych stanów pęcherzyka żółciowego, oraz dla wskazań operacyjnych. — Makowski zaznacza, że kierowanie się anatomiczno-patologicznymi obrazami przy badaniu klinicznem, naturalnie nie daje nam wszystkiego, ale pomimo tego obejść się bez nich nie możemy.

Sekretarz *M. Łążyński.*

Trzej Jubilaci

Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Mowa prezesa »Związku« Prof. Dra Stanisława Zaleskiego na uroczystem walnem posiedzeniu »Związku« d. 6/18 grudnia 1908 r.

Doctrina sed vim promovet ultimam,
Rectique cultus pectora roborant!

W uporczywej walce o byt i samoistność społeczeństw, za któremi nietylko tradycya przeszłości przemawia, że mogą jeżeli nie przodować, to w każdym razie nie stać na szarym końcu, nad któremi jednak zawisło fatum dziejowe, skazujące je na powolny i stopniowy, a przez to może tem pewniejszy proces odrodzenia; w przewrotowych i rozwojowych fazach takich społeczeństw, mężowie hartu ducha i obfitszych jego zasobów, przy jasno zarysowanej i niechwiejącej się swej indywidualności naukowej, są jak gdyby temi ogniskami optycznemi, w których nietylko się skupiają, lecz i przez nie przechodzą wszelkie promienie, czy to prawidłowe, czy też uległe zboczeniu. Jednem z najważniejszych zadań takich instytucyi, jak nasz młody tutejszy »Związek polski lekarzy i przyrodników«, jest mężów takich śród obczyzny poszukiwać, wyczuwać ich niekiedy niemal instyktownie, gdy niekorzystne warunki zewnętrzne usiłują ich zwrócić na błędne tory lub manowce, z jasno niegdyś wytkniętego, lecz chwastem obecnie porastającego szerokiego gościńca dorobku narodowego i mówić im: »Tu wasza droga do pracy na niwie ojczystej«, a gdy na taką drogę wejdą, — wskazywać w ich osobie na żywy, a pouczający przykład dla młodych pokoleń do zachęty i naśladownictwa. Zasługi jednak takich szczęśliwych wybrańców losu o wyróżniającym się umyśle, podnioślejszem sercu i wybitnie zarysowanem poczuciu obowiązku, przy dobrej a silnej woli, wypierającej ich naprzód, potęgują się i nierównie dalej poza zwykłe granice przechodzą, gdy w mężach tych zrządzeniem trafu i okoliczności, od najmłodszych lat na obcą ziemię rzuconych, a często na niej i zrodzonych, samoistnie tkwi zawsze i nigdy nie gaśnie wspomnienie o rodzimych zasobach wiedzy, kultury i cywilizacyi, zagrzewające ich do pracy, ile tylko można i gdzie tylko można dla pomnożenia narodowego dorobku ojców swoich i podtrzymania przez osłabłe ręce podjętego i mężnie naprzód niesionego sztandaru. Chwile przełomowe u wszystkich niemal narodów rodzą takich mężów, a u nas może więcej, niż u innych, i w tem nasza siła i nasza niesłabnąca wiara w lepszą przyszłość i dolę. A gdy ilość takich rycerzy ducha i umysłu zmniejsza się lub niknie zupełnie, biada samemu narodowi, gdyż grozi mu, niby widmo śmierci, nieubłagana, a nieomylna przepowiednia, że jest skazany na zagładę!

W wyjątkowo niesprzyjających dla nas warunkach w kilku ostatnich dziesiątkach lat ubiegłych, gdy rogatkę ma się przed sobą i poza sobą, gdy nawet oględne ruchy stają się utrudnionymi, dalekie a ciężkie obchody dla wysunięcia się naprzód znamionować mogą tylko niezwykłe, a niewyczerpane siły zarówno intelektualne, jak i fizyczne, właściwe wodzom zawsze i w każdej życia godzinie, zarówno pewnym, jak doświadczonym i wytrawnym.

To też po dwakroć — po trzykroć błogosławieni niech będą ci, co tę drogę mężnie przebywają, nie zrażając się ani jej trudnościami, ani też ostatecznym wynikiem z góry utrudnionego, lub ograniczonego celu, do jakiego dążą!

Związek nasz w zaraniu swego powstania szczęśliwym się nazwać może, że właśnie takich mężów posiada i że dziś, czcząc tradycye, wiekami uświęcone, aż trzem takim mężom złożyć może hołd wysokiego uznania i głębokiego szacunku. Właśnie tylko co przekroczyliście dwudziestopięciolecie owocodajnej Waszej, acz ciężkiej pracy zawodowej, nacechowanej wysokiem, w czynie ujawnianem pojęciem o dobru publicznem, i oto jest właśnie ów moment tradycyjny, który nam daje możność głębiej się zastanowić nad Waszą ćwierćwiekową działalnością dla wpisania Waszych imion złotemi głoskami w księdze zasłużonych polskich uczonych i obywateli.

Przystępując do poszczególnego złożenia zasłużonej daniny każdemu z Czcigodnych naszych Jubilatów, nie w alfabetycznym porządku ich nazwisk, a w chronologicznym porządku ich zasług dla naszego »Związku« i ich jubileuszów, winniśmy uwagę naszą zwrócić na wiceprezesa naszej instytucyi, prof. Dra Józefa Ziemackiego.



Wybitny nasz chirurg i działacz społeczny, syn p. Franciszka Ziemackiego, ujrzał światło dzienne na Litwie, w Wilnie, 6 września 1856 r., gdzie też w 1875 r. ukończył miejscowe gimnazyum klasyczne, a w 1882 r. słynny podówczas na cały świat dorpacki uniwersytet, który przysporzył nam tylu rodaków, stojących na świeczniku sławy i rozgłosu. Młody nasz lekarz, już wtedy przejawiający skłonność do chirurgii i chorób kobiecych, pomnożył wkrótce ich liczbę. 7 maja 1883 r. broni w tymże uniwersytecie rozprawy p. t. »Beitrag zur Kenntniss der Micrococcenkolonien bei septischen Erkrankungen« i uzyskuje stopień doktora medycyny. Jako świadek tej obrony winienem zaznaczyć niezwykłe jej powodzenie, co dało możność już podówczas zwrócić szczególną uwagę na młodego jeszcze i początkującego adepta medycyny. Od 1 września tegoż roku widzimy go na stanowisku lekarza-asystenta przy oddziale chirurgicznym żeńskiego Obuchowskiego szpitala miejskiego w Petersburgu, gdzie pracował pod kierunkiem D-rów Assumusa i E. Moritza. Po czterech latach, w 1887 r., przechodzi jako nadetatowy ordynator chirurgicznych oddziałów, będących pod zawiadywaniem znanego chirurga Dra A. A. Trojanowa do tegoż Obuchowskiego szpitala męskiego, gdzie w różnych oddziałach pozostaje do 1890 r. włącznie. W tymże samym czasie zawiaduje przyjęciami chirurgicznych chorych w będącej przy tymże męskim szpitalu lecznicy dla przychodzących chorych i pracuje, jako lekarz, przy schronisku im. Cesarzewicza Mikołaja Aleksandrowicza, będącem w zawiadywaniu instytucyami Cesarzowej Maryi. Niezależnie od tego, w ciągu czterech przeszło lat (od 1886 do 1890 r.), doskonalił się praktycznie na polu chorób kobiecych i położnictwa w Nadieżdińskim Instytucie położniczym, pod kierunkiem znakomitego naszego rodaka prof. Dra A. Krasowskiego.

Pod koniec 1890 roku wskutek zaproszenia połtawskiego gubernialnego zarządu ziemskiego, widzimy Dra Ziemackiego na stanowisku ordynatora, zawiadującego oddziałem chirurgicznym i chorób kobiecych w Połtawie, w tamtejszym szpitalu gubernialnym. Będąc na stanowisku tem i pozostając na niem do 1895 r., Dr Ziemacki habilitował się w 1893 r. jako docent prywatny patologii chirurgicznej w uniwersytecie charkowskim, gdzie w ciągu trzech lat wykładał ten przedmiot studentom III i IV kursu wydziału lekarskiego. Począwszy od września 1895 r. powołany został przez ówczesnego dyrektora Ces. Instytutu klinicznego wielkiej księżny Heleny Pawłówny, powszechnie cenionego chirurga prof. M. W. Sklifasowskiego, na starszego asystenta chirurgicznego oddziału przy katedrze kliniki chirurgicznej tegoż Instytutu, prowadzącego kursy chirurgii operacyjnej, wraz z ćwiczeniami na zwłokach, specyalnie dla doskonalących się w chirurgii lekarzy. W ciągu $5^1/_2$ lat, podczas nieobecności i choroby wysłużonego profesora Sklifasowskiego, bardzo często wypadało Drowi Ziemackiemu samodzielnie zawiadywać kliniką. W 1896 r. został mianowany docentem Instytutu klinicznego, a w 1898 r. honorowym profesorem kliniki chirurgicznej. Tym sposobem rok bieżący jest dla prof. Ziemackiego poniekąd podwójnie jubileuszowym, gdyż w maju upłynęło 25-lecie od czasu otrzymania przezeń doktoratu, a wkrótce później 10-lecie profesury.

Niezależnie od obowiązków profesora, począwszy od 31 grudnia 1900, widzimy naszego Jubilata na stanowisku konsultanta tegoż instytutu Ks. Heleny Pawłówny, a począwszy od 1 stycznia 1902 r. nadto i jako konsultanta, zawiadującego chirurgicznymi oddziałami Zjednoczenia Pokrowskiego Sióstr Miłosierdzia.

Jak widzimy, prof. Ziemacki odbył dobrą szkołę chirurgiczną i ginekologiczną i miał obszerne pole, coraz więcej się rozwijające, dla wykazania swej samodzielniej i kierowniczej działalności zawodowej.

Z pod pióra jego wyszło z górą 40 prac, poświęconych przeważnie chirurgii, a po części bakteryologii, anatomii i ginekologii z położnictwem. Nadto pod jego kierunkiem wyszło parę tłómaczeń wydawnictw zagranicznych na język rosyjski, a także zredagowane zostało pomnikowe dzieło jubileuszowe, poświęcone prof. Sklifasowskiemu i wydane w 1900 r. Niektóre z prac prof. Ziemackiego wydane zostały także i w języku polskim. Pomieszczał on nadto w ciągu lat trzech (1884—1886 r.) niemieckie referaty z prac polskich w »St. Petersburger medicinische Wochenschrift«.

Oprócz wspomnianej rozprawy doktorskiej z licznych prac prof. Ziemackiego wymienimy następujące:

1. Uwagi do uwag Dra Rubinsztejna o przyczynach położeń płodu. »Przeg. lek.« Nr 34, 1884.

2. O schyzomycetach w ropie. Tamże, Nr 46—51, 1884 r.

3. Wypadek uleczonego tężca urazowego. »Medycynskoje Obozrenie«, Nr 3, 1885 r.

4. Wlewanie rozczynu soli do żył w skutek ostrej niedokrwistości przy ciąży zewnątrzmacicznej. »Wracz«, 1 34, 1885 r.

5. W sprawie odtłuszczania preparatów mikroskopowych ropy, krwi, plwociny i t. d. przed zabarwianiem w wodnych rozczynach barwników przy badaniu co do drobnoustrojów. »St. Petersburger medicinische Wochenschrift«, Nr 16, 1885 r.

6. Przypadek rozerwania pęcherza moczowego wskutek urazu krocza. »Wracz«. Nr 8, 1885 r. i »St. Petersb. med. Wochenschr«. Nr 25, 1885 r.

7. Próba zastosowania kreoliny przy leczeniu ran i owrzodzeń. »Chirurgiczeskij Wiestnik«, 1888 r.

8. Kilka słów o metodzie operacyi przy sekwestrotomii na szczękach z zachowaniem zębów. Tamże, 1888 r.

9. Bromek etylu i jego stanowisko w szeregu środków znieczulających. »Wojenno-Medicinskij Żurnał«, 1890 r. i »Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie«, XLII, 1891 r.

10. Przemywanie jam stawowych w chorobach torebek stawowych. »Chirurgiczeskaja Ljetopiś«, 1889 r.

11. Wrażenia z podróży podczas delegacyi naukowej zagranicę. »Trudy Charkowskaho Medicinskaho Obszczestwa« za 1895 r. i »Ljetopiś russkoj Chirurgii« za 1896 r.

12, Uwięzienie dolnego odcinka macicy podczas porodu przez główkę płodu przy wejściu do miednicy. »Medicinskoje Obozrenie«, Nr 6, 1891 r.

13. Chirurgiczny oddział w sprawozdaniu szpitala Połtawskiego ziemstwa gubernialnego za r. 1890, Połtawa, 1891 r.

14. Sprawozdanie z oddziałów chirurgicznych szpitala Połtawskiego ziemstwa gubernialnego za 1891 r. Połtawa, 1893 r.

15. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu, zakończony wyzdrowieniem. »Ziemskij Wracz«, 1894 r. i »Protokoły Obszczestwa Połtawskich Wraczej«, 1893 r.

16. Przypadek pozagardłowego nowotworu (Chondrosarcoma). »Chirurgiczeskaja Ljetopiś«, 1894 r.

17. Przypadek torbieli jajnika z pomyślnem zejściem po wycięciu złośliwie zwyrodniałego nowotworu 19 centymetrów jelita krętego. »Chirurg. Ljetop.« 1894 r.

18. Uwagi o udziale chirurgii w paratyphlitis i peritonitis perforativa. »Przegląd lekarski«, Nr 47, 1895.

19. Leczenie zapalenia gruźliczego kości i stawów wstrzykiwaniami pod okostnę 10% roztworu chlorku cynku według metody Lannelongua. »Przegląd lekarski« 1895 r. »Ljetopiś russkoj chirurgii« 1895 r. i »Revue de chirurgie«, 1896.

20. W sprawie operowania przetok pęcherzowo-pochwowych. »Przegląd chirurgiczny«, 1896 r. i »Prace XII międzynarodowego Zjazdu lekarskiego (sekcya ginekologiczna)« w 1897 r., a także »Żurnał akuszorstwa i żenskich boleźniej«, T. IX, 1897 r.

21. O nadłonowem cięciu pęcherza moczowego przy operowaniu przetok pęcherzowo-pochwowych. »Wracz« Nr 30, 1897.

22. O wskazaniach i wykonaniu wysokiego cięcia pęcherza moczowego na podstawie materyału szpitala Obuchowskiego. »Dniewnik III Sjezda russkich wraczej« Nr 2 i 10, 1889 r.

23. Leczenie guzów złośliwych za pomocą hodowli paciorkowca i mieszanych hodowli paciorkowca i prątka krwawego (bacillus prodigiosus). »Centralblatt für allg. Pathologie u. path. Anatomie«, VIII, 1897.

24. Wyniki leczenia w 20 przypadkach nowotworów złośliwych zapomocą wstrzykiwań surowicy przeciwpaciorkowcowej. »Prace sekcyi chirurgicznej na XII Zjeździe międzynarodowym w Moskwie«, 1897 r. i »St. Petersb. medicin Wochschr.«, Nr 35, 1897 r. Także: »Wojenno-medicinskij Żurnał«, T. 190, 1897 r. i »Przegląd lekarski«, 1897 r.

25. Opisanie przypadku Craniopagus parietalis. »Izwiestija Imperatorskoj Akademii Nauk«, T. VIII, 1898 r.

26. O sposobach leczenia złamań prostych rzepki. »Jubilejnyj Sbornik w czest N. W. Sklifosowskaho«, 1901 r.

27. O wyprostowaniu skrzywień kręgosłupa. »Wojenno-medicinskij Żurnał«, 1901 r.

28. Trzy przypadki wyprostowania garbu według Calota. »Wracz«, Nr 32, 1901 r.

29. O skojarzeniu bromku etylu i chloroformu dla usypiania. »Wracz«, Nr 34, 1901 r.

30. Pokazanie preparatu mięsaka uda z wytworzeniem się mięsakowego zatoru w żyle udowej. »Protokoły zasidanij St. Petersburgskaho Medicinskaho Obszczestwa« za r. 1901.

31. O technice gastroenterostomii. »Prace sekc. chir. na XII Zjeździe międzynar. lekarsk. 1897 r. w Moskwie«.

32. Propozycya nowej zmiany gastroenterostomii. »Bolnicznaja Gazieta Botkina«, 1898 r. i »Ljetopiś russkoj chirurgii«, 1899 r.

33. W sprawie szybkości tworzenia się kamieni w pęcherzu moczowym. »Russkij Wracz«. Nr 39, 1907.

34. Góra Trzykrzyska w Wilnie. »Książka jubileuszowa na cześć Elizy Orzeszkowej« p. t. »Na wyraj«, Petersburg, 1906 r.

(Dok. nast.).

Żywot i nauka Paracelsa,

lekarza, alchemika i filozofa niemieckiego z epoki odrodzenia.

Wykład, wygłoszony dn. 24 października 1908 r. w Polskiem Towarzystwie Filozoficznem we Lwowie.

Podał

Doc. Dr Władysław Szumowski.

(Ciąg dalszy).

Praca literacka odbywała się najczęściej w nocy. To była jego ulubiona pora. Wtedy, jak sam mówi, najlepiej »spekulował, medytował, imaginował«. Albo sam pisał, albo dyktował, chodząc po izbie. Rękopis składał się z nieoprawionych i nawet niepozeszywanych kartek, które się nieraz potem rozlatywały, albo i ginęły. Rękopis jeździł w torbie skórzanej, albo był oddawany w skrzynce do przechowania oberżyście. Paracels za życia swego mało co wydrukował: z ważniejszych rzeczy parę rozprawek o kile, która wtedy po raz pierwszy czyniła ogromne w Europie spustoszenie; dzieło *Die Grosse Wundarzney*, wydane w r. 1536, i powtórnie w roku 1537. Próżne były starania Paracelsa, żeby wydrukować i pozostałe pisma. Na podstawie orzeczenia lipskiego Wydziału lekarskiego odmówiono Paracelsowi pozwolenia na druk w Norymberdze, podobnie nie udało się drukować w Wiedniu, w Zurichu, w Kolmarze i t. d.

Mimo tych niepowodzeń sława Paracelsa, jako niezwykłego lekarza, była ogromna. Opowiadano, że czyni cuda, jak Hippokrates. Świadkiem niezwykłego wyleczenia był nadworny lekarz króla polskiego Zygmunta Starego Wojciech Basa, który przyjechał do Paracelsa w odwiedziny. Paracelsa wezwano do chorego, który według zdania lekarzy już umierał. Paracels obejrzał umierającego i zaprosił go do siebie na drugi dzień na obiad. Rzeczywiście chory niebawem z łóżka się podniósł i na obiad przybył. Wojciech Basa był olśniony niesłychaną pewnością siebie, z jaką Paracels przepowiedział wyleczenie[1]).

Jedną z ostatnich znanych dat z życia Paracelsa jest data 5. sierpnia 1541 roku z Salcburga. Datę tę nosi porada lekarska, udzielona listownie przez Paracelsa Franciszkowi Bonerowi z Krakowa, który przysłał do Salcburga posłańca z bogatymi darami. Porada ta jest drukowana w pismach Paracelsa. W siedm tygodni potem Paracels umarł w Salcburgu. Znany jest testament Paracelsa, podyktowany przez niego na 3 dni przed śmiercią.

Działo się w południe dnia 21. września 1541 roku w dzień apostoła Mateusza w małej izdebce oberży *Pod Białym Koniem* przy ulicy Raygasse w Salcburgu w obecności cesarskiego publicznego notaryusza Hansa Kalbsohra i siedmiu zaproszonych świadków. Przedewszystkiem testator oddaje swoje życie, śmierć i duszę w ręce Boga Wszechmogącego. Lekarskie dzieła i przedmioty, należące do medycyny, ma dostać mistrz Andrzej Wendl, mieszczanin i cyrulik salcburski, któremu wolno z tem robić, co mu się podoba. Krewni, zamieszkali w Einsiedeln w Szwajcaryi, mają dostać 10 guldenów w monecie, jeżeli jednak w przeciągu roku się nie zgłoszą, to wymieniona suma ma być rozdana między biednych. Dwie osoby z pośród świadków, które zostają wykonawcami testamentu, i mają pozbierać pozostawione w różnych miejscach, jak w Augsburgu, w Leoben rzeczy Paracelsa, dostają każda po 12 guldenów w monecie. Reszta ma być rozdana między biednych. Testament ten, świad-

[1]) R. J. Hartmann, str. 141.

czący, że Paracels umiał myśleć o drugich, a zwłaszcza o biednych, był później wydrukowany.

Paracelsus został pochowany przy kościele św. Sebastyana w Salcburgu. Parę razy potem z różnych powodów kości jego przewożono, aż w roku 1752 arcybiskup von Diedrichstein wystawił mu grobowiec w kruchcie u św. Sebastyana, gdzie i dotąd leży. Pamięć o cudownym lekarzu nie zaginęła u ludu. Podobno w czwartem dziesięcioleciu XIX. wieku podczas panującej w Austryi cholery ludność odbywała pielgrzymki do grobu Paracelsa. R. J. Hartmann podaje, że i dzisiaj widuje się baby, modlące się ze szczególnem zamiłowaniem pod grobowcem Paracelsa. Czy modlą się one za niego, czy do niego?

Pisma Paracelsa nie odrazu doczekały się wydania po jego śmierci. Z początku szły w świat odpisy. Było ich tak wiele, że oryginalne rękopisy Paracelsa były sprzedawane za drogie pieniądze. Adam von Bodenstein, pierwszy wydawca niektórych pism, opowiada o wielkich kosztach, które ponosił przy zbieraniu rękopisów. Kompletnem wydaniem pism Paracelsa zajął się dopiero w roku 1589—1590 Jan Huser. Sława Paracelsa w drugiej połowie XVI. wieku wzrosła jeszcze bardziej. Sam arcyksiążę Ferdynand Habsburg wydał odezwę do stanów karyntyjskich, w której prosi, by mu nadsyłano sławne pisma Paracelsa, chce bowiem je zbadać i może z nich każe co odpisać. Jednocześnie ze wzrostem sławy Paracelsa powstawał zyskowny proceder fałszowania pism jego. Stąd długi czas nie było pewności, które pisma wyszły rzeczywiście z pod pióra Paracelsa, a które są podrobione, a i dziś krytyka jeszcze nie jest skończona. Sporne kwestye dotyczą najwięcej pism o treści teologicznej, które nie wyszły nawet w wydaniu Husera i ukazały się w druku dopiero później.

Najważniejsze pisma Paracelsa są:

1. *Paragranum* (*Das Buch Paragranum, darinn die vier Columnae, als da ist Philosophia, Astronomia, Alchimia und Virtus, auff welche Theophrasti Medicin fundirt ist, tractirt werden*). Po raz pierwszy wydane w roku 1565 przez Adama Bodensteina. Pismo to, jak widać z pełnego nagłówka, traktuje o podstawach medycyny.

2. *Opus Paramirum*, wydane po raz pierwszy w r. 1562 przez tego samego wydawcę. Dzieło to obejmujc główne zasady nauki Paracelsa, w szczególnością naukę o pięciu »Entia«, jako przyczynach chorób.

3. *Grosse Wundarznei*. Dzieło to, składające się z kilku części, było wydane w latach 1528—1537 przez samego Paracelsa i zawiera główne podstawy chirurgii.

To są najważniejsze dzieła Paracelsa.

W pismach swoich Paracels uczy, że świat został stworzony przez wszechmocnego Boga i że jest od niego zależny, jednakże pogląd ten u Paracelsa jest cały zabarwiony panteistycznie, gdyż dla niego Bóg i natura — to jedno i to samo. Natura jest jedna i niepodzielna. W naturze odbywa się wprawdzie rozwój: n. p. ziemia jest szara, a z wiosną staje się zielona, niebieska, czerwona, biała; albo z jednego orzecha rozwija się wiele rzeczy: drzewo, kora, korzenie. Ale tak samo, jak już w jednej szarości tkwi wielość barw, a w jednym orzechu wielość części rośliny, tak samo wielość przyrody tkwi w jej wewnętrznej jedności. We wszechświecie istnieje duchowy związek wszystkich rzeczy ze sobą. Wszechświat jest żywą istotą, i w swoim rozwoju przechodzi przez te same fazy, co i każdy żywy organizm. Analogia między wszechświatem-makrokosmos, a człowiekiem jest zupełna. Człowiek jest to mikrokosmos, który mieści w sobie wszystkie te same składniki, co i wszechświat, i który jest tylko odzwierciedleniem wszechświata. Dlatego jedyną drogą do poznania istoty człowieka jest zbadanie przyrody, czyli »człowieka zewnętrznego«. »So der Philosophus Majorem Mundum wol erkennt in Himmel unnd Erden, unnd in allen ihren Generationibus, so hat er die Erkanntnuss zu verstehen Minorem Mundum«.

Ostatnie widzialne składniki wszechświata, a więc i człowieka to są: siarka, rtęć i sól. Weźmy n. p. drzewo, które się pali. Co ogień z drzewa spali, to jest siarka; to, co dymi, to jest rtęć; to, co się zostaje w popiele, to jest sól. Boski pierwiastek świata w każdej rzeczy poszczególnej ukazuje się pod osobną formą, a w człowieku, jako osobny pierwiastek życiowy, jako duch osobniczy, nazwany przez Paracelsa »archeus«. Pojęcie archeusza jest bardzo ważne i odzywa się ono i w późniejszej nauce niejednokrotnie, choć pod inną nazwą. Archeusz bowiem, choć u Paracelsa jest niekiedy podobny do jakiegoś demona, w gruncie rzeczy przedewszystkiem jest siłą życiową, uznawaną i później i dzisiaj przez szkoły witalistów. Archeusz to jest według wyrażenia Paracelsa »wewnętrzny alchemik«, (der innwendige Alchemist), który oddziela z pożywienia rzeczy pożyteczne od szkodliwych, i w ogóle zarządza wszystkiemi czynnościami organicznemi. Istotą choroby jest opanowanie archeusza przez obce potęgi duchowe. Pojęcie choroby jest więc dynamiczne, a nie anatomiczne. Bezpośredniemi przyczynami chorób są t. zw. u Paracelsa »Entia«. Są to »Ens astrorum«, t. j. czynniki kosmiczne i klimatyczne, »ens veneni«, t. j. szkodliwe części pokarmów, »ens naturale«, niedokładności organizacyi cielesnej, »ens spirituale«, zboczenia umysłowe, i »ens deale«, dopust boży. (Dok. nast.).

Zjazd lekarzy i higienistów w Lublinie.

Około 200 lekarzy zebrało się do Lublina na Zjazd higieniczny, który się odbył 26, 27 i 28 września 1908. Pierwsze posiedzenie (ogólne) zagaił Dr Jaworowski, wiceprezes lubelskiego Oddziału Towarzystwa higienicznego w zastępstwie złożonego chorobą prezesa, Dra Tołwińskiego i przedstawił rozwój miasta Lublina pod względem historycznym i sanitarnym. Następnie po ukonstytuowaniu się prezydyum Zjazdu, po przemówieniu radcy miasta Lublina, p. Tadeusza Piotrowskiego i odczytaniu nadeszłych telegramów, wygłosił prezes warszawskiego Tow. hig. Dr J. Polak rzecz **o działalności warszawskiego Towarzystwa higienicznego** w ciągu dziesięciu lat jego istnienia i o programie przyszłej jego działalności. Towarzystwo hig. warsz., którego pierwsze zebranie odbyło się w Warszawie dnia 1 czerwca 1898, posiada 13 oddziałów prowincyonalnych, około 1.100 członków czynnych i tyluż zwyczajnych; w ciągu istnienia swego odbyło około 700 posiedzeń w Warszawie i 1.700 w oddziałach prowincyonalnych; średni budżet jego wynosi w Warszawie około 5.700, a na prowincyi około 7.500 rubli rocznie, nie licząc budżetów instytucyi Towarzystwa. Towarzystwo posiada w Warszawie znane powszechnie ogrody dziecięce imienia W. E. Raua z kapitałem 300.000 rb, w których to ogrodach około 400.000 dzieci rocznie odbywa ćwiczenia fizyczne; podobne, acz skromniejsze ogrody powstały i w różnych oddziałach na prowincyi. Druga wielka instytucya Tow., Instytut higieny dziecięcej im. Lenvala z kapitałem około 100.000 rb. podaje różnorodną pomoc w zakresie higieny około 20.000 dzieciom rocznie. Trzecia instytucya: sanatoryum dla chorób piersiowych, (które imieniem Dunina nazwaćby można), posiada już do 200.000 rb. kapitału. Towarzystwo i jego oddziały posiadają skromne księgozbiory, przyczyniają się do powstawania łaźni ludowych, stacyi szczepienia ospy, utrzymują muzeum higieny ludu w Częstochowie, zakładają »Krople mleka«, urządzają zjazdy i wystawy, oraz konkursy, udzielają drobnych zasiłków na cele zdrowia publicznego, utrzymują czasopismo higieniczne, wydają broszury, urządzają odczyty publiczne, urządzają nadzór higieniczny obywatelski, wchodzą w stosunki z władzami i instytucyami, usiłują uruchomić wszelkie motory, jakie w ogólności gdziekolwiek i kiedykolwiek dla zdrowia publicznego stworzono.

Z faktów konkretnych, wpływami Towarzystwa uzyskanych, należy przedewszystkiem wymienić uruchomienie przeważnie na cele higieniczne kapitałów zapasowych miast, a nawet zaciąganie długów na cele higieny, jak n. p. w Radomiu i Lublinie. W całym szeregu miast wybudowano bruki (Gębin, Tomaszów rawski), studnie (Lubartów, Hrubieszów), rzeźnie (Tomaszów lubelski). Znamiennem jest, że i miasta same zaczęły się zwracać do Towarzystwa o radę i wzywać na miejsce, jak to zdarzyło się w Radomiu, Przasnyszu, Łukowie, Siedliszczu i Wieluniu. Dziesięcioletni okres Towarzystwa nazywa Dr P. okresem obudzenia pragnień, a że nie masz przykładu w dziejach ludzkich, aby rozbudzone pragnienia pozostawały bez skutków, więc ma nadzieję, że »jeśli nie osiągniemy celów naszych dla nas, to zasiew nasz uszczęśliwi przynajmniej potomstwo nasze«. Do urządzeń, które wiodą do celów, stanowiących trzy podstawowe części programu Zjazdu: najszerszego spopularyzowania higieny, zabiegów dążących do podniesienia zdrowotności miejsc zaludnionych i rozwoju fizycznego, idącego w parze z rozwojem duchowym dziatwy i młodzieży, zalicza prelegent centralny Instytut higieniczny, już przez Radę Tow. zapoczątkowany (plac i zarodek funduszu) i organy obwodowe, któreby przenosiły higienę pod strzechy włościańskie. W końcu przypomina prelegent, że wobec braku rozumu i dobrej woli u tych, co rządzą losami naszymi, zginęlibyśmy, gdyby nie ofiarna samopomoc społeczna i dlatego po latach dziesięciu nic z zadań Towarzystwa się nie zmieniło, Towarzystwo nie stanęło na żadnym przełomie.

Tegoż dnia popołudniu wygłoszono szereg odczytów z działu **higieny miast i osad.**

Obrady pod przewodnictwem Dra Chełchowskiego rozpoczął odczytem **o higienie miast małych** Dr Certowicz z Włocławka. Na 80 kwestyonaryuszy rozesłanych do lekarzy miejskich i powiatowych, otrzymał autor ledwo 27 odpowiedzi. Z zestawienia na tym materyale opartego wynika, że śmiertelność w niektórych miastach (Grojec) dochodzi do 38% i że ani jedno miasto nie odpowiada najskromniejszym wymogom higieny co do bruków, chodników, ścieków, oświetlenia, cmentarzy, usuwania odpadków i nieczystości, wody do picia i t. d. Co do kąpieli i czystości mieszkańców, wystarczy powiedzieć, że przed 2 laty zamknięto gmach łazienkowy w Łowiczu dla braku kąpiących się. Zestawienie autora przesunęło przed oczyma słuchaczy smutny obraz stosunków prowincyonalnych w Królestwie i każe smutne wysnuwać horoskopy na przyszłość na wypadek, gdyby któraś z poważniejszych chorób zakaźnych u nas kiedy zagościła. — W tym też duchu przemawiał następny referent Dr Maciesza z Płocka. Czytał on rzecz **o stanie zdrowotnym miast naszych i niektórych sposobach jego polepszenia.** Na podstawie statystyki urzędowej z r. 1905 dowodzi autor, że śmiertelność z chorób przewodu pokarmowego, gruźlicy i chorób zakaźnych przekracza najwyższe znane liczby wszystkich miast Europy. Plagą Królestwa jest także alkoholizm. Mieszkaniec miasta w Królestwie wydaje średnio rocznie 10 rb., mieszkaniec wsi 4·23 rb. na wódkę. Dr M. dochodzi do wniosku, że przy dotychczasowym systemie gospodarki miejskiej o zupełnem wykorzenieniu zła nie może być mowy, że jednak sprawy nie wolno zaniedbywać, i acz tylko paliatywnie, ale działać należy, szerząc oświatę. — Tego samego domagał się Dr Michałowski z Żelechowa w odczycie **o higienie miast mniejszych**, o **higienie zaś osad** mówił Dr Szymon Klarner. Ciekawe daty z **gospodarki** finansowej **zarządów miejskich** w Król. Pol. z wyłączeniem Warszawy przytoczył Dr Józef Jaworowski. W Europie zachodniej miasta nie mają żadnych wolnych kapitałów, a najczęściej bywają obdłużone. I tak Berlin ma 120 milionów długu, Bruksella przeszło 100 milionów, Lipsk około 30 i t. d. Przeciwnie miasta i miasteczka Król. Pol. posiadają kapitały zapasowe, jednocześnie nie mają żadnych urządzeń higienicznych, częstokroć nie mają nawet wody do picia, bruków, oświetlenia, łaźni i t. p. Podobne braki dają się zauważyć i w dziedzinie szkolnictwa, dobroczynności publicznej i w dziedzinie potrzeb duchowych. Upośledzenie miast naszych tłómaczone bywa brakiem funduszów, tymczasem rzecz się ma wręcz przeciwnie. Kapitały są, tylko nie są odpowiednio używane. Kapitały miejskie są złożone w Banku Państwa, który je zresztą niechętnie przyjmuje do oprocentowania, wskutek czego znaczna część tych funduszów bywa składana w ministeryum spraw wewnętrznych bez procentu. Coroczne remanenty są również składane w ministerstwie spraw wewnętrznych. A zarządy miejskie w Król. Pol. mają specyalną ambicyę, przy układaniu budżetów i ich wykonywaniu wykazywać mniej lub więcej znaczne przewyżki dochodów nad rozchodami, upatrując w tem widocznie właściwy cel miejskiej gospodarki. Charakterystycznem jest przytem, że więcej, niż połowę ogólnych wydatków, pochłania utrzymanie samych zarządów miejskich. W Łodzi, Płocku, i Siedlcach utrzymanie zarządu miasta pochłania $^2/_3$, a w Łomży aż $^3/_4$ ogólnych wydatków. Na każdy rubel wydany na oświatę i cele dobroczynne przypada średnio 6·4 rb. na utrzymanie zarządu miejskiego. Spora część idzie na powiększenie kapitałów. W ostatnich latach 18 wzrosły kapitały miast gubernialnych o 105%. Zestawienie remanentów miejskich z wydatkami na oświatę zakrawa poprostu na bolesną ironię: Tak n. p. Grojec w r. 1908 odkłada remanentu przeszło 2.000 rb., a na szkoły wydaje zaledwie 295 rb.; Brześć kujawski, który zaoszczędza bez potrzeby w budżecie na r. 1908 rubli 1100, przeznacza na szkoły... 57 rb.; Gąbin przy remanencie 4.900 rb., daje na zakłady dobroczynne... 153 rb., Skierniewice odkładają 850 rb. oszczędności, natomiast nie dają ani grosza na szkoły! Takich przykładów jest cały szereg. Niektóre tylko miasta nie przesadzają w dążności do odkładania remanentów (Płońsk, Łowicz). Niema szkół, niema szpitali, w razie epidemii ludność może być zdziesiątkowaną wobec ohydnych warunków sanitarnych, — ale są remanenty, nie przynoszące nadto żadnych dochodów, chociaż nie żąda tego ani ministeryum, ani skarb państwa, ani władza krajowa. Przeciwnie! naczelna władza krajowa zalecała zarządom miejskim równoważenie dochodów i rozchodów bez sztucznego wytwarzania remanentów.

W dziale higieny miast i osad mówił jeszcze Dr Antoni Weissel **o działalności lekarza w gminie samorządnej,** domagając się utworzenia w każdej gminie stałej rady sanitarnej, w skład której wchodziłby lekarz z głosem stanowczym, a wreszcie p. Bronisław Koskowski mówił **o żywieniu się mieszkańców małych osad,** głównie żydów. Staranne badania dowiodły, że włościanin żywi się znośnie latem, żydzi zaś nie lepiej się żywią, niż chłopi, spożywają mniej białka i tłuszczów, niżby należało.

W sprawie **popularyzacyi higieny** zabierali głos dwaj referenci, Dr S. Sterling z Łodzi i Dr Maciesza z Płocka. Sterling żąda, by wiadomości z higieny szerzyła szkoła, by w tym celu przygotowywać nauczycieli przez wydanie odpowiedniego podręcznika i katalogu istniejących pism popularnych, przez systematyczne kursy wakacyjne dla nauczycieli. Żali się wreszcie na lekceważenie przez księgarzy wydawnictw popularnych, więc tanich, co gubi w zarodku usiłowania dotychczasowe w kierunku popularyzowania wiedzy. Drugi referent Dr Maciesza podnosi, że popularyzacya higieny weszła u nas niedawno na nowe drogi. Pchnęło ją na nie zawiązane Tow. higieniczne i nowela z 16 października 1901, ułatwiająca urządzanie odczytów i pogadanek. W r. 1903 sekcya higieny ludowej W. T. H. na wystawie w Miechowie zorganizowała bodaj pierwszą w Europie wystawę higieniczną dla włościan. Ta pierwsza próba zachęciła Tow. hig. do założenia stałego muzeum higienicznego w Częstochowie, dostępnego, ze względu na stałe pielgrzymki do klasztoru Jasnogórskiego, dla olbrzymich mas ludowych z całej Polski i do organizowania dalszych wystaw higienicznych na wystawach rolniczych powiatowych. Rzucono też projekt wystawy higienicznej ruchomej. W dalszym ciągu zatrzymuje się Dr M. dłużej nad obecną działalnością płockiego Domu Ludowego w kierunku popularyzowania higieny wśród ludu i zwraca uwagę, że w Płockiem Kółka rolnicze przejęły się ideą popularyzowania wiadomości z higieny i zapisały się na członków Tow. hig. warsz. Za Kółkami poszły towarzystwa współdzielcze i sklepy spożywcze. A teraz powinno warsz. Tow. hig. wyszukiwać w miarę możności prelegentów, wysyłać ich z odczytami na prowincyę do Kółek rolniczych, towarzystw współdzielczych i t. d. Autor radzi założyć muzeum higieniczne ruchome najpierw w Warszawie, a potem przy oddziałach prowincyonalnych. Tow. hig. warsz. powinno towarzystwa na prowincyi zaopatrywać w swoje wydawnictwa, oraz pośredniczyć w nabywaniu okazów i tablic.

O zaopatrzeniu ludności w wodę napisał referat Dr Tołwiński. Referat ten odczytał z powodu choroby autora syn jego. Badania autora obejmują powiat lubelski, ale autor jest przekonany, że stan podobny jest wszędzie zresztą w kraju. Okazało się, że z 637 osad ludzkich pow. lubelskiego, w 186 z liczbą ludności 39.292, czyli 28.9% całej ludności powiatu, niema zupełnie studzien, a w 87 miejscowościach z 35.761 ludności czyli 26,2% ludności powiatu ilość studzien jest bardzo mała, a więc 55,1% ludności albo wyłącznie, albo przeważnie pije wodę z rzek, stawów i t. p., a często nawet z dołów, napełnionych gnijącą deszczówką. W tych samych rzekach ludność miejscowa często pierze bieliznę, pławi konie i bydło, często chore. A i tam, gdzie są studnie, to zwykle nie są dostatecznie zabezpieczone od zanieczyszczeń. Użytkuje więc ludność wodę, nieodpowiadającą najprostszym zasadom higieny. Jak jednak złemu zaradzić? Ponieważ bez prawdziwego samorządu nie ma co nawet i marzyć o gruntownem usunięciu zła, dlatego radzi referent zabezpieczyć źródła, co można osiągnąć tanio przez umieszczenie kręgu betonowego; w studniach dawać cembrzynę betonową i ustawiać pompy. Przeciwko piciu wody z rzek należy walczyć jak najusilniej. W miejscowościach nadrzecznych należy budować studnie abissyńskie, łatwe w zastosowaniu i tanie.

Jedną z najpilniejszych potrzeb, **pomoc położniczą na wsi,** omawiał Dr Czerwiński i postawił następujące wnioski: 1) Każdy szpital prowincyonalny, posiadający oddział położniczy, powinien być bezpłatną szkołą dla akuszerek wiejskich; 2) uczenice tej szkoły w pierwszych latach jej istnienia powinnyby się rekrutować wyłącznie z pośród włościanek.

O higienie ubiorów ludowych mówił Dr Malewski, a po nim zdał sprawę Dr A. Puławski z 4-letniej działalności **kąpieli im. Bol. Prusa i ambulatoryum włościańskiego w Nałęczowie.**

W dziale **o ochronie dzieci i młodzieży** nawoływał do **walki ze śmiertelnością dzieci** Dr Jan Bączkiewicz i wygłosił referat szeroko zakreślony i zawierający wszystkie szczegóły, dotyczące tej sprawy. Potem odczytał dyrektor Karol Rose z Berlina rzecz **o ubezpieczeniu robotników w Europie.** Sprawę tę postanowiono postawić jeszcze raz na porządku dziennym przyszłego Zjazdu ogólnego z ewentualnym udziałem

sfer zainteresowanych. Potem przemawiał w tym dziale Dr T. Heryng z Warszawy na temat: **O nowej metodzie wyjaławiania mleka** i przedstawił własny aparat. Żadna ze znanych dotąd metod wyjaławiania nie może uczynić mleko zupełnie jałowem bez rozkładu zawartych w niem ważnych zaczynów i ciał ochronnych. Sposób zaś Dra Herynga polega na tej własności zaczynów mlecznych, że z wyjątkiem lipazy znoszą one bez rozkładania się ciepłotę 75° C, jeśli nagrzanie trwa bardzo krótko, t. j. 5—10 sekund i mleko zaraz zostanie stosownie oziębione (8—10° C). W tym celu zbudował Dr H. do domowego użytku mały przyrząd, który w jak najkrótszym czasie wyjaławia 200—250 gr. mleka, t. j. dawkę dostateczną do jednorazowego nakarmienia dziecka. Zapomocą pary lub nagrzanego, ścieśnionego powietrza zostaje mleko rozpylone przy pomocy pulweryzatora w szklannym kondenzatorze, w którym nagrzane do 75—80° C, skrapla się i spływa do odbieralnika i w nim zostaje natychmiast oziębione. Metoda ta przedstawia następujące korzyści: 1) Mleko zachowuje swe własności fizyczne t. j. kolor, zapach, smak i tłuszcze. Ilość cukru jest nieco zmniejszona odpowiednio do ilości dodanej wody, koniecznej w mleku przeznaczonem dla niemowląt. 2) Substancye białkowe pozostają niezmienione. 3) Mleko takie przy ciepłocie 10° C nie ścina się i nie kiśnie przez 6—8 dni. 4) Przy ciepłocie 4° C mleko to nie kiśnie przez 10 dni, jeśli przechowane jest bez dostępu światła. 5) Stanowi ono najodpowiedniejszy pokarm dla niemowląt i nie wymaga powtórnego przegotowywania. Najlepiej przechować je w $^1/_2$ litrowych flaszkach, »Thermos«, w których zachowuje ciepłotę do 14 godzin. 6) Mleko przez rozpylanie ulega homogenizacyi. 7) Podana metoda może być stosowana i w wielkich mleczarniach, wymaga jednak, aby do rozpylania używać przegrzanego i sterylizowanego powietrza pod odpowiedniem ciśnieniem. 8) Aparat autora jest prosty, tani, daje ciepłotę stale 75—80° C bez potrzeby użycia kontroli termometrycznej. 9) Wyniki autora zostały sprawdzone w Berlinie w instytucie hig. Prof. Fickera i w Warszawie przez Dra Serkowskiego i Żurakowskiego. Badania Dra Serkowskiego, który zakażał mleko surowe lasecznikami gruźlicy, duru, bakteryami ropnemi i lasecznikami zawierającymi zarodniki, a następnie wyjaławiał aparatem autora, wykazały, że bakterye chorobotwórcze ulegają zniszczeniu przy ciepłocie o 10° C niższej, niż przez proste ogrzanie mleka. 10) Co do ilości bakteryi, to prof. Ficker otrzymał przy pomocy tego aparatu redukcye kolonii z 908,000 w jednym cm³ do 80 kolonii; przytem ani fermenty, ani substancye białkowe nie zostały zmienione.

W odczycie **o żywieniu niemowląt w Warszawie** zalecał Dr M. Roszkowski »Kroplę mleka«.

W końcu posiedzenia w dniu 27 września wygłosił odczyt Dr W. Puławski z Radziejowa **o walce z chorobami zakaźnemi.** Jestto referat bardzo szeroko nakreślony. Rzecz tę postanowiono jeszcze raz traktować na przyszłym Zjeździe.

W dniu 28 września Zjazd został zamknięty. Przed zamknięciem Dr J. Polak streścił wynik prac Zjazdu i wreszcie przyjęto szereg uchwał, a mianowicie:

W sprawie samorządu uchwalono, że samorząd ziemski i miejski, faktyczny, a nie nominalny, jest warunkiem nieodzownym poprawy stosunków zdrowotnych i normalnego rozwoju kraju; szczególnie ważne jest wprowadzenie samorządu dla uruchomienia kapitałów, oraz wszelkich operacyi finansowych na cele zdrowotne, wymagają one atoli niezmiernie ścisłej kontroli obywatelskiej.

W sprawie uzdrowotnienia Lublina uznano za konieczne ulepszenie wodociągu, budowę nowej rzeźni, urządzenie kanalizacyi, a tymczasowo zastosowanie metod biologicznych oczyszczania ścieków w szpitalach, zadrzewianie miasta, przeniesienie targowisk na obwód miasta, uzdrowotnienie przedmieść i gmin podmiejskich, zaprowadzenie elektryczności, powiększenie liczby łóżek szpitalnych i budowę szpitala zakaźnego, a podnosząc z uznaniem starania prezydenta miasta i obywateli o uzdrowotnienie Lublina, zaznaczono, że prace przygotowawcze powinny być dalej prowadzone jak najenergiczniej bez odkładania ich do wprowadzenia samorządu.

W sprawie zapobiegania cholerze uchwalono zwrócić uwagę na zasadnicze postulaty walki z tą chorobą: 1) uzdrowotnianie osad, głównie przez zaopatrzenie ich w dobrą wodę i usuwanie nieczystości i odpadków, 2) zbadanie pochodzenia wody i terenu w celu zabezpieczenia jej od dostania się zarazków, 3) usunięcie zupełne użytkowania wody ze zbiorowisk otwartych (nawet do celów gospodarczych), 4) nieprzepuszczalność cembrzyn studziennych, 5) w razie wybuchu zarazy urządzenie osobnych szpitali i domów izolacyjnych, odkażanie (palenie rzeczy małowartościowych, wygotowanie bielizny i pościeli chorych w wodzie z ługiem pod osobistym dozorem lekarza lub sanitaryusza, wymycie sprzętów i naczyń, oraz podłogi i wybielenie ścian mlekiem wapiennem, odkażanie pierzyn i poduszek w parnikach, kartoflarkach, rozwieszanie kożuchów, rzemieni i t. p. na dwa tygodnie na strychu zamkniętym i opieczętowanym), 6) nie używanie produktów z miejscowości zakażonych, 7) ułatwienie szczepień ochronnych.

W sprawie chorób zakaźnych uznano za sprawę zasadniczą uczyć ludność zamiłowania do czystości (szczególnie młodzież w szkołach), propagować zakładanie studzien abisyńskich, opracować ogólne wnioski na przyszły Zjazd.

W sprawie szczepienia ospy uchwalono starać się o prawo o obowiązkowem szczepieniu.

W sprawie popularyzacyi higieny uchwalono, by Towarzystwo higieniczne propagowało zasady zdrowotności na szerszą skalę przy współudziale Towarzystw oświatowych, kulturalnych i spółdzielczych, wyszukiwało prelegentów i dostarczało im środków pomocniczych, założyło ruchome muzeum higieniczne, zaopatrywało Towarzystwa oświatowe i t. d. w swoje wydawnictwa, okazy i tablice, zajęło się wydaniem podręczników i urządzeniem wykładów higienicznych dla nauczycieli, urządziło kursy z higieny dla duchowieństwa, zakładało po wsiach kółka »Zdrowia«.

W walce ze śmiertelnością dzieci uznano za najodpowiedniejszą drogę zakładanie »Kropli mleka« przy oddziałach prowincyonalnych Towarzystwa higienicznego, dalej zalecono popularyzacyę higieny wieku dziecięcego, wprowadzenie do szkół żeńskich wykładu o pielęgnowaniu dzieci. W społeczeństwie należy rozbudzać dbałość o rozwój fizyczny dziewcząt, jako przyszłych matek. Należy dokonać jednodniowego spisu dzieci przynajmniej w miejscowościach, gdzie są oddziały Towarzystwa hig., starać się o tworzenie zakładów, mających na celu ochronę matek i dzieci, o ubezpieczenie się kobiet w okresie macierzystwa w odpowiednich zakładach, o uzupełnienie projektu ustawodawstwa fabrycznego postanowieniem, że robotnice fabryczne mają być na 4 tygodnie przed i 4 po porodzie uwalniane od pracy z prawem do płacy za czas choroby.

Co do opieki nad dziećmi wyraził Zjazd życzenie, by przy wszystkich oddziałach prowincyonalnych powstały Wydziały wychowawcze, ogrody gier i ćwiczeń ruchowych na wzór ogrodów im. Rana, by wychowanie fizyczne oparte było w szkołach na podstawach naukowych, a lekarze szkolni zaznajamiali się z tą sprawą praktycznie, by dla ujednostajnienia zasad wychowania nastąpiło zjednoczenie zarządów wszelkich instytucyi, zajmujących się opieką nad dziećmi i wreszcie, by w kraju powstawały przytułki dla dzieci, dotkniętych idyotyzmem, obłąkaniem, padaczką i t. d.

W sprawie pomocy położniczej na wsi uchwalono: Każdy szpital prowincyonalny, posiadający oddział położniczy, powinien być bezpłatną szkołą dla akuszerek wiejskich, a uczennice szkół tych w pierwszych latach ich istnienia powinny się rekrutować z pośród włościanek.

Sprawę ubezpieczenia robotników postanowiono postawić na porządku dziennym najbliższego Zjazdu Towarzystwa lub osobnego Zjazdu z udziałem pracodawców i robotników; wykład p. dyr. K. Rosego ma być wydrukowany i rozesłany oddziałom prowincyonalnym. (*Według »Zdrowia«*). *Stahr.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio galicyjska wzywa wszystkich Kolegów, aby bez porozumienia się z Izbą lekarską nie ubiegali się, ani też nie przyjmowali posady lekarza zarejestrowanej Kasy zapomogowej w Jarosławiu, zajmowanej dotychczas przez Dra Turnheima, któremu posadę bez powodów z dniem 31 stycznia b. r. wypowiedziano.

Dr Ackermann m. p. *Dr Schoengut* m. p.

Wydział Związku krajowego lekarzy w Krakowie (Radziwiłłowska 4) odbył posiedzenie dnia 5. stycznia b. r. Na posiedzeniu tem uchwalono uwolnić od połowy wkładki (to znaczy zniżyć roczną wkładkę na 12 K) bez wyjątku wszystkich tych Kolegów, którzy podpisali zobowiązanie przystąpienia do organizacyi lekarzy, a wyrazili życzenie, ażeby im wkładkę obniżono. Również i na przyszłość będzie wydział tak samo postę-

pował, aż do ewentualnej zmiany statutu, która wysokość wkładki ostatecznie unormuje.

Zarazem podaje wydział Kolegom do wiadomości, że wszystkie instytucye zapomogowe, które dotychczas prowadziło Towarzystwo Samopomocy lekarzy, będzie również prowadził Związek (kasa pogrzebowa, oddział należytości, znaczki receptowe i t. d.).

Związek zgłosił swoje przystąpienie do centralnego Związku austryackich organizacyi lekarskich w Wiedniu i tem samem wprawdzie późno, ale jednak nie zapóźno dokonał tego, co już dawno zrobili lekarze innych krajów koronnych.

Niestety Koledzy utrudniają przez swoją opieszałość utworzenie organizacyi takiej, jaka jedynie może i musi kres położyć popełnianemu na lekarzach wyzyskowi. Jak długo nie należą wszyscy lekarze do organizacyi, tak długo nie ma mowy o zdobyciu przez nią znaczniejszych korzyści.

Wydział nie łudzi się co do przyczyn, jakie wstrzymują rozwój organizacyi. Jakkolwiek w pierwszym rzędzie należy do tych przyczyn zaliczyć wprost karygodną w obecnej chwili indolencyę, to zapewne wielu Kolegów wstrzymuje od przystąpienia do Związku, czyto wysoka stosunkowo wkładka, czy też jedno lub drugie postanowienie statutu. Dotychczas zgłosiło się do Związku zaledwie 160 lekarzy (na przeszło 1400! mieszkających w Galicyi). Czyż to nie dowód wymowny, że lekarze mniej posiadają zrozumienia dla swoich interesów, niż nierównie mniej wykształceni robotnicy, których zawodowe organizacye rosną w oczach? Wszak wkładkę wydział wszystkim żądającym tego obniża, a statut nie jest nietykalnym! Gdyby tych 1240 lekarzy, którzy dotąd trzymają się na uboczu, przystąpiło do Związku, to przecież mogliby z łatwością zmienić statut według swojego życzenia i nadać organizacyi kierunek, który ich zdaniem jest właściwym. Czyż wszyscy ludzie, pracujący bądźto fizycznie, bądź też umysłowo, są zdolni do wspólnej obrony swych praw, a tylko lekarze mieliby stanowić wyjątek?

Wszak już kilkakrotnie zwracaliśmy uwagę na to, że obecnie uchwala parlament ustawy, które stanowią wprost kwestyę bytu lekarzy. Jeżeli teraz nie połączymy się z Kolegami w innych krajach Austryi, jeżeli nie staniemy murem przeciw zakusom różnych demagogów, którzy naszym kosztem chcą udawać filantropów i ubezpieczać wszystkich na wypadek choroby, zmniejszyć lekarzom ich już i tak nędzne dochody i uczynić z nich niewolników kas chorych, — to stoczymy się do rzędu najbardziej wyzyskiwanych pracowników. Nie wystarczy oburzać się w pismach lekarskich na niesolidarnych Kolegów, którzy nie poddają się uchwałom Izb lekarskich, nie wystarczy narzekać po kątach na złe czasy. Mężczyznom przystoi walka ramię do ramienia. Kto się od niej wyłącza dla powodów, których boi się wyjawić, ten sam przeciw sobie występuje.

Wzywamy Kolegów jeszcze raz do przystąpienia do organizacyi. Pokażmy lekarzom innych krajów, że Galicya nie pozostaje w tyle! Spieszcie Koledzy, bo decyzya parlamentu zaskoczy nas lada chwila, a potem... potem będziemy mogli już tylko narzekać. *W.*

Związek państwowy organizacyi lek. austr. ogłasza, że lekarze pomocniczy szpitalni w Tryeście będą prawdopodobnie zmuszeni wypowiedzieć swe posady. Mianowicie na posady asystentów i sekundaryuszy w nowootwartym gminnym zakładzie obłąkanych nie podał się nikt z powodu zbyt nizkich płac; obecnie gmina chce zmusić sekundaryuszy szpitala powszechnego do pełnienia służby w zakładzie. Gdyby gmina przy tem obstawała, wszyscy lekarze pomocniczy szpitali gminnych w Tryeście ustąpią z posad. Na ten wypadek ostrzega Prezydyum Związku, by nikt z lekarzy nie przyjmował opróżnionych posad, ani zastępstwa. Odezwę tę podpisał imieniem Prezydyum Związku prezes Dr *Gruss*. *R.*

Ustawa o ubezpieczeniu urzędników prywatnych a lekarze. Kiedy swego czasu rząd ustawę tę zapowiedział, lekarze poczynili starania, żeby i ich, o ile pracują stale w kasach chorych, lub mają stałe posady prywatne, objęła ta nowa ustawa. Rząd obiecał to uczynić. A kiedy później ustawę tę rząd ogłosił, zjawiły się w praskim tygodniku lekarskim artykuły Dra Picka z Osieka, występujące przeciw temu, by pod ustawę tę podciągnięto lekarzy wogóle, a kasowych w szczególności. I wszczął się wtedy w sferach lekarskich znowu ruch przeciwny ustawie. Jedni byli jeszcze za ustawą (Dr Grün), inni byli jej przeciwni (Dr Pick). XII Wiec Izb lekarskich w Opawie zajął się tą sprawą, ale jej nie rozstrzygnął. Wezwał poszczególne Izby, by w porozumieniu z organizacyami jeszcze raz nad tą sprawą się zastanowiły i uchwały swe Wydziałowi gospodarczemu Izb lekarskich zakomunikowały. Wydział gospodarczy zaś miał ostateczne swe postanowienia w sprawie podciągnięcia pod tę ustawę lekarzy, lub też ich wyłączenia, przedłożyć XIII. Wiecowi Izb.

W wykonaniu tej uchwały zajęły się tą sprawą jeszcze raz prawie wszystkie Izby austryackie i wydały następujące opinie: Wiedeń: Ze względu na szkody, wyniknąć mogące z ustawy tej dla lekarzy i ze względu na wolny wybór lekarzy, którego się domaga większość lekarzy, jest Izba wied. przeciwną tej ustawie, a oświadcza się za utworzeniem ogólnej kasy ubezpieczeń dla lekarzy austr. Austrya dolna: Postanowienia ustawy tej nie nadają się dla całego stanu lekarskiego, a więc dla uniknięcia przymusu ubezpieczenia należy ubezpieczać się w prywatnych Towarzystwach asekuracyjnych. Austrya górna: Lekarze powinni starać się wszelkiemi siłami, by ich nowa ustawa nie objęła. Solnogród uważa ustawę za nieodpowiednią dla lekarzy. Styryi nie podoba się ta ustawa dla lekarzy kasowych, dla innych zaś należałoby ją odpowiednio zmienić. Tryest oświadcza się przeciw ustawie, radzi stworzenie własnego instytutu pensyjnego. Tyrol (niemiecki) nie widzi korzyści dla lekarzy, mających stałe posady. Lekarzom należy zostawić swobodę co do korzystania z ustawy. Przedarulania jest przeciwną ustawie. Czechy (sekcya niemiecka): Ustawę należy zmienić, lekarze kasowi jednak nie powinni podlegać obowiązkowi należenia do nowej instytucyi. Morawa (sekcya niemiecka i czeska) poleca do ubezpieczenia instytut zastępczy, a mianowicie morawski krajowy zakład asekuracyjny. Śląsk prosi Wydział gospodarczy, by poczynił starania, iżby lekarzy kasowych, mających stałą płacę, wyłączono z obowiązkowego ubezpieczenia. Galicya zachodnia upatruje korzyści w nowej ustawie, chociaż podnosi, że należałoby zmienić dla lekarzy niekorzystne postanowienia ustawy. Bukowina oświadcza się przeciw objęciu ustawą lekarzy kasowych, mających stałą pensyę i radzi stworzenie osobnego państwowego funduszu pensyjnego dla wszystkich lekarzy praktycznych.

Przeważna zatem większość Izb oświadczyła się za wyłączeniem lekarzy z szeregu tych, którzy postanowieniom ustawy podlegają. Tylko Galicya zachodnia i Morawy były za ustawą. Większość Izb radziła równocześnie stworzyć własny osobny fundusz pensyjny.

Sprawa ta stanęła znowu na porządku dziennym XIII Wiecu Izb lek. austr. w Pradze we wrześniu 1908 i tam oświadczono się przeciw ustawie z 16. grudnia 1906, jako nie odpowiadającej obecnym potrzebom i wymaganiom lekarzy (porów. »Przegląd« 1908 str. 525, sprawozdanie Dr Schoenguta). Uchwała Wiecu domaga się wprost, by z pod postanowień tej ustawy lekarzy wyjęto. Oświadczano się za ubezpieczeniem ogólnem i państwowem wszystkich lekarzy, do którego państwo ma się odpowiednio przyczynić. Tymczasem, nie czekając na głos lekarzy, wydał rząd postanowienia wykonawcze do ustawy pensyjnej i zażądał od kas chorych zgłoszenia lekarzy. Zgłoszenia te już dawno do władz wpłynęły. Przy tej sposobności zaznaczam, że wiele kas na zgłoszeniach lekarzy zaprotestowało także przeciw podciągnięciu lekarzy pod postanowienia tej ustawy, podając przytem różne motywy, chociaż prawdziwym motywem jest to, że nie chcą płacić za lekarzy wkładek. Protest Wiecu jest więc spóźniony; — cała nadzieja w tem, że i druga, znacznie liczniejsza, a na pewno więcej wpływowa grupa społeczna, a mianowicie handlowcy, również przeciw tej ustawie agituje i prawdopodobnie skłoni rząd do zmienienia ustawy. To też i lekarze powinni, póki czas, ściśle określić swe żądania i głośno i dobitnie przedłożyć je tam, gdzie należy. Żądania bowiem poszczególnych Izb i organizacyi nie są w sprawie tej dotąd ustalone. O ile z debat tu i ówdzie prowadzonych wnosić można, ma pośród lekarzy ubezpieczenie na starość i stałą niezdolność do pracy wogóle bardzo wielu zwolenników, chociaż z drugiej strony obecna ustawa o ubezpieczeniu urzędników prywatnych ich nie zadowalnia. *Stahr.*

Wydział gospodarczy austr. Izb lekarskich kooptował prezydenta »Państwowego Związku organizacyi lekarskich« Dra Adolfa Grussa, aby tem bardziej zbliżyć obie korporacye. Myśli tej należy przyklasnąć gorąco. *Stahr.*

Walka lekarzy niemieckich z Towarzystwami ubezpieczeń życiowych, podjęta przez związek lipski, zakończyła się umową polubowną, przez którą wprawdzie nie wszystkie żądania lekarzy zostały spełnione, wszelako lekarze osiągnęli znaczne korzyści. *R.*

Asystenci szpitali szwajcarskich utworzyli związek celem uzyskania poprawy bytu. Dotychczas pobierają asystenci

szpitalni w Szwajcaryi średnio 600—800 franków rocznie, prócz mieszkania i utrzymania, a w klinikach berneńskich otrzymują pierwsi (!) asystenci tylko 500 fr. płacy. *R.*

Organizacya państwowych urzędników sanitarnych. 12 grudnia 1908 odbyło się w Bernie mor. konstytuujące zgromadzenie krajowego Związku sanitarnych urzędników państwowych. Po wyborze prezydyum postanowiono jednogłośnie przystąpić do Związku państwowego austr. urzędników sanitarnych, który zatem obecnie obejmuje wszystkie kraje koronne Austryi. *Stahr.*

Do organizacyi lekarzy m. Wiednia przystąpiło do końca roku zeszłego 1870 lekarzy wiedeńskich. *E. S.*

Gromadne występowanie lekarzy wojskowych z armii austryackiej nie ustaje. Dziennik rozporządzeń wojskowych Nr 27 z r. 1908 donosi o złożeniu stopnia oficerskiego przez 8 lekarzy wojskowych. W ministeryum wojny znajduje się jeszcze około 30 podań tego rodzaju, ale ogłoszenia o ustępowaniu lekarzy rozłożono na kilka numerów dziennika rozporządzeń wojskowych. Dotychczasowy (30%) brak lekarzy w armii wzrośnie prawdopodobnie niedługo do 40%. *Stahr.*

Ankietę w sprawie gruźlicy w Bośni zamknięto w Serajewie po 4-dniowych obradach. Powzięto liczne uchwały w sprawie obowiązku donoszenia o chorych gruźliczych, w sprawie urządzenia sanatoryów, w sprawie założenia kraj. stowarzyszenia walki z gruźlicą, z filiami w każdym powiecie. Szczególną uwagę poświęcono higienie szkolnej. Między innemi poruszono myśl budowania szkół w lasach dla uczniów, zagrożonych lub dotkniętych gruźlicą. *Stahr.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1. I. do 9. I. 1909 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Bohorodczany (Markowa 10), Brzeżany (Chorobrów 2), Buczacz (Krasiejów 1), Jarosław (Ostrów 6), Jaworów (Zawadów 1), Kołomyja (Chomiakówka 1), Kosów (Chomczyn 5), Lisko (Krzywe ad Tworylne 1), Skałat (Orzechowiec 3, Rożyska 5), Stryj (Synowódzko 3), Turka (Jabłonka w. 2), Zborów (Daniłowce wyżne 1, Jezierna 1, Jarczowce 1); o s p y w pow. Brody (Popowce 1). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. I do 9. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 1 (w tem obcych 7 † 1), krztuśca 3, płonicy 8 † 2 (— † 1), odry 24 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 5 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 2 † 2 (2 † 2). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 3. I. do 9. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (w tem obcych —), płonicy 28 † 4, duru brzusznego 1. *Dr Legeżyński.*

Epidemia duru szerzy się podobno po cholerze w gwałtowny sposób w Rosyi.

Dur powrotny zjawił się ponownie w Warszawie.

Wiadomości bieżące.

Delegacya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, wykonując uchwały dwóch ostatnich Zjazdów, postanowiła zaprosić lekarzy polskich do zbierania s t a t y s t y k i g r u ź l i c y na obszarze ziem polskich, a to w okresie jednorocznym, o d 1. l u t e g o 1909, d o 1. l u t e g o 1910, tak, aby wynik badań mógł być opracowany i przedstawiony na najbliższym, w roku 1910 odbyć się mającym Zjeździe.

W tym celu, licząc w tem na pomoc Towarzystw lekarskich, prosi Delegacya wszystkich lekarzy, by zbierali dane o wszystkich, w tym czasie badanych przez siebie chorych na gruźlicę, według wzoru jednolitego, który dla Delegacyi opracował Dr Seweryn Sterling. Wzór ten ułożony jest tak, aby zbieranie statystyki jaknajwięcej ułatwić i uprościć do danych najważniejszych. Delegacya roześle wzór w ciągu lutego Towarzystwom lekarskim. Statystyka już wtenczas będzie użyteczną, jeśli będzie zupełną przynajmniej z pewnych okolic i miast (centrów fabrycznych i t. d.).

Kartek statystycznych, ujętych w bloczki kieszonkowe po 50 sztuk, aby je lekarze zawsze mogli mieć ze sobą, nie należy po wypełnieniu z bloczków wyrywać. Wypełnione bloczki uprasza Delegacya odsyłać na ręce Dra Sterlinga (Łódź, Piotrkowska 111) lub do sekretarza Delegacyi Prof. Ciechanowskiego (Kraków, Wielopole 4), do których też zwracać się należy po dalsze bloczki.

W s z y s t k i e p i s m a p o l s k i e u p r a s z a s i ę o p o w t ó r z e n i e n i n i e j s z e g o z a w i a d o m i e n i a.

Kraków. Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbyło się w d. 5. I. 1909. 1) W sprawie korespondencyi w »Głosie lekarzy«, zatytułowanej »Kapitulacya Izby lekarskiej«, uchwalił Wydział Izby zwrócić uwagę Redakcyi »Głosu« na niestosowność zamieszczania podobnych korespondencyi i uwag bez poprzedniego zawiadomienia Izby lekarskiej. 2) W sprawie Kasy chorych regulacyi Rudawy postanowiono zgodzić się na podane przez Dra M. warunki. 3) W sprawie powstać mającej apteki Kas chorych w Krakowie uchwalono wydać opinię, że taka apteka jest nieodpowiednią.

— Posiedzenie Rady honorowej Izby lekarskiej odbyło się d. 11. I. 1909. Miała się odbyć rozprawa przeciw Drowi K. z Z. Skutkiem jego choroby odroczono rozprawę do 29 b. m. Następnie odbyło się posiedzenie Wydziału Izby, na którem zajmowano się następującemi sprawami: 1) Uchwalono porządek dzienny na posiedzenie pełnej Izby w dniu 23. I 1909. 2) Dr M. z J. uskarża się, że sąd obwodowy nakazuje mu badać zawsze tylko w obecności sędziego. Uchwalono zwrócić się do władz odnośnych. 3) Przyjęto z zadowoleniem do wiadomości pismo sekcyi Jarosławskiej Tow. lek. gal., donoszące, że dzięki solidarności lekarzy udało się utrzymać na posadzie w pow. Kasie chorych Dra H. w Jarosławiu. 4) Kasie chorych w Przeworsku uchwalono donieść, że Izba nie zgadza się na podane przez nią warunki. 5) W sprawie zarej. Kasy zapomogowej w Jarosławiu uchwalono ogłosić ostrzeżenie i zwrócić się do tej Kasy z zapytaniem o powody usunięcia Dra T. 6) Drowi H. z M. w sprawie odmówienia honoraryum przez komendę wojskową uchwalono odpowiedzieć, że istnieje rozporządzenie, mocą którego lekarz miejski musi udzielać żołnierzom pomocy bezpłatnie. Jednocześnie uchwalono niesprawiedliwość tego rozporządzenia poruszyć na posiedzeniu pełnej Izby i na najbliższym wiecu Izb lekarskich. 7) Załatwiono szereg spraw drobnych.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13. I. 1909 doroczne posiedzenie administracyjne, na którem Zarząd Towarzystwa przedstawił sprawozdanie za r. 1908, poczem wybrano sekretarzem stałym Dra D a m s k i e g o. Uchwalono wyrazić uznanie Zarządowi sanatoryum dla uczącej się młodzieży (Dom Zdrowia Bratnia Pomoc) w Zakopanem. Opracowanie zmiany statutu, mającej na celu złączenie Towarzystw lekarskich w Galicyi na zasadach autonomii, przekazano komisyi, złożonej z członków Zarządu Towarzystwa wraz z przewodniczącymi komisyi stałych i kolegami: Borzęckim, Landauem, Kostaneckim i Surzyckim. Po posiedzeniu nastąpiło odsłonięcie wizerunków wszystkich prezesów Towarzystwa od założenia (od r. 1866), przyczem przemawiał prezes Dr B o r z ę c k i.

— D. 11. I. 1909 wręczyła oficyalna deputacya Rady miejskiej, złożona z prezydenta Dra Leo, wiceprezydenta Dra Szarskiego, oraz przewodniczących wszystkich sekcyi Rady, pp.: Beringera, Prof. Bandrowskiego, Prof. Domańskiego, Epsteina, Klemensiewicza, Prof. Pareńskiego i Prof. Ponikły, profesorowi Drowi M. L. J a k u b o w s k i e m u dyplom obywatelstwa honorowego m. Krakowa.

— Rada miejska na posiedzeniu w d. 14. I. 1909 wybrała lekarzem naczelnym (fizykiem) miasta Dra Tomasza J a n i s z e w s k i e g o.

— Dyplom doktora wszechnicy krakowskiej uzyskał Dr Jan Władysław N e l k e n z Warszawy, asystent katedry neurologii i psychiatryi Uniw. Jag.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej wybrał na posiedzeniu w d. 18. XII. 1908 sekretarzem swym Dra Kwiatkiewicza, a skarbnikiem Dra Kohlbergera; oświadczył się za otwarciem nowych aptek w Złoczowie, Stryju i Stanisławowie i prywatnej apteki w Wielkich Oczach, a przeciwko otwarciu nowych aptek publicznych w Dolinie i Sokalu i prywatnej w Białym Kamieniu; uchwalił wezwać Dra Polończyka do rozprawy w d. 29. XII.; oddał taryfy lekarskie z Jarosławia i Drohobycza do referatu Drowi Papéemu. — Na posiedzeniu w dn.

29. XII. 1908 rozprawa Dra Połończyka nie odbyła się z powodu chwilowego wyjazdu jego ze Lwowa. Wskutek petycyi lekarzy drohobyckich uchwalono wezwać lekarzy tamtejszej Kasy chorych, aby wypowiedzieli swe posady od 1. IV. 1909. Przyjęto memoryał Dra Mikołajskiego w sprawie ustawy o chorobach zakaźnych; memoryał ten uchwalono przesłać Wydziałowi wykonawczemu Izb, aby zajął się opracowaniem i przedłożeniem rządowi życzeń wszystkich Izb austr. w tej sprawie, a zarazem postanowiono zwrócić się do Koła polskiego w Wiedniu o poparcie żądań, zawartych w memoryale. Wreszcie oświadczono się za otwarciem nowej apteki w Przemyślu i uchwalono na jednem z następnych posiedzeń rozpatrzeć szczegółowo sprawę obsadzania posad lekarskich.

— Wydział krajowy zwołał na 16. I. 1909 ankietę w sprawie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Inicyatywa Wydziału krajowego w tej ważnej sprawie spotka się w kołach lekarskich z najżywszem uznaniem. W ankiecie mają uczestniczyć: szefowie departamentów sanitarnego i gminnego Wydziału kraj., Dr Bernadzikowski i p. Onyszkiewicz, protomedyk R. Dw. Dr Merunowicz, prezesi obu Izb lekarskich, Dr Festenburg i Schoengut, oraz Prof. Browicz, Ciechanowski, Kostanecki, Łukasiewicz i Dr Mikołajski (»Kuryer lw.«). Ankieta ma rozpatrzeć następujące punkta: 1) Czy i o ile żądać należy takich zmian w projekcie rządowym, któreby zastrzegały kompetencyę Sejmu, zamiast rządu centralnego do wydawania przepisów uzupełniających. 2) Które choroby oprócz wymienionych w projekcie należałoby wprowadzić do ustawy. 3) Jaką drogą i w jaki sposób mają być władze zawiadamiane o chorobach zakaźnych. 4) Sprawa odpowiedniego zorganizowania służby sanitarnej ze strony rządu i władz autonomicznych. 5) Sprawa rozdziału kosztów między gminy, kraj, a rząd. 6) Ewentualne wnioski uczestników ankiety.

— Na Walnem Zgromadzeniu Związku lekarzy rządowych we Lwowie uchwalono jednogłośnie na wniosek Wydziału, przedstawiony przez Dra Obtułowicza, — zamianować członkami honorowymi Radcę Dworu Dra Józefa Merunowicza i starszego lekarza powiatowego Dra Władysława Czyżewicza, a to w uznaniu ich znakomitych zasług, położonych dla Związku.

— W sprawie zapobiegania gruźlicy, szerzącej się wśród wychowanków zakładu sierot fundacyi hr. Skarbka w Drohowyżu, zwołał kurator fundacyi w d. 10. I. 1909 konferencyę, która oświadczyła się za utworzeniem w Drohowyżu szkoły leśnej (Waldschule), zamiast dotychczasowych warsztatów rzemieślniczych. W konferencyi uczestniczyli R. Dw. Dr Merunowicz, Prof. Gluziński, szef dep. V. Wydz. kraj. Dr Bernadzikowski, Prof. Halban, Dr Mikołajski, Dr Doboszyński i dyr. Lewicki i Schmidt.

— W klinice chirurgicznej R. Dw. Prof. Rydygiera wakuje stanowisko elewa z roczną remuneracyą 600 koron. Stanowisko to jest do objęcia zaraz.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na r. 1909 prezesem Dra W. Gabszewicza, wiceprezesem Dra O. Hewelkego, kierownikiem pracowni Dra St. Serkowskiego, sekretarzem dorocznym Dra Ant. Majewskiego, jego zastępcą Dra T. Wilczyńskiego.

— »Medycyna« (Nr 2) ogłasza w całości odezwę członków Wydziału dobroczynnego Magistratu, mianowanych z pośród obywateli, t. j. Prof. Kosińskiego i pp. Natansona, Marconiego i Stępińskiego. Odezwa prostuje błędne mniemanie szerokich kół, jakoby z objęciem szpitali przez miasto, braki ich w krótkim czasie mogły być usunięte. Przeszkadza temu wadliwość obecnych ustaw szpitalnych, zbyt ciasna kompetencya magistratu w sprawach sanitarnych, a przedewszystkiem brak koniecznych środków. Niedobór szpitali za rok 1908 wyniesie już po potrąceniu dochodu z kapitałów i opłat za leczenie olbrzymią sumę 1,131,265 rb., a po potrąceniu dochodów specyalnych (z podatku szpitalnego, opłat od totalizatora) i t. d. jeszcze pozostanie ciężar 969.270 rb., spadający na kasę miejską oprócz części dawniejszych długów w kwocie 250,000 rb. W dochodach zaś brak miastu przeszło pół miliona rubli rocznie na utrzymanie szpitali w tym nawet stanie, w jakim obecnie się znajdują. To też pierwszym krokiem do poprawienia szpitalnictwa musi być uzyskanie nowych znacznych dochodów, a w tym celu opracował Wydział dobroczynny projekt nowego podatku szpitalnego, któryby zapewnił szpitalom 800,000 rb. rocznie. Nie mając jednak jeszcze na ten podatek zezwolenia, spełniał Wydział dobroczynny Magistratu zadanie swe w miarę możności: budżety szpitali rozdzielił równomierniej, wydał 100,000 rb. na poprawę budynków, podwyższył wydatki na przytułki położnicze, na żywienie chorych (z 22 kop. na $27\frac{1}{2}$ kop. dziennie, t. j. o 25%, a każda kopiejka oznacza 10,000 rb. rocznie), personalu, ulepszył sposób dostaw do szpitali i zapomocą osobnych komisyi opracował szczegółowy program gruntownych reform. W końcu ostrzega odezwa przed zbyt pohopną krytyką i wzywa społeczeństwo do liczenia się z realnymi warunkami, w jakich pracować musi obecnie Wydział dobroczynny.

— »Gazeta lek.« (2) podnosi konieczność otwarcia nowourządzonego szpitala przy ul. Złotej, ponieważ wszystkie inne szpitale są chorymi przepełnione.

— Komisya, obradująca pod przewodnictwem Prof. Kosińskiego w sprawie pomnożenia miejsc w szpitalach warszawskich, ukończyła swe prace i przedłożyła Wydziałowi Dobroczynności Magistratu wnioski, streszczające się w tem, że liczba miejsc w szpitalach powinna wynosić najmniej 5000, a urządzenie szpitali: wolskiego, św. Rocha, św. Łazarza, praskiego i św. Jana Bożego wymaga udoskonalenia. W szczególności doradza komisya: 1) Wyjaśnić sprawę własności ogrodu warsztatów rzemieślniczych im. Staszica w celu nabycia przez Magistrat i wybudowania tam nowego szpitala wolskiego na 500 łóżek. 2) Przekazać Wydziałowi dobroczynnemu dom miejski przy ul. Złotej dla urządzenia w nim tymczasowego szpitala. 3) Na terytoryum szpitala św. Stanisława wybudować nowy pawilon na 50 miejsc, a także zaokrąglić terytoryum szpitalne przez kupno sąsiednich gruntów. 4) Skorzystać z wolnych placów na terytoryach szpitali Dzieciątka Jezus, żydowskiego i dziecięcego przy ul. Śliskiej celem zbudowania na nich po jednym pawilonie, na 100 miejsc każdy dla chorób wewnętrznych, a przy ostatnim szpitala dla zakaźnych chorób dzieci. 6) Przebudować 4-ty pawilon w szpitalu św. Ducha. 7) Przy budowie nowych szpitali i pawilonów należy urządzić oddział oczny na 50 miejsc dla dorosłych i dla 15 dzieci. 8) Zażądać zwrotu domu przy ul. Pokornej celem urządzenia tam szpitala na 200 miejsc. 9) Instytut mokotowski przeznaczyć na przytułek dla 100 nieuleczalnych. 10) Wybudować przytułek dla starych sług i wyrobników i utrzymywać go z funduszów kontroli służących. Urządzić sanatoryum dla suchotników w Pęcherach lub Mieni. 11) Ponieważ budowa nowych szpitali i przytułków ma być dokonana na terytoryach spornych, niezwłocznie wyjaśnić stronę prawną i wogóle uregulować tę sprawę. 12) Ulepszyć stare szpitale przez zaprowadzenie w nich oświetlenia elektrycznego, wentylacyi, ogrzewania, kanalizacyi i t. d.

— Gubernialną stacyę (pracownię) bakteryologiczną, głównie dla celów policyi weterynarskiej, założyło ministerstwo spraw wewn. w Warszawie, mianując jej kierownikiem p. Romana Czarnockiego, b. asystenta Prof. Gabryczewskiego w Moskwie.

— Donosząc, jako o objawie zdrowej ewolucyi, o łączeniu się pism ogólno-lekarskich między sobą (Kroniki lek. z Medycyną, Czasopisma lek. z Przeglądem lek.) celem rozszerzenia ram i podniesienia wartości wewnętrznej pism, podaje »Głos warszawski« (Nr 9) wiadomość, że toczą się obecnie rokowania w sprawie połączenia się »Medycyny« z »Gazetą lekarską«. Podobno ma być także wznowione wydawnictwo »Przeglądu chirurgicznego«. Wiadomość tę potwierdza »Gazeta lekarska« (2) o tyle, iż donosi, że »wkrótce zacznie wychodzić w Warszawie nowe pismo lekarskie, wydawane przez sekcyę chirurgiczną (Towarzystwa lekarskiego) łącznie z ginekologiczną«.

— Polski komitet badania i zwalczania raka w Warszawie otrzymał dotąd 187 wypełnionych schematów za I. półrocze 1908, a mianowicie z Warszawy 147, z Poznania 27, z Łucka na Wołyniu 13.

— Porządek dzienny posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 7. I. 1909 obejmował między innymi: nekrolog Prof. Hoyera przez p. J. Tura, wykład p. Weyberga: »Stan współczesny nauki o izomorfizmie«, nadto komunikaty pp. Wrońskiego, Banachiewicza i Gosiewskiego.

— Warszawa, z wielkich miast świata co do zaludnienia (751.595) zajmująca z rzędu miejsce siedemnaste, pod względem liczby urodzeń (27·7‰) stoi na miejscu siódmem, pod względem śmiertelności (19·2) — na czwartem (przed nią Moskwa 27·7, Petersburg 24·7, Peszt 20·2). Z płonicy umiera najwięcej osób w Petersburgu (58·6 na 100.000 mieszkańców), zaraz potem w Peszcie i Warszawie (43·2); z błonicy umiera w Warszawie 19·3, z duru 18·0, z gruźlicy 225·7, z raka 71·7. (Kur. warsz. 7).

— P. M. German, opracowując historyę dentystyki w Polsce, uprasza o udzielenie mu danych, prac, dokumentów, które będą zwrócone właścicielom. (Kron. dent. 1).

— Osady Gniewoszów i Granica odczuwają brak lekarza; najbliżsi lekarze mieszkają o 3 mile (w Kozienicach i Zwoleniu).

Z różnych stron. »Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu« zaproszony do udziału w I. Zjeździe otolaryngologicznym w Petersburgu, był reprezentowany przy otwarciu Zjazdu (27. XII/9. I. 1909) przez prezesa Prof. Zaleskiego, który przemawiał imieniem »Związku«, oraz przez sekretarza Doc. Sowińskiego i Dra Eljassona. *S.*

— Zjazdy lekarskie, zapowiedziane na rok 1909: W marcu: Zjazd balneologów w Berlinie, 29. III.—2. IV. międzynarodowy Zjazd higieny szkolnej w Paryżu. W kwietniu: 2—7. międzynar. Zjazd okulistów w Neapolu; 4—10. międzynar. Zjazd hydrologiczno-klimatologiczny w Algierze; 18—22. Zjazd niem. Tow. urologicznego w Berlinie; 19—22. Zjazd internistyczny niem. w Wiesbaden; 23. niem. Zjazd neurologiczny w Kolonii, nadto Zjazdy niemieckie: rentgenologiczny, ortopedyczny, chirurgiczny w Berlinie, anatomiczny w Giessen, pedyatryczny w Wiesbaden. W maju: międzynar. Zjazd lekarski w sprawie wypadków nieszczęśliwych — w Rzymie. W sierpniu: międzynar. Zjazd dentystyczny w Berlinie; 29. VIII. do 4. IX. ogólny międzynar. Zjazd lek. w Peszcie. We wrześniu: Zjazd lekarzy i przyrodników niem. w Salzburgu.

— Na Zjeździe internistów w Wiesbaden (19—22. IV. 1909) głównym tematem obrad będzie: »Mineralna wymiana materyi w patologii klinicznej« (Magnus-Levy); Widal z Paryża wykładać będzie »O dechloruracyi leczniczej«, a Head z Londynu »O badaniu czucia«.

— Zarząd niemieckiego Towarzystwa samarytańskiego urządza zbiorowe badania w przedmiocie spostrzeżeń i doświadczeń przy gromadnych wypadkach nieszczęśliwych.

— Frekwencya zdrojowisk i uzdrowisk niemieckich wynosiła:

w roku	1903	1904	1905
w zdrojowiskach	567096	618196	670846
w kąpielach morza półn.	112202	130662	146323
w kąpielach bałtyckich	195696	220697	255832

Ilość wydanych w zdrojowiskach kąpieli wzrosła z 3,37 milionów w r. 1903, na 3,82 milionów w r. 1905; najwięcej kąpieli wydano w Nanheim 383.748 i w Kissingen 278.879 (w r. 1905). Butelek wód mineralnych rozesłano w r. 1903 11,44 milionów, r. 1905 — 12,54 milionów, nie licząc wód stołowych (90 do 108 milionów), z których sama »Appolinaris« rozchodzi się rocznie w 30 milionach butelek.

— »Christian Social Union Research Committee« w Londynie zebrało dane o wpływie wypoczynku położnic z klasy robotniczej na śmiertelność dzieci. Z 638 dzieci, których matki zajmowały się tylko gospodarstwem domowem, mogły więc po porodzie stosunkowo więcej wypocząć, zmarło tylko 34; ze 134 dzieci robotnic domowych zmarło 5, natomiast z 251 dzieci zarobnic (praczek, posługaczek i t. p.) — 38.

— W Anglii doszła liczba kobiet-lekarek już 750. Wiele z nich zajmuje stanowiska lekarzy szpitalnych, szkolnych, pocztowych. W Londynie jest nawet szpital o 60 łóżkach, którego personal lekarski składa się tylko z kobiet. Wielkie powodzenie mają kobiety-lekarki w Indyach angielskich.

— W uniwersytetach angielskich brak do dziś dnia wielu katedr specyalnych gałęzi medycyny. I tak n. p. tylko w jednej szkole lekarskiej (King's College w Londynie) jest osobna katedra laryngologii; w Edynburgu, Leeds i Manchester wykładają okulistykę, otyatryę i laryngologię, a w Edynburgu nawet i psychiatryę, tylko lektorzy.

— W Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem (K. K. Gesellschaft der ärzte) zawiadomił 18. XII. Doc. Landsteiner, że powiodło mu się przez wstrzykiwanie rdzenia z przypadku zapalenia szarej substancyi rdzenia (poliomyelitis acuta) wywołać u 2 małp takieżsame zapalenie ze znamiennymi objawami klinicznymi i anatomicznymi; próby na innych zwierzętach i próby hodowli dały wynik ujemny.

— Z końcem r. 1908 było w całej Austryi (wraz z Bośną i Hercegowiną) 12,278 lekarzy (w r. z. 12,041), z nich w Galicyi 1462 (1472), na Śląsku 252 (254); we Lwowie było lekarzy 334 (339). Wśród krajów koronnych Austryi stoi Galicya co do liczby lekarzy na trzeciem miejscu po Austryi dolnej (3674) i Czechach (2953); Lwów wśród miast stołecznych stoi również na miejscu trzeciem po Wiedniu (2946) i Pradze (499).

— Baron Lenval utworzył z okazyi III. międzynarodowego Zjazdu otologicznego fundacyę konkursową, z której co 4 lata przyznawana będzie nagroda za najlepszą pracę z zakresu anatomii, fizyologii lub patologii narządu słuchu. Prace konkursowe należy przesyłać najdalej do końca lutego 1909 na ręce Prof. Politzera w Wiedniu (Gonzagagasse 19). Do sądu konkursowego należy z Polaków Dr Benni z Warszawy.

— »Duńskie Towarzystwo pedyatryczne« zawiązało się w listopadzie r. z. w Kopenhadze.

— Dyplom doktorski uzyskał w Lipsku warszawianin p. Bernard Szpinak.

— Dyplom lekarski rosyjski uzyskała p. Anna Erlichówna, warszawianka, Dr med. wydziału paryskiego.

Zmarli: w Moskwie znakomity chirurg Prof. P. Diakonow, gorący zwolennik wzajemnego zbliżenia się lekarzy słowiańskich, popierający myśl równouprawnienia wszystkich języków słowiańskich na każdym ze Zjazdów lekarskich słowiańskich; b.prof. ginekologii Preuschen w Gryfii.

Dr Stanisław Bergier w 78 r. ż. w Warszawie; Dr Kazimierz Nitowski w 41 r. ż. (na dur plamisty) w Czarnym Ostrowiu na Podolu; Dr Wołodźko w Moskwie.

Zapiski bibliograficzne. Czasopismo »Blätter für klinische Hydrotherapie«, wychodzące od r. 1891 w Wiedniu pod redakcyą prof. Winternitza, przekształciło się od Nowego Roku 1909 w »*Monatsschrift für die physikalisch-diätetischen Heilmethoden*« i wychodzić będzie nakładem znanej księgarni Lehmanna w Monachium pod redakcyą Dr Marcuse z Monachium i doc. Dr A. Strassera z Wiednia. W liście stałych współpracowników znajduje się doc. Dr Kowalski ze Lwowa. Pierwszy zeszyt znacznie rozszerzonego miesięcznika zawiera prace oryginalne profesorów: Winternitza, Noordena, Baelza, doc. Herza, Strassera, dr. Groedla, Roemholda, Marcuse i Bircher-Bennera, obfity dział streszczeń i sprawozdania z nowych dzieł. *R.*

Jakób Glass. *Alkohol a długość życia.* (Warszawa 1909). W broszurce niniejszej, która jako odbitka z »Przyszłości« ukazała się obecnie jako pierwszy zeszyt biblioteczki abstynenckiej, wykazuje G. na podstawie statystyk szkodliwy wpływ alkoholu na długość życia. Najcenniejszych dat dostarczają tu olbrzymie statystyki angielskich towarzystw ubezpieczeń na życie. Tak n. p. ze statystyki wielkobrytańskiego towarzystwa ubezpieczeń dowiadujemy się, że z przewidywanej ilości 100 zgonów, umiera w oddziale wstrzemięźliwych 71, a w ogólnym 96. Wskutek tego wiele towarzystw zniżyło nawet obecnie wstrzemięźliwym premie o 10—15%. Podobne wyniki dały także statystyki innych towarzystw w Anglii, Ameryce, Szwajcaryi i Niemieczech. *R.*

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Tannismut (Dwugarbnik bismutu). Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.

Novargan Z powodu braku drażnienia także więcej zgęszczonych rozczynów nadaje się szczególnie do leczenia **ostrego wiewióra.**

Gastrosan Dwusalicylan bismutu; przeciw **dolegliwościom z kwasów** przy nadmiernem wydzielaniu etc. Pudełeczka z 10 lub 20 proszkami po 0,75 g.

Creosotal „Heyden", Duotal „Heyden", dawno wypróbowane środki lecznicze przy wszystkich chorobach zakaźnych dróg oddechowych.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 c

(Prosi się o podanie przy zamówieniu Nru ogłoszenia 24 C.)

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA. POKOJE DLA CHORYCH. 125

ZAKLAD OTWARTY od 9–1-ej i od 4–6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Zanim Pan poczynisz kroki o uzyskanie pożyczki osobistej hipotecznej lub realnej proszę żądać prospektu bezpłatnie **MELLER L. EGYED** Budapest IX. Lónyai-ulica 7 Telef. międzymiast. 46—31. 284

Dr Kahlbaum, Görlitz

Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i umysłowych.

Otwarty zakład leczniczy dla chorych nerwowych.

Zakład leczniczo-wychowawczy

dla młodocianych chorych nerwowych i umysłowych. 125

Fizyolog dr Voit wyjaśnia, że z powodu niedoskonałości naszych organów zmysłowych, całe dziedziny przyrody są dla nas ukryte, i że z nieskończonego, wiecznego świata, widzimy tylko bardzo mały ułamek. **„Dowody istnienia świata duchowego"** napisał prof. M. Perty, Dr med. i filoz. Cena 2 K. Do nabycia we wszystkich księgarniach. Skład główny: GEBETHNER i SKA, Kraków, Rynek 23. 241

Fersan (Jolles).

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).

ŻELAZO! FOSFOR! zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.	Kołaczyki fersanowe.
Kołaczyki czekoladowo-jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk). D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.	Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych (w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk). D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazania.

Nowość! 41

Pastylki-bromowe-fersanowe

Panom Lekarzom piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Fersan-Werk, Wien IX.

9 a

Acidol-Pepsin

Stałe, zupełnie trwałe, doskonale działające przetwory kwasu solnego i pepsyny.

Kartony po 50 pastylek à 0,5 gr.

Stopień I: silnie kwaśny. — Stopień II: słabo kwaśny.

Szczegółowe piśmiennictwo przesyła na żądanie:

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmaceutische Abteilung, Berlin S. O. 36.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 **Główny skład i wyrób**

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Guajacol Perdynamin

Środek swoisty
przeciw **gruźlicy** w okresie początkowym,
przeciw **skrofulozie,**
przeciw **nieżytowi oskrzeli,**
przeciw **kokluszowi.**

Środek zapobiegawczy
przy **skłonności do chorób płuc** (wywołanej przez niedokrewność)
przy **ozdrowieniu** po **influency** lub innych **chorobach zakaźnych.**

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier:

d. Mr. Camillo Raupenstrauch, em. aptekarz,
Wiedeń II/I, Castellezgasse 25.

270 b

Części składowe:
12,5 g Natr. sulfoguajacol. ad 250 g Perdynam.
(Hämoglobin-Saccharat.)

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne: 208



Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.



Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i **próbki dla Panów Lekarzy** gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 23. stycznia 1909. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny. Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O nieprawidłowem podnoszeniu się ciepłoty ciała, wywołanem podnietami termicznemi

podał

Doc. Dr Edmund Kowalski.

W pismach z pierwszych czasów rozpowszechniania się wodolecznictwa w zeszłem stuleciu, omawiających czy to sposoby leczenia zapomocą wody, czy podających wyniki lecznicze, napotykamy wzmianki, iż u niektórych chorych przy stosowaniu zabiegów zimnych, — a takimi się prawie wyłącznie podówczas posługiwano, — po dłuższym lub krótszym czasie występowały zaburzenia podmiotowe, jak osłabienie, bole głowy, połączone ze stanem gorączkowym, przyczem niekiedy pojawiały się zmiany w skórze, przeważnie w postaci czyraków i przypadłości ze strony przewodu pokarmowego w postaci rozwolnienia.

Zmiany te nazwano »kryzami« (przełomami) *(crises)*, a uważając wystąpienie ich za chwilę przełomową w przebiegu choroby i przypisując im skutkiem tego znaczenie doniosłe, wyczekiwano ich z utęsknieniem.

W miarę, jak wodolecznictwo przechodziło w ręce fachowe, a część ta wiedzy lekarskiej zyskiwała podstawy ściśle naukowe, oparte na badaniach fizyologicznych i spostrzeżeniach klinicznych, zapomniano o owych »kryzach« przełomach, choć może niesłusznie, gdyż, jeżeli dawnych empiryków wnioskowanie było nieraz błędne, — to obserwacya przeważnie dokładna i ścisła.

Kierując się tą myślą zwracałem od początku swego zawodu uwagę w tym kierunku i to nie na owe wypryski skórne i inne powikłania, tylko na możliwość występowania stanu gorączkowego, lecz u leczonych podobnego objawu, t. j. podniesienia się samoistnego ciepłoty nie spostrzegłem, zaznaczyć zaś muszę, iż stosowanie zabiegów o zbyt nizkiej ciepłocie należało do wyjątków z powodu braku nadających się do takiego postępowania przypadków, — stosowanie zaś niskich stopni w postaci częściowych zabiegów, jak np. miejscowych natrysków nie wywołuje, jak wiadomo, zbyt silnych zmian ogólnych. Jeżeli zaś wśród leczenia w poszczególnych przypadkach występowały stany gorączkowe, — dała się wykazać jakaś chorobowa przyczyna, a w razie jej braku uważało się zazwyczaj zaburzenia tego rodzaju za przypadłości pojawiającej się od czasu do czasu grypy.

By się jednak przekonać, czy istotnie zabiegi same przez się i to o nizkiej ciepłocie mogą wywołać podniesienie się nieprawidłowe ciepłoty ciała i by ewentualnie zrehabilitować owe dawne »przełomy«, — przeprowadzałem doświadczenia w miarę zyskiwania odpowiedniego materyału, t. j. na osobach zdrowych częścią studentach częścią służących, u których można było bez żadnego ryzyka stosować wszelkie zabiegi o dowolnie nizkich stopniach ciepła. U osób tych zwracano baczną uwagę przedewszystkiem na stan płuc i przestrzegano, by nie było nawet podejrzenia choćby najnieznaczniejszych zmian gruźliczych.

Przed rozpoczęciem doświadczeń mierzono u każdego ciepłotę w pasze przez kilka dni rano, w południe i wieczór, — poczem stosowano kąpiele o 16° C. przez $^1/_2$—1 minuty i natryski na całe ciało o ciepłocie 14° C. przez 5 sekund i to w następującym porządku: rano między 7 a 8 godz. kąpiel, przed południem między 11—12 godz. natrysk, popołudniu między 4—5 godz. kąpiel, wieczorem między 7 a 8 godz. natrysk. W ten sposób utrzymywano niejako ustrój pod ciągłym wpływem działania podniety, wiadomo bowiem, że następstwa każdorazowego zadrażnienia termicznego trwają przez dość długi czas, bo niekiedy nawet do kilku godzin.

Osób użyto do doświadczeń 18, a stosowano wymienione zabiegi najdłużej do dni 15 to znaczy, że jeżeli w przeciągu tego czasu u danego osobnika nie zauważono żadnych zmian, doświadczenie przerywano.

Z tych 18 przypadków w czterech wystąpiły w różnym okresie czasu zmiany, które zasługują na bliższą uwagę, mianowicie pewne zaburzenia podmiotowe z równoczesnem podniesieniem się ciepłoty. Ponieważ w jednym z tych przypadków pojawił się ostry nieżyt nosa, gardła i oskrzeli, i podniesienie się ciepłoty można było odnieść do tego powikłania, przeto przypadek ten pomijam, — pozostają zatem do uwzględnienia trzy przypadki, w których nie było równoczesnych żadnych zmian ubocznych, wykryć się dających.

W przypadkach tych, w czasie doświadczeń, uderzał jeden wspólny objaw, t. j. że po zabiegu, czyto po kąpieli, czy po natrysku, nie występowało tak zwane odczynowe przekrwienie skóry, — lecz skóra pozostawała bladą, przyczem osoby te doznawały uczucia zimna, co utrzymywało się względnie długo, bo nieraz aż do następnego zabiegu.

Nadmienić zaś muszę, że, chcąc utrzymać działanie podniety tylko termicznej, o ile to naturalnie możliwe, wyłączałem wpływ czynnika mechanicznego, jak np. naciera-

nie w kąpieli, jak również wszelkie nadmierne ruchy po zabiegu, jak np. forsowną przechadzkę.

Przypadki te są następujące:

T. R., służący, lat 26, ciepłota przed zabiegiem wynosiła średnio 36·4—36·6° C., tętno 76. Przez 10 dni stosowano kąpiele i natryski według podanego powyżej porządku — przyczem ciepłota utrzymywała się w granicach prawidłowych. W dniu jedenastym badany zaczął się skarżyć na lekkie bóle mięśniowe, zajęcie głowy, ogólne osłabienie, a o godzinie 5 popołudniu stwierdzono ciepłotę 37·6° C., a tętno 96. Stosowanie zabiegów przerwano, badanego pozostawiono w spokoju. Dnia następnego ciepłota wynosiła rano 37·6, w południe 37·5, wieczór 37·6, tętno przeszło 90, dnia trzeciego ciepłota i tętno prawie takie samo, dnia czwartego ciepłota ranna 37·3, w południe 37·5, wieczorem 37·4, tętno 94, dnia piątego rano ciepłota prawidłowa (36·6°),— przyczem dolegliwości podmiotowe ustąpiły, z wyjątkiem ogólnego osłabienia, a w dniu szóstym badany czuł się zupełnie rzeźki i zdrowy. W czasie tym zaburzeń żołądkowo-jelitowych nie było żadnych, tylko apetyt nieco zmniejszony, a pragnienie wzmożone.

K. W., student, lat 19. Ciepłota przed zabiegami 36·3—36·7° C., tętno 74—78. Stosowano zabiegi przez dni pięć bez pojawienia się widocznych zmian. W dniu szóstym zaczął badany odczuwać trudność przy jakiejkolwiek pracy, ogólną ociężałość, opanowywała go senność, apetyt się zmniejszył, a dnia ósmego doznał lekkich dreszczy, bolów, a raczej, jak podawał, uczucia ciągnienia w mięśniach, termometr wykazał pod wieczór ciepłotę 37·8° C., a tętno wzmogło się do 100 uderzeń na minutę.

Zabiegi przerwano, badanego pozostawiono w spokoju.

Na drugi dzień ciepłota utrzymywała się między 37·4 a 37·6° C., tętno około 100. Dnia trzeciego rano 37·5° C.; zastosowano kąpiel ciepłą na 40° C. przez 5 minut. W kąpieli tej wystąpiło silne przekrwienie skóry, a po zabiegu położono badanego do łóżka i okryto ciepło. Po pewnym czasie wystąpiły poty. a ciepłota spadła na 36·5° C., tętno na 76 i odtąd utrzymywała się już ciepłota w granicach prawidłowych, przypadłości zaś podmiotowe do dnia następnego ustąpiły tak, że badany czuł się zupełnie zdrowy. W dniu drugim pojawiło się lekkie rozwolnienie, zamiast, jak dotąd, jednego stolca, były dwa wolne wśród doby.

M. S., służący, lat 22. Ciepłota przed zabiegami 36·3—36·6° C., tętno 72—76. Przez dni 12 wśród zabiegów nie było żadnej zmiany wybitnej w ciepłocie, ani uczuciach podmiotowych. W dniu 13. zaczął badany skarżyć się na bole głowy, osłabienie, na przykre uczucie zimna w skórze, a palenia wewnątrz ciała — przyczem ciepłota podniosła się do 37·8° C., a ilość tętna zwiększyła się o 30 uderzeń, t. j. doszła do 106 na minutę.

Zabiegi przerwano, badanego pozostawiono w spokoju. W dniu następnym i w dniu trzecim ciepłota utrzymywała się między 37·5 a 37·6, tętno około 100. W dniu tym, t. j. trzecim, w godzinach popołudniowych zastosowano kąpiel ciepłą na 40° C. przez 5 minut, poczem nastąpiło silne rozgrzanie się skóry i zaczerwienienie, a po ułożeniu badanego w łóżku wystąpiły poty, spadek ciepłoty na 36·7° C. i obniżenie się tętna na 76. Od tej chwili ciepłota pozostała już prawidłową, dolegliwości podmiotowe ustąpiły i wróciło poczucie zdrowia. Przypadłości żołądkowo-jelitowych nie było żadnych.

W przypadkach tych, jak już zaznaczyłem, nie było równocześnie wcale żadnych zmian ubocznych chorobowych, któreby podany stan gorączkowy tłómaczyły. By się jednak upewnić, czy istotnie zabiegi same przez się są u osób tych bezpośrednią przyczyną opisanych objawów, pozostawało poddać je po pewnym czasie podobnym doświadczeniom. Ponieważ między badanymi byli dwaj służący, których mogłem mieć każdej chwili do rozporządzenia, przeto dla wyświetlenia sprawy przeprowadziłem na nich po przerwie kilkumiesięcznej takie same, jak powyższe doświadczenia.

Zachowując te same ostrożności, tj. po zbadaniu ich obecnego stanu fizycznego i po mierzeniu kilkudniowem ciepłoty zastosowano tak w jednym jak i drugim przypadku te same zabiegi, tj. kąpiele na 16° C przez ½—1 minuty i natryski na całe ciało na 14° C przez 5 sekund, w tym samym porządku i pokazało się, iż u służącego T. R. w dniu dziewiątym wystąpił stan zupełnie podobny do opisanego za pierwszym razem, przyczem ciepłota podniosła się do 37·7°.C, a liczba tętna zwiększyła się o 24 uderzeń na minutę. W dniu następnym ciepłota utrzymywała się między 37·5° a 37·6° C, w dniu trzecim rano t. 37·5° C, po zastosowaniu zaś kąpieli ciepłej na 40° C przez 5 minut i po ułożeniu następnie badanego w łóżku wystąpiły lekkie poty, a ciepłota spadła do poziomu prawidłowego. Poczem tak przedmiotowo, jak i podmiotowo stan badanego był zupełnie prawidłowy.

W przypadku drugim t. j. u służącego M. S. w dniu dziewiątym stosowania zabiegów wystąpiły zaburzenia podmiotowe, jak zajęcie głowy, osłabienie, podniesienie się ciepłoty do 37·6° C i przyspieszenie tętna. Stan ten utrzymywał się przez dni cztery z małemi wahaniami, poczem dnia piątego objawy nieprawidłowe ustąpiły, a badany powrócił do zupełnego zdrowia.

W przystępnem mi piśmiennictwie znajduję jedną pracę Dra Gabriela Arienzo[1]) omawiającą podobne objawy. W niej podaje autor, że u niektórych leczonych, przy stosowaniu natrysków zimnych zauważył po kilku, względnie kilkunastu dniach nagłe podniesienie się ciepłoty do 39° C, a nawet 40° C, o torze ciągłym, z bolami głowy i mięśni, a niekiedy z lekkim zapadem, z czem łączyło się zaparcie stolca. Stan ten gorączkowy trwał 4 do 5 dni, poczem wracał stan prawidłowy, a środek przeczyszczający w niektórych przypadkach okres gorączkowy miał skracać, w innych był bez wpływu.

Dla wytłómaczenia powyższych zaburzeń bierze autor jako punkt wyjścia wcześniejszą pracę Dra Amicarelliego[2]). Ten zauważył występowanie podobnych stanów gorączkowych po kąpielach w cieplicach w Bagnoli[3]), a jako przyczynę objawu tego podaje pewien gatunek drobnoustrojów, które mają rozwijać się pod wpływem powyższych kąpieli w przewodzie pokarmowym, wywoływać nieprawidłową fermentacyę, chwilowe zatrucie i stan gorączkowy.

Ponieważ przy stosowaniu natrysków a więc zabiegu, gdzie woda przez chwilę tylko styka się z powierzchnią skóry, wyłączone jest dostawanie się jakichkolwiek drobnoustrojów do ustroju z zewnątrz z wody, czego, zdaniem autora, nie można wyłączyć przy długotrwałych kąpielach w Bagnoli, — dla tego przyjmuje on, że zmiany, jakie występują pod wpływem zimnych natrysków w krążeniu trzewnem, a tem samem zmiany w stosunkach odżywczych w błonie śluzowej jelit, dają pochop do rozwoju drobnoustrojów, których całe gromady mieszczą się już w grubej kiszce, a które w prawidłowych warunkach nie wywołują żadnych zaburzeń, — teraz zaś w warunkach zmienionych, a dla siebie korzystnych, rozwijając się, wywołują nieprawidłową fermentacyę, przez to zatrucie organizmu i podniesienie się nieprawidłowe ciepłoty.

---

[1]) Gabrielo Arienzo. Intorno ad una febbre che suole verificarsi nel corso delle cure idroterapiche. Annali di Elettricità medica e terapia fisica 1902, Nr 2.

[2]) Amicarelli. Su di una speciale forma morbosa che si osserva di frequente nel corso delle cure balneo-termali. Ufficiale Sanitario. Napoli 1896.

[3]) Szczawy alkaniczno-solne o ciepłocie 46° C w pobliżu Neapolu.

Spostrzeżenia Dra Amicarelliego pomijam, jako nie należące ściśle do niniejszego przedmiotu, — zaś co do przypadków i sposobu tłómaczenia Dra Arienzo możemy powiedzieć, że znane są i często spotykane, jak już na wstępie zaznaczyłem, zaburzenia w przewodzie pokarmowym po zadrażnieniu powłok ciała podnietami termicznemi o nizkim stopniu ciepła, a więc i natryskami zimnymi, a to w postaci rozwolnień, a nie zaparcia żywota, podobnie jak pod wpływem bodźców psychicznych np. radości lub przestrachu, — są to jednak objawy, występujące nagle, gwałtownie, tak, że w razach tych nie ma czasu na rozwój uśpionych niejako bakteryi i na ich następowe działanie. Tu przyczyną zaburzeń jest zmiana w czynności mechanicznej jelit tj. zmiana w ruchach robaczkowych, a to częścią jako następstwo wpływu zimna w drodze odruchowej na mięśnie przewodu pokarmowego, a częścią jako następstwo wpływu na naczynia trzewne, gdyż wywołane przez podnietę tę zmiany naczynio-ruchowe w postaci zwężenia światła naczyń pośrednio wywołują również zwiększenie się ruchów robaczkowych.

W przypadkach zatem, podanych przez Dra Arienzo, możemy przyjąć, że stan gorączkowy był wywołany albo silnem poprzedniem zaparciem stolca i samozatruciem u tych chorych przynajmniej, u których środek przeczyszczający objawy te usuwał, — albo że występowało pod wpływem zimnych natrysków samoistne podniesienie się ciepłoty, zauważone zaś zaparcie stolca było następstwem tego stanu, podobnie jak to bywa w chorobach gorączkowych wogóle bez względu na właściwą ich przyczynę, z wyjątkiem naturalnie tych rodzajów chorób, gdzie zmiany chorobowe mieszczą się w przewodzie pokarmowym.

By móc wytłómaczyć powyższy objaw bez uciekania się do jakichkolwiek przyczyn ubocznych, trzeba bodaj po krótce przypomnieć, jak działają podniety termiczne na zachowanie się ciepłoty ciała i to podniety o nizkim stopniu ciepła, bo te nas na razie głównie obchodzą.

Gdy na powłoki zewnętrzne zadziała podnieta termiczna o nizkiej ciepłocie i to chwilowo, przemijająco jak np. zanurzenie ciała w zimnej kąpieli, zimny natrysk, zimne polanie, ciepłota wewnętrzna się podnosi, gdy zaś podnieta ta działa czas dłuższy, jak np. kąpiel zimna długotrwała, ciepłota po chwilowem, przejściowem podniesieniu się opada i to odpowiednio do długości trwania zabiegu i stopnia ciepła użytej wody. Po usunięciu zaś działania podniety ciepłota powoli wraca do stanu prawidłowego, a nawet podnosi się zazwyczaj ponad stan pierwotny. (Senator, Liebermeister, Jürgensen i i.)

Widzimy, że zabiegi te, zależnie od długości ich trwania, wywołują dwojakie zmiany w ciepłocie wewnętrznej: krótkotrwałe ją podnoszą, — długotrwałe obniżają.

Jakaż tego przyczyna?

Już H. Edwards zwrócił uwagę, że zwierzęta w otoczeniu zimnem więcej spotrzebowują tlenu, niż w otoczeniu ciepłem, co inni jak Finkler i Litten, potwierdzili z tym dodatkiem, iż w stosunku do chłonionego tlenu zmienia się także ilość wydalanego bezwodnika węglowego.

Pflüger, trzymając króliki w kąpieli, której ciepłotę stopniowo obniżał, zauważył w miarę spadku ciepłoty w odbytnicy zwiększanie się ilości wydalanego przez płuca CO_2 i chłonionego O i to w prostym stosunku do postępującego spadku ciepłoty zwierzęcia.

Podobne spostrzeżenia na ludziach zrobili Liebermeister, Jürgensen, Senator, a w ostatnich czasach Winternitz i Pospischill. — Według np. Liebermeistra wydalanie CO_2 w czasie kąpieli zimnej znacznie się wzmagało, co trwało jeszcze przez przeciąg 30 minut po zaprzestaniu kąpieli, poczem dopiero wracało do ilości, jaka była przed kąpielą — i tak, jeżeli przed kąpielą ilość CO_2 wydalanego w 15 minutach wynosiła 9,4 gr., to w czasie kąpieli 24° C również w 15 minutach 11,7 gr., po kąpieli w pierwszych 15 minutach 13,9 gr., a w następnych 15 m. 11,7 gr., — albo jeżeli przed kąpielą ilość CO_2 wydalanego w 15 m. wynosiła 8,8 gr., to w kąpieli 20° C w 15 m. 12,2 gr., a po kąpieli w pierwszych 15 m. 17,4 gr, w drugich 15 m. 8,2 gr. — czyli że nadto z doświadczeń tych wynika, iż ilość wydalanego CO_2 zależy od względnej ciepłoty użytej wody, — o ile kąpiel zimniejsza, o tyle znaczniejsze ilości CO_2 ustrój w równym czasie wydala wśród samej kąpieli, jak i bezpośrednio po niej.

Ponieważ, jak wiadomo, ilość wydalanego CO_2 jako produktu spalania jest miarą żywości przemiany materyi, a temsamem wytwarzania ciepła, przeto możemy powiedzieć, że nizka ciepłota sprawy chemiczne tkanek wzmaga, czyli wytwarzanie ciepła zwiększa.

Z drugiej strony pod wpływem bodźców tych termicznych, t. j. o nizkiej ciepłocie tkanka skóry jak i jej naczynia ulegają zmianom.

Wiemy zaś, że skóra w regulacyi ciepła odgrywa największą rolę, bo drogą tą pozbywa się ustrój 85% do 87·5% (Rosenthal, Vierordt) z ilości ogólnej utraty ciepła, a to przez promieniowanie i przewodnictwo do 70% (Masje, Vierordt), przez parowanie cieczy z powierzchni skóry do 15% (Vierordt).

Gdy na powierzchnię zewnętrzną zadziała zabieg o nizkim stopniu ciepła, ulegają zwężeniu naczynia skórne, skóra staje się bladą, niedokrwioną, — prócz tego kurczą się mięśnie samej tkanki, pozbawiając ją mechanicznie cieczy śródtkankowej. — Skóra zatem, utraciwszy z jednej strony przez zwężenie naczyń krew, z drugiej przez skurcz mięśni własną ciecz, czyli pozbawiona przez to dobrego przewodnika, oddaje mniej ciepła na zewnątrz przez promieniowanie i przewodnictwo, mniej też oddaje przez parowanie, które prawie całkiem ustaje skutkiem osuszenia się warstw naskórka przez wypchnięcie cieczy śródtkankowej. Prócz tego pod wpływem tych bodźców ulega zmianie i krążenie ogólne, tj. ruchy serca zwalniają się, a więc i obieg krwi ogólny, przez zwężone naczynia skórne nietylko mniejsza ilość krwi przepływa, ale i z mniejszą szybkością, mniej tedy jej cząsteczek, w jednostce czasu ulega wpływom termicznym.

Widzimy zatem, że zabiegi o nizkiej ciepłocie wzmagają wytwarzanie ciepła, a zmniejszają jego utratę, — czyli że powinny one wskutek tego ciepłotę ogólną podwyższać; i rzeczywiście, jak okazało się z przytoczonych doświadczeń, — jeżeli zabiegi te działały chwilowo, przelotnie, ciepłota wewnętrzna się podnosiła, — opadała zaś dopiero wtedy, gdy wpływ ich przeciągał się na czas dłuższy, natenczas bowiem ciało pomimo powyżej podanej czynności regulacyjnej, która je chroni przed oziębieniem w zetknię-

ciu z wodą o nizkiej ciepłocie, przecie z czasem ulega ogólnemu prawu fizycznemu i oddaje swe ciepło zimniejszemu otoczeniu, czyli samo oziębia się.

Wynika zatem z tego, że w zabiegach termicznych muszą wywierać wpływ dwa czynniki, t. j. z jednej strony ciepłota wody, jako bodziec albo podnieta nerwowa, z drugiej zaś strony jako przewodnik ciepła. — Objaw pierwszy, t. j. podnoszenie się ciepłoty jako skutek zwiększania się wytwarzania ciepła, a zmniejszania utraty będzie następstwem wpływu pierwszego czynnika, t. j. ciepłoty zabiegu jako bodźca nerwowego, — objaw zaś drugi, t. j. obniżenie się ciepłoty przy dłuższem trwaniu zabiegu będzie wynikiem działania drugiego czynnika, t. j. wody samej, czyli jej ciepłoty i ilości jako przewodnika ciepła. — Po ustaniu działania zabiegu ciepłota powoli wraca do stanu prawidłowego, a nawet, jak wspomniałem, zazwyczaj go przekracza, t. j. podnosi się ponad stan pierwotny, odpada bowiem czynnik odbierający ciepło, a wytwarzanie jego utrzymuje się wzmożone, utrata zaś zmniejszona dopóty, dopóki skóra oziębiona nie odzyska przez następowe zmiany w krążeniu (przekrwienie odczynowe) swej poprzedniej ciepłoty.

W doświadczeniach naszych przy stosowaniu zabiegów o nizkiej ciepłocie krótkotrwałych mamy wyłącznie tylko wpływ ciepłoty, jako bodźca nerwowego, a więc i skutki tego wpływu, t. j. zwiększone wytwarzanie ciepła, a ograniczoną utratę. Wynikiem tego powinno być podwyższenie się ciepłoty trwające dłuższy lub krótszy czas po ustaniu działania zabiegu, jeżeli zaś mimoto ciepłota pozostaje prawidłową, co jest rzeczą zwykłą i normalną, to jest to następstwem wtórnych zmian w skórze, tj. tak zwanego przekrwienia odczynowego, jakie z reguły występuje po owym pierwotnym skurczu naczyń. Skutkiem tego przekrwienia odczynowego zmieniają się stosunki nietylko w krążeniu ale i w tkance skóry, a temsamem zmienia się, to znaczy wzmaga się tą drogą utrata ciepła, a nadto skutkiem tego przekrwienia skóra się ogrzewa, a przez to odpada właściwa przyczyna, wywierająca wpływ na zwiększanie się wytwarzania ciepła, — czyli jednem słowem wraca ciepłota prawidłowa.

Gdy jednak przy częstem a silnem działaniu podniety występuje skutkiem pewnych właściwości osobniczych i wrażliwości nadmiernej zbyt znaczne ogólne zadrażnienie i skutkiem tego dochodzi do stałego, a przynajmniej nadto długo przeciągającego się skurczu naczyń skórnych, co właśnie nastąpiło w spostrzeganych przezemnie przypadkach — wtedy z jednej strony utrzymuje się ograniczona utrata ciepła, a z drugiej skutkiem nizkiej ciepłoty skóry trwa ciągła podnieta do dalszego nadmiernego, ochronnego wytwarzania ciepła — i w takich razach, gdy regulacya nie może nadążyć tak wielkim wymogom, następuje pewnego rodzaju sumowanie się skutków pojedyńczych drażnień, przez co przychodzi do zachwiania się równowagi prawidłowej regulacyi, a tem samem do zaburzenia, które objawia się nieprawidłowem podniesieniem się ciepłoty ogólnej. W miarę zaś, jak po przerwaniu działania bodźca termicznego wracają powoli stosunki prawidłowe, następuje równowaga między wytwarzaniem a utratą ciepła, a temsamem ciepłota ogólna opada do granic prawidłowych.

Że istotnie powyższy objaw jest wynikiem zachwianej regulacyi ciepłoty, wywołanej nadmiernem drażnieniem nizką ciepłotą, widzimy po zachowaniu się ciepłoty w przypadkach tych przy zastosowaniu kąpieli ciepłych. Zabieg ten wywołuje silne przekrwienie skóry, przez co skóra się ogrzewa, a temsamem odpada przyczyna wpływająca na zwiększanie się wytwarzania ciepła, a nadto przez to zwiększa się tą drogą utrata ciepła; przez zmniejszenie się zatem wytwarzania ciepła, a wzmożenie utraty dochodzi, jak widzieliśmy, do spadku ogólnej ciepłoty i do stanu prawidłowego.

Spotykamy się tu z podobnem zjawiskiem, jakie występuje pod wpływem podniet termicznych w zakresie i innych czynności układu nerwowego, np. czynności psychicznych, gdzie po stosowaniu przez dłuższy czas zabiegów, zbyt silnie w danym przypadku działających, występuje przez sumowanie się niejako skutków ciągłego tego drażnienia stan ogólnego, nadmiernego podniecenia, które po zastosowaniu odpowiednich zabiegów, działających w przeciwnym kierunku, t. j. wpływających na układ nerwowy uśmierzająco, ustępuje.

Widzimy z powyższego, że zauważone przez empiryków-hydropatów objawy, nazwane »przełomami«, mają podstawy realne w zmianach istotnych, jakie pod wpływem przedrażniania ustroju zajść mogą w jednej z najważniejszych czynności życiowych, t. j. w ekonomii ciepła.

Nadto zjawisko to dowodzi nam, że podniety termiczne mogą, jak to wspomniałem, pisząc o białkomoczu[4]), wywoływać w pewnych razach zmiany, które już wkraczają w dziedzinę patologii i daje nam wskazówkę, że i w tym kierunku powinno się zwracać uwagę przy ich stosowaniu, by przedrażnianiem ustroju nie narażać zbytnio jego sił odporności.

Empyema pulsans.

Napisał

Dr Stefan Rudzki.

(Ciąg dalszy).

Rzadkość tego ciekawego objawu chorobowego, niejasność jego patogenezy, zarówno jak wyjątkowe ubóstwo w tej dziedzinie ojczystego piśmiennictwa, nie mającego oryginalnej pracy od 30 lat (po jedynym artykule D u n i n a), skłoniły nas do ogłoszenia drukiem przypadku tętniącego ropniaka opłucnej, spostrzeganego niedawno w krajowym Zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie pod Lwowem.

Tomasz Z., 46 l., żonaty, rolnik z B., przyjęty został do krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie z nawrotem choroby umysłowej w d. 26. października r. 1905. Poprzednio był w zakładzie przez 3 miesiące (od 6. VII. do 8. X. 1905) z rozpoznaniem *Paralysis progressiva;* jako spokojny, a nieuleczalny chory opuścił szpital, po paru tygodniach jednak z powrotem został przywieziony przez żonę z powodu gwałtownego zachowania się w domu.

Chory pijał wódkę oddawna, lecz w niedużych ilościach, jak sam zapewnia. Zakażeniu kiłą zaprzecza. Dziedzicznie nie obarczony, z rodziny jednak nikogo niema: rodzice i jedyny brat poumierali dawno na nieznane bliżej choroby. Cierpienie umysłowe trwa od roku. Już za pierwszym pobytem w zakładzie chory przedstawiał typowy obraz porażenia postępującego zarówno pod względem umysłowym, jak i fizycznym: wybitne otę-

[4]) »Lwowski Tygodnik lekarski«, 1908, Nr 52.

pienie władz umysłowych, euforyczne bredzenia, niedorzeczne i niestałe urojenia wielkości, luki znaczne w pamięci, desoryentacya; nierówność i nieruchomość źrenic, znaczne osłabienie odruchów kolanowych, niedowład lewego policzka, drżenie i zbaczanie języka na prawo, utrudnienie mowy (*dysarthria*), chód bezładny (*ataxia*).

Aczkolwiek chory przeczy przebyciu kiły, to jednak przypuszczać należy, że przechodził on tę chorobę wobec stwierdzonego powiększenia wszystkich gruczołów chłonnych, które są twarde i niebolesne; prócz tego na podniebieniu miękkiem po stronie lewej znajdujemy otwór wielkości grochu (prawdopodobnie po kilaku?). Przemawiać może za kiłą i bezpotomne pożycie chorego z żoną przez 24 lata.

W narządach wewnętrznych stwierdzić można było od samego przybycia do zakładu rozległy nieżyt oskrzeli w dolnych płatach obu płuc, rozedmę płuc z częściowem przykryciem serca; słabą działalność mięśnia sercowego (tony głuche, tętno miernie napełnione) i miażdżycę tętnic obwodowych.

Przy powtórnem przyjęciu do zakładu, chory miał rozległe starcia, sińce i obrzęki na rękach, zwłaszcza na łokciach, na goleni zaś lewej u dołu rozpoczynającą się ropowicę; o pochodzeniu tych uszkodzeń podaje, że w domu »żął i kosił siano i na ścierniskach się podrapał i skaleczył«.

W pierwszych dniach pobytu w szpitalu leżał Z. apatycznie w łóżku, w wynurzeniach swych wykazywał sprzeczności rażące niedorzecznością, których nie umiał wytłomaczyć. Poczucia swej choroby nie miał.

Jadał dostatecznie. Kaszlał dużo wskutek rozległego zajęcia nieżytowego oskrzeli. Już jednak w kilka dni po wstąpieniu (30. X. 1905) zaczął zachowywać się niespokojnie, hałasował po nocach, zdzierał z chorych koce, bił kułakami w drzwi, wołając, że idzie do domu, i t. p. W następnych dniach był również niespokojny, trzymał się brudno, zrywał opatrunki, smarował rany śliną i moczem i zawijał je w brudne szmaty. Ropień na łokciu wkrótce przecięto; na rękach wskutek zanieczyszczania starć przez chorego potworzyły się obrzęki zapalne. Zalecone okłady i opatrunek trudno było utrzymać wskutek niesfornego zachowania się chorego.

Po miesiącu uspokoił się on znacznie, zaczął sypiać i jadać dobrze. Rany zagoiły się. W lutym r. 1906 chory zaczął już chodzić do roboty. Fizycznie czuł się dobrze, tylko skarżył się na bole w nogach wskutek blizn po wrzodach żylakowych na goleniach. W maju wróciła oryentacya: Przez lato r. 1906 chory pracował chętnie przy gospodarstwie zakładowem, wyglądał dobrze, zachowywał się zupełnie spokojnie. Stan takiego zwolnienia utrzymywał się dłuższy czas, sam chory czuł się dobrze i usilnie prosił o odwiezienie go do domu. Starania te jednak spełzły na niczem, gdyż krewni nie chcieli go odebrać z zakładu, obawiając się jego gwałtowności.

Chory w dalszym ciągu pracował na folwarku zakładowym, fizycznie poprawił się ogromnie, utył nawet, policzki miał czerwone, pełne. Mimo to jednak kaszlał stale i pod d. 1. kwietnia 1907 r. zaznaczono w historyi choroby, iż Z. »kilka razy miał już krwotoki płucne, lecz zbadać się nie pozwala, utrzymując, że nic mu nie jest i zdrów jest zupełnie«.

W maju i czerwcu 1907 zaczęło u chorego co parę tygodni występować podniecenie: przestawał on wtedy chodzić do roboty, dużo mówił, licho sypiał po nocach; po kilku jednak dniach zwykle uspokajał się i znowuż brał się do pracy.

W końcu lipca 1907 chory miał kilka razy krwotoki płucne; po paru dniach leczenia wstał jednak i 1. sierpnia poszedł do roboty. O stanie płuc w tym czasie nie znajdujemy wzmianki w historyi choroby.

Przez sierpień chodził codziennie na folwark i pracował chętnie. Apetyt i odżywienie dobre.

W pierwszych dniach września 1907 zaniepokoił się znacznie, przestał chodzić do roboty; podniecony, podczas przechadzki w ogrodzie zbierał kamienie i rzucał na chorych; po nocach nie sypiał, z powodu czego przeniesiony został pod ścisły dozór i odosobniony. W środku września chory już był bardzo podniecony, targał na sobie bieliznę, rwał koce na drobne kawałki; rozrzucał słomę po podłodze, zanieczyszczał się i smarował kałem. Tłukł się po separatce, sam walił się pięściami po głowie, ponabijał sobie sińce; krzyczał przytem, że go »wszyscy biją«, chociaż nikogo w pokoju nie było. Sen i łaknienie miał upośledzone, wskutek czego odżywienie jego podupadło. Podniecenie silne utrzymywało się przez cały wrzesień i październik; chory ciągle okładał się pięściami po twarzy i głowie, tłukł się po celce, całym ciężarem rzucał się na ziemię.

20. października 1907 wystąpiło rozwolnienie — chory co chwila zanieczyszczał się i smarował kałem, tak że kilka razy dziennie pomimo oporu trzeba go było kąpać. Stale niespokojny, targał bieliznę i siennik, rwał wszystko na drobne kawałki i leżał na samej słomie. Biegunka nie ustępowała pomimo leczenia i 28. X. spostrzeżono w stolcach chorego krew; ciepłota ciała nie była podniesiona; zbadanie fizyczne było niemożliwe.

W następnych paru dniach biegunka utrzymywała się, chory osłabiony leżał jednak zupełnie nago w separatce, gdyż zdzierał wszystko z siebie i darł na kawałki; w łóżku siatkowem też się nie dał utrzymać, rwał bowiem siatkę i wychodził z łóżka.

30. X. 1907 przeniesiony został na infirmeryę, gdzie odtąd mogłem osobiście go badać na oddziale prymaryusza Dra Kruszyńskiego, który uprzejmie zgodził się odstąpić mi ten przypadek.

Chory od pierwszej chwili przybycia na infirmeryę, skarżył się na silne bole w klatce piersiowej. Badanie przedmiotowe było bardzo utrudnione wskutek nadzwyczajnej wrażliwości chorego, który cały czas krzyczał i na najmniejsze dotknięcie, zwłaszcza klatki piersiowej silnie oddziaływał. Na głowie w okolicy ciemieniowej chory miał ranę niewielką części miękkich. Oprócz tego liczne starcia naskórka na ciele; sińców większych nie widać. Chory krzyczał całymi dniami, bezładnie opowiadał, że »bili go«, zwłaszcza jakiś dozorca »Grzegorz« (oskarżenia te przy ścisłem dochodzeniu okazały się zupełnie nieuzasadnione, dozorcy zaś tego imienia nie było nawet w pawilonie, w którym chory spędził ostatnie tygodnie).

Biegunka utrzymywała się i w infirmeryi w pierwszych dniach po kilka razy dziennie, lecz bez śluzu i krwi. Podniecenie ruchowe i umysłowe trwało bez przerwy przez kilka dni: chory zdzierał z siebie koszulę, krzyczał, rozprawiał sam z sobą, nie pozwalał się dotknąć.

3. XI. 1907, t. j. w 3 dni po przybyciu chorego na infirmeryę, spostrzeżono u niego lekki obrzęk z lewej strony klatki piersiowej w okolicy dolnych żeber z przodu i z boku. Chory wciąż skarżył się na ból w klatce piersiowej, nie dał się jednak zbadać w żaden sposób. Nie pozwalał też założyć sobie ciepłomierza; ręką nie stwierdzono podniesienia ciepłoty.

7. XI. Wystąpiło już widoczne wypuklenie w okolicy 5—6—7 żeber lewych pomiędzy liniami sutkową i pachową przednią; chory nieco spokojniejszy i pozwolił sobie zbadać klatkę piersiową: pośrodku tego wypuklenia wyczuto wyraźnie chrobotanie i brzegi złamanego żebra (6-go). Rana na głowie goiła się powoli. Biegunka mniejsza; stolce po parę razy dziennie. Brzuch nieco wzdęty, nieczuły na ucisk. Języka chory nie chciał pokazać. Ciepłota ciała niepodniesiona. Tętno 80 na 1′, miernego napełnienia. Na zbadanie narządów wewnętrznych chory jeszcze nie pozwala, opiera się, krzyczy.

9. XI. W miejscu starć na lewem kolanie i na palcach prawej ręki powstały powierzchowne ropnie. Wypuklenie w okolicy złamanego żebra powiększyło się.

11. XI. Biegunka ustąpiła zupełnie. Chory nieco spokojniejszy. Nie gorączkuje. W okolicy wypuklenia, które szybko powiększało się, prym. Dr Kruszyński pierwszy stwierdził tętnienie, równomierne z tętnem naczyń obwodowych. Zbadać się dokładniej chory jeszcze nie daje.

12. XI. Chory dał się przekonać wreszcie i zezwolił na badanie. Wypuklenie zajmuje okolicę 5—6—7 międzyżebrzy; guzowatość ta wypukło spłaszczona, przy opukiwaniu daje odgłos bezwzględnie stłumiony; stłumienie to sięga na lewo do linii pachowej przedniej, na prawo zlewa się ze stłumieniem serca, które dochodzi do prawego brzegu mostka, w wymiarze górnym będąc w granicach prawidłowych. Uderzenia koniuszkowego nie odczuwa się osobno; natomiast tętnienie w okolicy całego wypuklenia jest bardzo wybitne, tak że podnosi rękę, gdy ją przyłożyć całą dłonią. Widzialne też jest ono gołem okiem, zwłaszcza przy bocznem oświetleniu. Przy osłuchiwaniu szmerów żadnych nie słychać. Tony serca głuche, lecz czyste. Tętno równe, twarde, dość pełne, 84 na 1′, współczesne z tętnieniem. Guzowatość tętniąca daje się częściowo odprowadzić do środka przez ostrożne uciskanie zzewnątrz; jest ciastowato miękka.

W innych miejscach płuc, prócz rozlanego nieżytu oskrzeli dolnych płatów nic wybitniejszego nie stwierdzono.

Na podstawie powyższego obrazu rozpoznano *Empyema pulsans saccatum*, jako następstwo złamania żebra.

13. XI. Chory znacznie spokojniejszy; nie gorączkuje. Samopoczucie nieco lepsze.

(Wskutek choroby mojej dane obserwacyi przez następny miesiąc należą do kol. Mikulskiego).

15. XI. W okolicy lewego kolana z przodu powstał ropień

wielkości jabłka; chełbotanie wyraźne. Przecięcie podłużne 4 ctm; wypłynęła znaczna ilość ropy i trochę krwi. Chory słabo oddziaływał przy tym zabiegu i trochę tylko jęczał. Przy opatrunkach w ciągu następnych dni ropa już nie odchodziła.

18. XI. Wypuklenie w okolicy złamanego żebra zwiększa się. Tętnienie bardzo wyraźne. Pośrodku coraz znaczniejsze zaczerwienienie skóry. Rana na kolanie goi się bez powikłań. Tętno dobre. Ciepłota prawidłowa.

19. XI. Przecięto na prawym łokciu duży ropień, dochodzący do połowy przedramienia: odeszła znaczna ilość ropy i krwi. Chory znacznie schudł w ostatnich czasach. Wypuklenie w okolicy żeber mało się powiększyło; szczyt zaczerwieniony, skóra na nim ścieńczała.

20. XI. Rany po przecięciach na kolanie i łokciu goją się bez powikłań; ropy przy opatrunkach niema. Guz klatki piersiowej powoli się powiększa; u szczytu znaczne zaczerwienienie. Tętnienie wyraźne, zwłaszcza wyczuwa się po brzegach, mniej po środku. Chory jest znacznie słabszy, senny. Tętno 80, miernego napięcia. Ciepłota prawidłowa.

21. XI. Stan ogólny bez zmiany. T ę t n i e n i e w y p u k l e n i a w y c z u w a s i ę b a r d z o s ł a b o,

22. XI. T ę t n i e n i e w okolicy guzowatości klatki piersiowej z n i k ł o.

23. XI. Postanowiono otworzyć ropniaka. Przed zabiegiem zbadano chorego dokładnie, przyczem ani opukiwaniem, ani osłuchiwaniem nie stwierdzono różnicy pomiędzy prawem, a lewem płucem, prócz ściśle miejscowego wypuklenia w okolicy środkowych żeber z lewej strony. Przedwstępnem nakłuciem zwykłą strzykawką Prawatza wydobyto bardzo niewielką ilość gęstej ropy. Przecięcie wykonano podłużne 4 ctm długości na szczycie wypuklenia, na 4 palce poniżej lewej brodawki sutkowej i na 1 palec na wewnątrz od linii sutkowej. Odeszło około szklanki ropy gęstej niecuchnącej. Przy każdym głębszym wdechu, zwłaszcza zaś przy kaszlu wypływ ropy się wzmagał; natomiast stosunku skurczów i rozkurczów serca do odpływu ropy nie spostrzeżono. Ranę zatamponowano gazą jodoformową i nałożono opatrunek. Cały zabieg zniósł chory dobrze, trochę tylko jęczał przy przecięciu. Tętno (po winie) bardzo dobre.

24. XI. Opatrunek przy zmienianiu znaleziono zmoczony znaczną ilością krwi i ropy. Z rany wyciśnięto około pół łyżeczki płynu surowiczego z kawałeczkami tkanki obumarłej. W głębi rany znajduje się okrągły otwór wielkości grochu, prowadzący ku tyłowi i ku środkowej linii ciała; przy płytkiem zgłębnikowaniu wyczuwa się twardą kość (żebro). Głębszego sondowania nie dokonano. Podmiotowo chory czuje się dobrze i znowu zaczyna dużo mówić, krzyczeć; przesunął opatrunek na bok, z kolana zaś i łokcia pozrzucał opatrunki. Tętno dobre.

25. XI. Przy zmianie opatrunku wyciśnięto parę tylko kropel cieczy surowiczej. Rana czysta, goi się bardzo dobrze. Tętno zadowalniające. Ciepłota rano prawidłowa, wieczorem 38,0 C. Chory uskarża się na ból w lewej stopie: stwierdzono ropień poniżej kostki wewnętrznej.

26. XI. Ropień na stopie przecięto: ropa nagromadziła się pod samym naskórkiem, tak że przy lekkiem dotknięciu nożem cienka powłoka została przecięta i wszystka ropa się wylała. Przecięcia na kolanie i łokciu jeszcze nie wygojone. Na miejscu ropniaka opłucnej niema ropy przy zmianie opatrunku. Ciepłota rano 37,3, wiecz. 38.

27. XI. Z rany na stopie odchodzi trochę ropy, brzegi zasinione. Na miejscu ropniaka przez otwór skóry tuż pod skórą widać dolny brzeg żebra, poruszającego się przy oddechu. Odciągając zlekka brzeg otworu ku przodowi, można widzieć cały koniec dośrodkowy złamanego żebra. Powierzchnia złamania jest zupełnie gładka, wewnątrz tylko nieco wyszczerbiona. Przy oddychaniu koniec ten porusza się i występuje w otworze to mniej, to więcej. Przy kaszlu z otworu występuje piana i słychać bardzo wyraźny świst. Pieniącej się cieczy jest tak mało, że nie spływa ona na zewnątrz. Przy ostrożnem zgłębnikowaniu natyka się zgłębnik na miękkie dno na głębokości 1—1½ ctm. Ciepłota rano 36,7, wiecz. 37,7. Tętno 90, średniego napełnienia.

28. XI. Ciepł. 37,0—37,4. Przy badaniu zgłębnikiem bezpośrednio pod skórą wyczuwa się koniec odśrodkowy złamanego żebra; odciągając zlekka skórę, można ten koniec zobaczyć. Rana pokryta ziarniną, dno widać bezpośrednio za żebrem. Przy kaszlu odchodzi piana, świstu nie słychać. Na opatrunku trochę cieczy lekko ropiastej. Umysłowo — pewna rzeźkość, chory wesoło usposobiony, dużo mówi; ze stanu swego sprawy sobie nie zdaje i jest dobrej myśli. 29. XI. C. 38,0—38,2. Tętno i samopoczucie dobre. 30. XI. C. 36,6—37,2. Chory chętnie rozmawia, na nic się nie skarży.

1. XII. C. 36,5—37,5. Rana powoli pokrywa się ziarniną. Opatrunek zmoczony niewielką ilością ropnej cieczy.

2. XII. T. 36,4—36,7. Chory znacznie wychudł. Zachowuje się zupełnie spokojnie. Odleżyna na krzyżu po prawej stronie. Wszystkie rany zwolna zapełniają się ziarniną. — Przez następne dni ciepłota prawidłowa.

9. XII. Rana żebrowa wypełnia się ziarniną i przez powstały wązki otwór widać tylko mały kawałek żebra. Rany na łokciu, kolanie i stopie goją się dobrze. Odleżyna na krzyżu utrzymuje się; powstały drobne odleżyny i nad krętarzami.

14. XII. Otwór rany na klatce piersiowej całkowicie wypełnił się ziarniną i żebra już nie widać. Inne rany i odleżyny goją się dobrze.

29. XII. Wszystkie rany wygoiły się prócz pozostałej po ropniaku opłucnej: tu w 6-tem międzyżebrzu na wewnątrz od linii sutkowej lewej na 2 ctm widać otworek, z którego sączy się ropa.

5. I. 1908. Ogólny stan chorego jest dobry: poprawił się on tak umysłowo, jak i fizycznie.

10. I. Chory w dzień zupełnie spokojny; w nocy źle sypia, o ile nie zażyje leku nasennego. Jada bardzo dobrze, popełniał, wzmocnił się.

15. I. 1908 ponownie ujrzałem chorego po miesiącu: granice serca obecnie prawidłowe; tętno 60—70, dobrego napięcia, czasem przepuszczające (parę razy na 1'). W dolnych płatach płuc trochę wilgotnych rzężeń rozlanych; stłumienia niema. Kaszel bardzo nieznaczny, bez wydzieliny. Po ropotoku pozostała przetoka niewielka lejkowata, z głębi której odchodzi trochę ropy. Badanie bardzo bolesne.

16. I. Ciężar ciała 71 kg. Chory zachowuje się spokojnie; stwierdza się jednak dość znaczne otępienie umysłowe.

25. I. Stan fizyczny bardzo dobry. Z przetoki stale wydziela się niewielka ilość gęstej ropy, żółtawej, niecuchnącej.

30. I. Rzut serca w V. międzyżebrzu na 2 ctm wewnątrz od linii sutkowej lewej: w zwykłej postawie stojącej, ani tembardziej leżącej, nie wyczuwa się go zupełnie; przy nachyleniu się chorego ku przodowi od czasu do czasu w opisanem wyżej miejscu daje się uczuć lekkie wstrząśnienie. W tem samem miejscu spostrzega się przy skurczu serca wciągnięcie międzyżebrza; bywa to jednak niestale, ale mniejwięcej co 2—3-cie uderzenie tętna.

5. II. Wciąganie V. międzyżebrza przy skurczach serca jest faliste i daje się spostrzedz tylko od czasu do czasu (jak wyżej).

10. II. Chory nie kaszle, nie pluje; w płucach rzężeń nie słychać. Granice płuc ruchome. Ciepłota stale prawidłowa.

15. II. Z przetoki wydziela się nieco mniej ropy; miejsce to jest bardzo bolesne i chory nie pozwala go dotknąć się. Siedziba przetoki odpowiada złamaniu żebra, którego brzegi nie dają się wyczuć.

20. II. Chory spokojny, ale obojętny; niczem się nie chce zajmować, leży przeważnie w łóżku. Miewa urojenia prześladowcze, lecz w znacznie mniejszym stopniu, niż dawniej. Leki nasenne bierze stale. Twarz blada, jakby lekko nalana. Obrzęków powiek niema. W moczu, badanym parokrotnie, zmian nie wykryto.

24. II. Szybka poprawa fizyczna. Chory utył znacznie. Ciężar ciała 75 kg. Jada b. dobrze.

26. II. Wciągania międzyżebrza w okolicy serca nie spostrzeżono już obecnie. Tętno 64—70, dobre.

29. II. Z przetoki wydziela się zaledwo parę kropel ropy. Bolesność uciskowa trwa niewielka. Chory wesoły, jowialny. Myśli ciągle o powrocie do domu.

2. III. Ropa przestała wydzielać się z przetoki.

8. III. Chory wygląda bardzo dobrze. Łaknienie ma doskonałe, zachowuje się spokojnie. Kaszle stale, odkrztusza znów plwocinę ropno-śluzową, przy której zbadaniu prątków gruźliczych nie wykryto, natomiast znaleziono dużo paciorkowców.

9. III. Waga wciąż powiększa się: dziś już 77,5 klgr (+6,5 kg od 16. I. 1908).

11. III. Chory zachowuje się spokojnie, ale więcej przygnębiony, gdy zwykle bywał wesół. Skarży się, że w okolicy złamanego żebra jeszcze go trochę boli. Tętno 72, twarde, napięte, równe.

15. III. Chory znowu wesoły, wybiera się do domu. Ropa zupełnie nie wydziela się z otworku po przetoce. Kaszel mierny z plwociną śluzowo-ropną. W płucach, zwłaszcza w prawem, dużo rzężeń wilgotnych u dołu.

21. III. Przeniesiony został na oddział III., (gdzie doznał uszkodzenia żebra), tam jednak tak żywo zaczął wyrażać swe

niezadowolenie, że musiano go tego samego dnia odesłać z powrotem.

W następnych trzech miesiącach chory pod względem fizycznym czuł się zadowalniająco, niczem jednak nie chciał się zająć. Czas spędzał przeważnie w łóżku, przyczem leżeć na lewym boku nie mógł wskutek bolu w okolicy złamanego żebra. Wyrażał często pragnienie powrotu do domu, gdzie obiecuje energicznie wziąć się do roboty.

12. VII. 1908 chory został wydalony z zakładu jako nieuleczalny, a spokojny i nie zagrażający bezpieczeństwu i obyczajności publicznej (w myśl § 25 statutu).

Stan jego przy opuszczaniu zakładu był następujący:

Chory wygląda bardzo dobrze, znacznie utył, waży 82,6 (przybyło mu 12 kg od stycznia r. b.). Pokaszluje jednakże, odkrztusza codzień, zwłaszcza zrana plwocinę ropno-śluzową w umiarkowanej ilości. Skarży się na bole w okolicy złamanego żebra i sypiać na lewym boku nie może. Nie gorączkuje. Łaknienie ma dobre. Sen prawidłowy. Stolce zbite. Tętno 88 na 1′, napięte, pełne, prawidłowe, w czasie badania podnosi się do 104. Granice serca prawidłowe, rzut niewidzialny, wyczuwa się go niewyraźnie w 5-tem międzyżebrzu na 2 ctm na wewnątrz od linii sutkowej lewej. Tony czyste, lecz dość głuche. W szczycie prawego płuca względne stłumienie bez innych zmian; dolne brzegi płuc mało ruchome. Świsty w górnym płacie lewego płuca; dużo rzężeń wilgotnych drobno-bańkowych w całym dolnym i średnim płacie prawego płuca — bez stłumienia. Narządy jamy brzusznej bez zmian; duży pokład tłuszczowy. W okolicy 6. żebra z lewej strony, na 4 palce poniżej brodawki sutkowej i na 1 palec na wewnątrz od niej znajduje się duża lejkowato wciągnięta blizna, na której dnie wyczuwa się zgrubiały odśrodkowy koniec złamanego żebra; nieco na wewnątrz wyczuwa się wyraźne chrobotanie i zgrubienie dośrodkowego końca żebra. Badanie jest bardzo bolesne. Na prawym łokciu, na lewem kolanie i na lewej stopie znajdują się blizny po przecięciach. — Prawa źrenica dwa razy szersza od lewej, lewa bardzo wązka; obie prawie zupełnie nieruchome. Lewy kąt ust nieco niżej opuszczony, język zbacza na prawo. Odruchy kolanowe zachowane, prawy silniejszy, prawie wzmożony. Czucie bolu zachowane, z prawej strony nieco silniejsze. Chód pewny, zborny. Zacinania się w mowie niema. Pod względem umysłowym chory przedstawia się tylko otępiałym w miernym stopniu: pamięć ma osłabioną, nie pamięta dokładniej, kiedy przybył do zakładu; dzień obecny podaje dobrze, w miesiącu się myli, (»październik, wrzesień, czerwiec«), roku zupełnie nie wie. Urojeń wielkości obecnie niema. Zapytany, ile ma gruntu, mówi, że kilka morgów, na uwagę, że dawniej podawał 1000 morgów, macha niecierpliwie ręką: »A, gdzie tam, żeby choć 10 było, i toby dobrze było«. Zaprzecza, żeby pił kiedy trunki w większej ilości; na przypomnienie, że podawał, jakoby »śliwowicę codzień pijał po 3 kieliszki najmniej«, mówi, śmiejąc się, że nawet nie widział nigdy śliwowicy, a pijał zwykłą siwuchę. Jeszcze raz stanowczo zaprzecza przebyciu kiły. O złamaniu żebra wciąż mówi, że »dozorca Grzegorz namówił innego, żeby mu to zrobił na spacerze«; nie daje się przekonać wykazaniem widocznej niedorzeczności tego twierdzenia. Żonę nazywa największym swoim wrogiem, jej przypisuje »niesprawiedliwe« umieszczenie jego — zdrowego człowieka — w szpitalu dla obłąkanych. Wraca do domu chętnie i sądzi, że będzie mógł zająć się osobiście całem gospodarstwem.

Po opuszczeniu zakładu przez chorego żadnych wiadomości o nim nie mamy przez pół roku, należy więc przypuszczać, że zwolnienie choroby (remisya) utrzymuje się dotąd.

Opisany powyżej przypadek tętniącego ropniaka opłucnej w wielu szczegółach różni się od znanych dotąd spostrzeżeń, etyologia jego jest zupełnie odmienną, obraz kliniczny sprzeciwia się pewnym zasadniczym »prawidłom«, ustalonym przez Dieulafoy, najlepszego niewątpliwie znawcę tej sprawy chorobowej, — musimy więc szczegółowiej omówić nasz przypadek w porównaniu z opisanymi przez innych autorów.

Co do samej nazwy cierpienia »Empyema pulsans«, dłuższy czas istniała pewna różnica pomiędzy autorami, zależnie od poglądów ich na istotę wysięku. Najdawniejsi pisarze używali nazwy »pleuritis pulsans«, wprowadzonej przez Mc Donella sen. na początku XIX stulecia, już jednak Walshe w połowie wieku ubiegłego używał nazwy »pulsating Empyem«. Z późniejszych autorów Comby korzysta jeszcze z obu tych nazw (»empyème pulsatile« lub »pleurésie pulsatile«), a potem istnienie tętniącego wysięku opłucnej z treścią nieropną poddane nawet było wielkiej wątpliwości. I tak Dieulafoy zaznacza, że na 60 przeszło przypadków »pleuritis pulsans«, opisanych do r. 1899, zaledwo znaleźć można 3—4 spostrzeżenia, w których wysięk określano jako nieropny, lecz i tu »przy bliższem rozpatrzeniu niektóre z nich są wątpliwe«. A więc w przypadku Rummo miał być krwawy wysięk tętniący opłucnej. W jednym z przypadków Combyego wysięk tętniący nazwany jest surowiczym, choć już przy drugiem przekłuciu otrzymano ciecz ropną; dalej w przypadku Lépine'a wysięk był surowiczy, lecz »trochę mętny«; wreszcie w przypadku, podanym przez Piussara, przypuszczano u chorego z tętnieniem klatki piersiowej istnienie surowiczego wysięku, przypadku tego jednak za dowodzący nie można uważać, gdyż »wobec niepewności rozpoznania przekłucia nie robiono«.

Na podstawie powyższych danych Dieulafoy wnosi, iż tętniące zapalenie opłucnej z wysiękiem surowiczym spotyka się nadzwyczaj rzadko: wysięk prawie zawsze, »jeśli nie zawsze«, bywa ropny, tak iż nazwa »Empyema pulsans« jest zupełnie uzasadniona.

Tętniący ropniak opłucnej zdarza się przeważnie w młodym i dojrzałym wieku, opisano jednak spostrzeżenia, dotyczące i dzieci (przypadki Mahla, Arana). Co do płci, częściej bywa ropniak tętniący u mężczyzn, niż u kobiet (Osler).

Etyologia ropienia wysięku nie odgrywa roli w częstości ropniaka tętniącego, opisano bowiem tętnienie w ropniakach opłucnej zarówno gruźliczego, jak też pneumokokkowego lub też septycznego pochodzenia. Nasz przypadek etyologicznie różni się od innych tem, że ropniak opłucnej wywołany został przyczyną zewnętrzną, mianowicie złamaniem żebra, — i pod tym względem jest on jedynym w znanem mi piśmiennictwie.

W przebiegu ropniaka tętniącego odróżnia się zwykle dwa okresy: pierwszy, — gdy mamy zwykły ropny wysięk opłucnej bez najmniejszego śladu tętnienia; okres ten trwać może różny przeciąg czasu — tygodnie lub nawet miesiące; w drugim dopiero okresie występuje tętnienie. Wyraźny podział na okresy zaznaczył się i w naszym przypadku: gdy bowiem już 3. XI. 1907 spostrzeżono wypuklającą się na zewnątrz »empyema necessitatis«, tętnienie guza wystąpiło po raz pierwszy dopiero 11. XI. Co jednak ciekawsze, że istniało ono bez przerwy tylko 10 dni, stopniowo bowiem słabnąc, samorzutnie znikło 22. XI. na dzień przed przecięciem guza. — Mieliśmy tedy u naszego chorego 3 okresy, których inni autorowie nie podawali, zazwyczaj bowiem tętnienie istniało do chwili otwarcia ropniaka.

Bardzo znamienną jest rzeczą, że tętnienie dają wysięki tylko lewostronne. Tętniące wysięki prawostronne należą do nadzwyczajnych rzadkości, tak że n. p. Dieulafoy w całem piśmiennictwie znalazł jeden tylko taki przypadek.

Drugi »konieczny warunek« powstania ropniaka tętniącego podaje Dieulafoy, a to, żeby sprawa zapalna zajęła całą jamę opłucnej i żeby powstał znaczny wysięk.

»Ropne zapalenia opłucnej z niewielkim wysiękiem, otorbione, międzypłatowe, przeponowe lub wielokomorowe, po większej części nie dochodzą do tętniącego ropniaka« twierdzi Dieulafoy.

Rzeczywiście, w ogromnej większości przypadków, podanych w piśmiennictwie, (w tej liczbie i u chorej Dunina), wysięki były bardzo obfite, już jednak Biegański wspomina o »otorbieniu« wysięku, jako o warunku nawet wytworzenia tętnienia. W naszym zaś przypadku niewątpliwie mieliśmy tylko ograniczone zapalenie opłucnej ściśle otorbione, z niewielkim wysiękiem ropnym, a jednak tętnienie wystąpiło bardzo wybitne.

Uwzględniając tedy nawet odrębne warunki powstania ropniaka u naszego chorego (złamanie 6. żebra w pobliżu serca i powstanie wysięku, przylegającego bezpośrednio do worka osierdziowego), należy zdanie Dieulafoy uzupełnić poprawką, że jednak przy sprzyjających okolicznościach i ograniczone wysięki opłucnej mogą dawać tętnienie.

U naszego chorego, jak i w większości opisanych dotąd przypadków, tętnieć zaczął wysięk na przebiciu (»empyema necessitatis«), w rzadkich jednak razach występuje tętnienie i przy wysięku opłucnej, nie przebijającym się nazewnątrz.

W tych przypadkach, — po stwierdzonem przez pewien czas istnieniu zwykłych tylko objawów ropniaka opłucnej, daje się nagle wyczuć tętnienie w tem lub innem miejscu klatki piersiowej, — nieraz najbardziej nieoczekiwanem: może ono wystąpić zarówno na przedniej powierzchni, jak z boku lub z tyłu, czasami u samego dołu klatki piersiowej, częściej u góry.

Tętnienie, zajmujące nieraz bardzo znaczną przestrzeń, można stwierdzić zarówno przez osłuchiwanie jak niemniej zapomocą wzroku i dotyku.

Przy osłuchiwaniu tętniącego miejsca bicie jest wyraźnie słyszalne, żadnych natomiast szmerów stwierdzić nie można. Przy dotyku otrzymujemy wrażenie rzutu koniuszkowego serca lub bicia dużego tętniaka; tętnienie to jest równoczesne ze skurczem; klatka piersiowa wyraźnie uderza w dłoń badającego, lecz drżenia *(frémissement)* nie daje. Przy uważniejszem wreszcie oglądaniu zajętej okolicy widać na niej ruchy faliste lub podnoszenie się klatki piersiowej (»w niektórych przypadkach dostrzedz można rytmiczne wstrząśnienie jednej połowy klatki piersiowej, zależne od skurczów serca«. L. Korczyński).

(C. d. n.).

Oceny i sprawozdania.

Dr F. Malinowski: **Choroby weneryczne,** tom I. — **Przymiot** (syfilis). Warszawa 1908.

Istotnie dający się odczuwać brak podręcznika chorób wenerycznych w języku polskim, szczególnie dziś wobec wymogów nowej ustawy dla studyów lekarskich, zapełnił autor wydaniem niniejszej książki, która stanowi tom I. szerzej zakreślonego dzieła. — Po krótkim wstępie geograficznym i historycznym, odnoszącym się do przymiotu, przedstawieniu zasadniczego przebiegu choroby, kreśli autor obraz poszczególnych okresów. Doskonały opis nacieku pierwotnego kiły (autor używa nazwy »szankier twardy« — może raczej stwardniały) daje czytelnikowi wyraźny obraz, zwłaszcza, że autor opisuje nietylko postacie różne i w różnych okolicach ciała powstające, ale również barwnie porównywa je z różnymi objawami podobnymi, należącymi do innych chorób. Podobnie szczegółowo przedstawia autor t. zw. okres drugorzędny choroby. Po zwięzłej a jasnej charakterystyce ogólnej całego okresu opisuje M. poszczególne typy wysypek: plamistej, grudkowej i wrzodziejącej. Tę ostatnią postać, którą autor nazywa »wrzodziastą«, oddziela od wszystkich wysypek krostkowych i pęcherzykowych, a do »wrzodziastych« zalicza tylko niesztowice i brudziec, które powstają niewątpliwie z pęcherzyków. Bielactwo i czerniaczkę skóry (*leucomelanoderma*) uważa M. za objawy barwikowe, ściśle do siebie należące, nie objaśnia jednak ich patogenezy. Opisawszy dalej wyłysienie na tle zakażenia kiłowego i zanokcicę, przechodzi autor do wysypek moknących (które nazywa także nie wiadomo dlaczego »śluzowemi«) w czterech postaciach, opisując jasno nietylko ich wejrzenie, ale i siedzibę i częstość powstawania w różnych okolicach ciała, w błonach śluzowych i w skórze, u kobiet i u mężczyzn. Podając opis zmian w różnych narządach wewnętrznych, spostrzeganych w przebiegu kiły wtórorzędnej i krótki zarys rokowania, kreśli autor obraz histologiczny wspomnianych wysypek, oparty na własnych badaniach i objaśniony doskonałymi rysunkami. Trudno jednak zgodzić się z autorem, że barwa wysypki kiłowej polega na obecności w nacieku krwinek czerwonych, które M. znajdował w niektórych guzkach, bo dziś przecież nikt nie wątpi w przeświecanie nacieku przez naskórek nietylko w kile, ale i w różnych innych sprawach chorobowych tego narządu. Nie można również z tekstu części anatomicznej wywnioskować, jakie znaczenie mają wedle autora znalezione w niektórych wysypkach mikroby ropne, bo zdanie: »sprawę wywołują krętki blade; działalność ich mogą potęgować drobnoustroje ropne, a ułatwiać i podsycać istniejące już poprzednio zmiany chorobowe skóry«, nie objaśnia zapatrywania autora. Część tę kończy leczenie miejscowe.

Część druga obejmuje przedewszystkiem obraz okresu trzeciorzędnego kiły, którego występowanie »zależy głównie« wedle autora »od braku lub niedostateczności odpowiedniego leczenia w okresie drugorzędnym«, a zapatrywanie to uzasadnia autor statystyką różnych autorów, obejmującą główne zmiany w powłokach zewnętrznych, a nie narządów wewnętrznych, co pozbawia ją istotnej wartości. Opisawszy bardzo szczegółowo i przejrzyście zmiany tego okresu w skórze i błonach śluzowych, szkicuje zmiany różnych narządów wewnętrznych, przechodząc do rokowania i obrazów anatomicznych, objaśnionych bardzo dobrymi rysunkami. Po obszernym i bardzo wyczerpującym ustępie o leczeniu, w którym czytelnik znajdzie wszystkie sposoby leczenia od najdawniejszych do najnowszych, wszystkie środki i przetwory, w dawniejszych czasach używane i obecnie do leczenia wprowadzone, — następuje jasna i dokładna polemika z różnemi zapatrywaniami na kiłę wrodzoną. Autor unikał zgodnie z nowszymi poglądami na tę sprawę nazwy kiły »dziedzicznej«, a mówi tylko o kile nabytej w czasie życia płodowego i wychodząc z tej zasady, odrzuca wszystkie niejasne teorye, które samą sprawę t. zw. dziedziczenia kiły tak bardzo dotąd zaciemniają.

Do dzieła dodano 30 tablic trójbarwnych, stanowiących piękny atlas, obrazujący różne rodzaje tak nacieków pierwotnych, jak i wysypek różnych okresów kiły. Cała książka, wydana na pięknym papierze nakładem autora, odznacza się przejrzystością układu i dobrym, wyraźnym drukiem, a jako podręcznik polski jest bardzo dobrym nabytkiem dla uczącej się młodzieży.

Niektóre usterki językowe poprawi zapewne autor w II. wydaniu; już sama nazwa choroby »przymiot« możeby się dała uniknąć, bo mimo dawne jej użycie, zakrawające na szyderstwo, trudno dziś ciężką chorobę nazywać wyrazem, który ma w języku całkiem inne, dobrze określone znaczenie.

F. Krzyształowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

W. Böcker. **W sprawie powstawania i leczenia** *»myositis ossificans traumatica«.* (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Böcker rozróżnia trzy postacie *»myositis ossificans«:* 1) *m. ossificans progressiva*, jako wrodzoną konstytucyjną chorobę; 2) *m. ossif. circumscripta*, która powstaje wskutek kilkakrotnych po-

wtarzających się urazów; 3) *myos. ossif. traumatica sensu stricto* (*osteoma traumaticum intermusculare* [Kienböck]), wywołane jednorazowym gwałtownym urazem. B. podaje poglądy różnych autorów w sprawie powstawania tej choroby i opisuje kilka przypadków trzeciej postaci. *Chlumsky.*

A. Schanz. **Wyniki korekcyi przy ciężkich skrzywieniach kręgosłupa.** (*Zeitschrift f. orthop. Chirurgie* 1908, Zeszyt 1—3). Schanz omawia na podstawie kilku przypadków wyniki gwałtownego wyprostowania (redressement) w ciężkich skrzywieniach i jako rzecz nową, (w czem się myli), podaje kombinacyę wyprostowania i gorsetu. (Jak widać z podanych fotografii, nie osiągnął S. wcale nadzwyczajnych wyników, chociaż po wyprostowaniu można się bardzo wiele spodziewać. Równie dobre usługi w ciężkich skrzywieniach oddaje dobrze dostosowany gorset). *Chlumsky.*

Cramer. **O bocznem skrzywieniu kręgosłupa wskutek niezupełnego zrostu górnych kręgów krzyżowych.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Cramer wydał niedawno bardzo zajmującą pracę o bocznem skrzywieniu kręgosłupa. Sprawozdawca już przed dwoma laty podał swoje poglądy w sprawie częstości wrodzonego skrzywienia i dowiódł, że ono częściej występuje, niż się ogólnie mniema. Cr. dowodzi tego na podstawie badań anatomicznych i wykazuje, że kręgi krzyżowe często mają nieprawidłowe kolce i dlatego wywołują skrzywienia. *Chlumsky.*

Wilhelm Schulthess. **Zawodowe skrzywienie kręgosłupa.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Schulthess, jeden z najlepszych znawców bocznych skrzywień kręgosłupa, podczas swego pobytu w Wenecyi zauważył, że gondolierzy, kierujący gondolą jednem wiosłem, przy pracy przybierają postawę, która odpowiada lewostronnemu lędźwiowemu i prawostronnemu piersiowemu skrzywieniu kręgosłupa. Sch. twierdzi, że większość gondolierów ma wyraźne skrzywienie kręgosłupa, powstałe wskutek wyżej wspomnianej postawy. Wskutek braku czasu nie mógł jednak S. badań na szerszą skalę przeprowadzić; jednak Fabio Vitali z Wenecyi w swojej pracy o chorobach zawodowych nie znalazł na kośćcach gondolierów żadnych osobliwych zniekształtnień. *Chlumsky.*

Jehle. **O białkomoczu wskutek skrzywienia kręgosłupa ku przodowi.** (*Tow. lek.* Wiedeń, 18. XII. 1908). U dzieci zjawia się czasem białkomocz, gdy stoją, siedzą, klęczą lub chodzą, a kręgosłup mają wychylony ku przodowi. Natomiast w przypadkach podobnych w razie założenia stosownego przyrządu, znika białko z moczu pomimo tego, że dzieci długo stoją lub chodzą; natomiast po zdjęciu przyrządu już w bardzo krótkim czasie pojawia się znowu białko. Skrzywienie kręgosłupa wywołujące białkomocz, różni się tem od wygięcia fizyologicznego, że jego najwyższy punkt leży nieco wyżej, niż zwykle, bo koło 1—2. kręgu lędźwiowego. Cierpienie to jest zwykle rodzinnem, bo i wygięcie kręgosłupa takiem bywa. Przyczyny białkomoczu szukać należy w zastoju w żyłach nerkowych, wywołanym przez ucisk kręgosłupa. Leczenie polega na założeniu odpowiedniego aparatu i wzmacnianiu ustroju. — Na temże posiedzeniu Preleitner pokazał odpowiedni przyrząd, składający się z pasa i dwóch prostopadle do niego umieszczonych sztab z pelotami, które poniżej łopatek wypychają kręgosłup, a mianowicie górną jego część ku przodowi, przez co znoszą wypukłość przednią. *K.*

Riedinger. **Zmiany na kończynach u królików po przecięciu chrząstki.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Riedinger przeprowadzał doświadczenia w ten sposób, że u królików 6—8 tygodniowych nacinał kość łokciową (*ulna*) tuż nad dolną nasadą i później w rozmaitych odstępach czasu zwierzęta zabijał. Następnie mikro- i makroskopowo badał tak zdrową, jak i chorą kończynę. W przeciągu 28 dni następowało zagojenie się. Kończyny operowane rozwijały się słabiej i na miejscu nacięcia miały wyrośle, podobne do zgrubień krzywicowych. *Chlumsky.*

Hofmann. **Dalsze badania i doświadczenia nad przeszczepianiem okostnej przy leczeniu kostnych zrostów stawów.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 59., Z. III.). Na podstawie doświadczeń na zwierzętach i odpowiednich przypadków chorobowych oświadcza się H. stanowczo za przeszczepianiem okostnej na świeżo obcięte powierzchnie zesztywniałego stawu, celem zapobieżenia zrostom. Ze wszystkich tkanek, używanych do wkładania pomiędzy kości, nadaje się najlepiej do tego okostna, jako tkanka, działająca tu nietylko jako ciało obce, ale równoważąco na sprawy wessania i tworzenia kostniny. Z tego też powodu nie spostrzega się po włożeniu okostnej przeciwnego zesztywnieniu skutku, t. j. stawów cepowatych, ale nowe powierzchnie stawowe przystosowują się prędko do swej czynności, o czem i na fotografiach rentgenowskich dokładnie przekonać się można. Także i materyał jest pod ręką, bo okostnę można zawsze w dostatecznej ilości zabrać z przedniej powierzchni kości piszczelowej. *K.*

R. Aberle. **O pewnej szczególnej chorobie kości i stawów.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Aberle podaje przypadek nadżerki (*usura*) kości (kości łokciowej w połączeniu ze zwichnięciem główki kości promieniowej) z obrzękiem i bolami i usiłuje całą tę sprawę przedstawić jako coś niezwykłego. Schorzenie powstało powoli u pewnego 40-letniego chorego, który przed laty 20 przebył wrzód miękki i wiewióra. Już raz chory ten cierpiał na dolegliwości w obecnie chorej ręce. Po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego bole ustąpiły, jak również i obrzęk, tylko zwichnięcie i nadżerka kości pozostały oczywiście bez zmiany. Chory (szewc) był do pracy nadal zdolny, jednakże porzucił swój zawód, ponieważ przy ciągłem zajęciu doznawał lekkich bolów. — (Sądzę, że zbyteczna tu dodawać, że w przypadku tym chodziło o kiłę kości. *Przyp. spr.*). *Chlumsky.*

Bergemann i Prof. Stieda. **O przebiegającem ze złogami wapniowymi zapaleniu torebki ścięgnistej barku.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 52). Niedawno ogłosił Stieda 8 przypadków ostrego zapalenia torebki, leżącej pod mięśniem naramiennym. Obraz chorobowy jest bardzo typowy. Choroba powstaje nagle, zwykle po urazie (w kilka godzin nieraz w nocy) i cechują ją silne bole w okolicy barku. W większości przypadków występuje ona u kobiet, rzadziej u mężczyzn, a zawsze dopiero po 40. roku życia. Ruchy czynne prawie zniesione, bierne bolesne. Sam staw niebolesny, a tylko okolica torebki bardzo wrażliwa. Po kilku dniach silnej bolesności zwykle wraca wszystko do stanu prawidłowego. Badania rentgenowskie stwierdziły stale wybitny cień koło guza wielkiego kości ramieniowej. Ponieważ żaden z chorych nie zgodził się wtedy na operacyę, przeto nie można było dokładnie zbadać istoty choroby. Obecnie B. i S. po zoperowaniu trzech dalszych przypadków zdają dokładnie sprawę z tego dość częstego cierpienia. Obraz chorobowy był ten sam, a na zdjęciach rentgenowskich poniżej wyrostka barkowego na guzie większym widać było wyraźnie cień jeden, lub kilka. Operacya polegała na wycięciu torebki, której badanie stwierdzało stale te same zmiany, t. j. naciek zapalny, tu i owdzie zgorzel miejscową i złogi wapniowe bezpostaciowe. Obraz chorobowy, jakoteż i badanie drobnowidowe przypominają żywo sprawy, toczące się przy sprawie moczanowej. Rössler opisał podobne przypady przy zapaleniu torebki pod ścięgnem Achillesa. Wolff uważa je za zmiany starcze. Sprawa ta przebiega zdaje się przewlekle, a dopiero uraz ją zaostrza. Zabieg operacyjny, zresztą prosty, usuwa chorobę zupełnie i chroni od nawrotów. Obraz choroby, jakoteż typowy obraz rentgenowski, czynią rozpoznanie bardzo łatwem. *K.*

P. Bade. **W sprawie techniki operacyjnej artrodezy.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Bade jest gorliwym zwolennikiem artrodezy, którą uważa za znakomitą metodę. Opisując różne jej odmiany, nie podaje B. zresztą nic nowego i nie popiera swoich twierdzeń żadnymi dokładnie przytoczonymi przypadkami. *Chlumsky.*

Froehlich (Nancy). **Co może powstać z niektórych wyleczonych zwichnięć w stawie biodrowym.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* T. XXII.). Dotychczas niewiele zajmowano się późnymi wynikami wyleczonych, wrodzonych zwichnięć w stawie biodrowym. Fröhlich znalazł z 230 przez siebie operowanych przypadków (20% zupełnie wyleczonych, 50% prawie), 10 takich, które dały złe późne wyniki. Były to przypadki, które początkowo dały wyniki zupełnie bez zarzutu. Z tych 4 chorych dostało później bioder szpotawych (*coxa vara*), u dwóch powstał zupełny zanik szyjki stawowej, dwóch zachorowało na gruźlicę stawu biodrowego, a z dwóch ostatnich u jednego wystąpiło urazowe zwichnięcie, u drugiego dziecięce porażenie rdzeniowe. Dwa ostatnie przypadki nie stały oczywiście w żadnym związku z pierwotnem schorzeniem, natomiast z pewnością zachodził związek w pierwszych 8 przypadkach. *Chlumsky.*

Joachimsthal. **Wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego jako częściowy objaw przy innych wadach wrodzonych.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* T. XXII.). J. podnosi rzecz, dawno zresztą znaną, że wrodzone zwichnięcie w stawie biodrowym częstokroć idzie w parze z innemi wrodzonemi wadami

i jako przykład podaje kilkanaście przypadków, gdzie oprócz wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego znalazł kręcz (*torticollis*), zwichnięcie kości promieniowej, stopy końsko-szpotawe, stopy hakowate, brak kości strzałkowej i inne podobne zniekształtnienia. *Chlumsky.*

Ludloff. **W sprawie krwawego nastawiania wrodzonego zwichnięcia w stawie biodrowym,** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Bywają takie przypadki wrodzonych zwichnięć stawów biodrowych, których niepodobna bezkrwawo nastawić, a które operowane być muszą. L. poleca w takich przypadkach na podstawie swych badań anatomicznych nową metodę operowania, polegającą na cięciu skórnem przy zewnętrznym brzegu m. przywodzącego wielkiego i dostaniu się wprost do torebki stawowej, którą się otwiera i główkę kości udowej wstawia. Wyskrobywania, ani też poprawy panewki L. nie wykonuje. Opatrunek gipsowy zakłada w znanem ułożeniu ząbkowem. L. operował według tej metody dotychczas 5 przypadków. Ostatecznych wyników nie może jeszcze dotąd podać, bo leczenie jeszcze nie jest ukończone. *Chlumsky.*

Wildt. **Przypadek uwięznięcia zwichniętej rzepki.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 52). 58-letni mężczyzna spadł z wysokości 3 metrów głową na dół w tył z wozu napełnionego słomą i przytem uderzył się silnie kolanem prawem o brzeg wiadra. Badanie wykazało: kolano w całości obrzękłe i zgięte pod kątem 165—170°. Chory kończyny dolnej sam podnieść z powodu bolów nie może, zgięcie i wyprostowanie możebne w granicach 20°. Badanie miejscowe stwierdza, że rzepka stoi uwięzła prostopadle w szparze stawowej w ten sposób, że jej zwykła (skórna) przednia powierzchnia zwrócona jest ku udu, a stawowa ku stopie. Brzeg górny rzepki w szparze stawowej, dolny u góry, a od niego biegnie bardzo silnie napięte więzadło własne rzepki do kości piszczelowej. $3^1/_2$ ctm powyżej rzepki wyczuć można w mięśniu czworogłowym $6^1/_2$ ctm długą, a $1^1/_2$ ctm szeroką, poprzecznie biegnącą szparę. Badanie rentgenowskie potwierdza to samo co do rzepki. Próby bezkrwawego odprowadzenia były bezowocne, wobec czego niestety dopiero w 4 dni wykonano odprowadzenie krwawe w uśpieniu z cięcia półksiężycowatego powyżej rzepki (ze względu na przypuszczalne pęknięcie mięśnia i aby blizna nie leżała na rzepce). Zapomocą kleszczy dość łatwo odprowadzono rzepkę, ale pęknięcia w mięśniu nie znaleziono wcale, tak że może silny skurcz je tylko przez skórę naśladował. Zgojenie zupełne rany, ale chory jeszcze potem nie mógł zginać kolana. W. przypuszcza, że rzepka musiała swym brzegiem wywołać w stawie jakieś zniszczenie. Dotąd opisano 10 podobnych przypadków Wymagały one zawsze operacyi, przy której nieraz potrzeba i staw otworzyć, więc rokowanie powinno być zawsze poważne. Podobne uwięznięcie wydarza się prócz urazu także czasem u osób, cierpiących na nawykowe zwichnięcie rzepki. *K.*

Ferdynand Schultze. **Przyczynek do postępowania przy zniekształtnieniach kończyn dolnych.** (*Zeitschr. für orthop. Chir.* 1908). Sch. radzi największą część chirurgicznych zniekształtnień operować drogą krwawą, albo bezkrwawą. Ponowne łamanie (*brisement*) i wyprostowanie (*redressement*) uważa za równoznaczące i wyraża zdanie, że łamanie wogóle należy zarzucić, a zastąpić przez wyprostowanie. Dużo przesady widzi S. w leczeniu przyrządami, szczególnie występuje przeciwko samodzielnemu zastósowywaniu przyrządów przez bandażystów, którzy powinni pracować tylko według wskazówek lekarza. (Niestety w Austryi głównie bandażyści przepisują przyrządy dla leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa i innych zniekształtnień i ta ważna gałąź medycyny spoczywa niemal wyłącznie w ich rękach mimo wszelkich zarządzeń i mimo przepisu ustawy, że leczenie ma być przeprowadzane tylko przez egzaminowanych lekarzy. Izby lekarskie postępują tak, jakby nic nie wiedziały o tych stosunkach, pomimo ogromnej reklamy tych partaczy *Uwaga sprawozdawcy*). Schultze twierdzi, że »Hessing jest partaczem w dziedzinie ortopedyi, który chorym nieobliczalne szkody wyrządził«. — Następnie opisuje Sch. swoje przyrządy do wyprostowywania, których bliższe objaśnienie możliwe jest tylko przy pomocy rysunków. — Znamienny dla zapatrywań Sch. jest ostatni punkt jego pracy: »Każdą szpotawość i stopę płaską można naprawić. Bezkrwawa metoda jest tu jedyną. Krwawy zabieg niszczy budowę anatomiczną, nie zastępując jej wcale«. — Przez ulepszenie nowoczesnej techniki zupełnie zostało usunięte wskazanie dla zabiegu krwawego przy stopie końsko-szpotawej i koślawej. Według zdania Schultzego krwawy zabieg przy stopie szpotawej i koślawej jest błędem lekarskim. *Chlumsky.*

Laryngologia i otyatrya.

Nager: **Przyczynek do histologii nabytej głuchoniemoty.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 54). Przypadek głuchoniemoty po odrze. Zmiany w błędniku powstały wskutek przejścia zapalenia opon mózgowych na błędnik; ucho środkowe zmian nie okazywało. N. dodaje, że powstanie zmian w błędniku w przebiegu odry tą drogą nie jest rzeczą rzadką. Zapalenie opon mózgowych w tych przypadkach uważa N. za następstwo zapalenia płuc, jakie często w przebiegu odry się zdarza. — Drugi przypadek głuchoniemoty, opisany przez N., przedstawia głuchoniemotę nabytą wskutek ciężkiego obrażenia głowy. Jako przyczynę głuchoniemoty podaje obrażenie głowy Bezold w 3%, Lemke w 5%, Mygind w 1,4%. Brun powiada, że po obrażeniach głowy w 14% można wykazać znaczniejsze zmiany w narządzie słuchu. *Zalewski* (Lwów).

Bloch i Hechinger: **Brak powonienia przy ropniu mózgowym w płacie skroniowym.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 76). Lucani i Seppili wykryli, że ośrodek dla zmysłu powonienia znajduje się w płacie skroniowym. Dotąd znane są dwa przypadki bezwęchu przy ropniu w płacie skroniowym. W przypadku Stokera bezwęch był po stronie ropnia, w przypadku Habermanna po stronie przeciwnej. W przypadku autorów bezwęch był po stronie ropnia. Skrzyżowanie bezwęchu w przypadku drugim objaśniają sobie autorowie uszkodzeniem torebki wewnętrznej. We wszystkich przypadkach węch wracał w miarę ustępowania zmian w mózgu. Badanie węchu może czasami przyczynić się do rozpoznania ropnia mózgu w płacie skroniowym. *Zalewski* (Lwów).

Alexander: **Wydalenie ciała obcego z ucha za pomocą elektromagnesu.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 54). Za pomocą narzędzi nie można było wyjąć kuli z ucha zewnętrznego lewego u chłopca 4-letniego. W uśpieniu udało się z łatwością kulę wyjąć za pomocą elektromagnesu; A. radzi w odpowiednich przypadkach i tego sposobu nie zaniedbać. *Zalewski* (Lwów).

Ruppert: **Sprawozdanie o operacyach doszczętnych, dokonanych w klinice usznej w Monachium.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom. 54). W ciągu roku 1892—1901 leczono 1450 przypadków z powodu przewlekłego ropienia ucha środkowego; śmiercią skończyło się 1,52% przypadków. Operacyę doszczętną wykonano w 65 przypadkach, t. j. w 4,48%. Z operowanych zmarło 13, t. j. 20%. Na 15 operowanych, u których badano słuch, u 7 nastąpiła poprawa słuchu, u 2 pogorszenie. Na 530 przypadków ostrego ropienia ucha środkowego, zmarło 10, t. j. 1,9%. *Zalewski* (Lwów).

Zeidler: **Rak ucha środkowego w świetle nowoczesnych badań.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom. 77). Przypadków raka ucha znajdujemy w piśmiennictwie mało. L. podaje dwa przypadki raka ucha środkowego, dotyczące kobiet 46-letnich i jeden przypadek, dotyczący mężczyzny 19-letniego. We wszystkich przypadkach za przyczynę trzeba uważać długotrwałe ropienie. We wszystkich trzech przypadkach było bardzo znaczne zniszczenie przyległych kości. Badanie drobnowidowe wykazało we wszystkich trzech przypadkach komórki płaskie. We wszystkich trzech przypadkach nastąpił nawrót w krótkim czasie po operacyi. *Zalewski* (Lwów).

Zemann: **Czy operacya doszczętna znosi zdolność pełnienia służby wojskowej.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom. 77). I po atykoantrotomii operowany może pełnić służbę wojskową, jeżeli ma odpowiednią bystrość słuchu, jeżeli nie ma otworu poza uchem, jeżeli nastąpiło zupełne wygojenie ropienia i jeżeli rana pooperacyjna zewsząd otoczona jest kością. *Zalewski* (Lwów).

Halász: **Szmer wewnątrzuszny słyszalny nazewnątrz.** (*Monatschrift f. Ohrenh.* Tom 42 Nr 8). Chora 35-letnia skarżyła się na uciążliwy szmer w uchu, do którego co pewien czas przyłączał się też ton. Szmer ten i ton, który pojawiał się co 4—5 minut, można było słyszeć za pomocą słuchawki. Po zaciśnięciu tętnicy skroniowej powierzchownej, która była znacznie rozszerzona, szmer znikł. H. zaproponował podwiązanie tętnicy, lecz chora nie zgodziła się na to. — Podwiązanie tętnicy w podobnych przypadkach nie prowadzi często do celu, gdyż szum po pewnym czasie wraca. *Zalewski* (Lwów).

Mayer: **Badania drobnowidowe zmian w narządzie słuchu przy kile wrodzonej.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 77). Badań anatomiczno-patologicznych zmian kiłowych w narządzie słuchu prawie nie posiadamy. M. zbadał drobnowidowo 11 przy-

padków w wieku od 10 minut do 17 miesięcy, W 9 przypadkach znalazł ropienie w uchu środkowem, przytem w jednym był przedziurawiony bębenek. Ta ilość zapaleń ucha środkowego nie przedstawia nic nadzwyczajnego, wiemy bowiem, że u osesków na sekcyi znajdujemy w 90% podobne zapalenie. Ropienie ucha środkowego w żadnym przypadku nie przeszło na błędnik, co nie zgadza się ze zdaniem Hopmana, że u dzieci kiłowych często ropienie ucha środkowego przechodzi na błędnik. W dwóch przypadkach znalazł M. wynaczynienie na błonie śluzowej jamy bębenkowej; dotyczyło to dziecka, zmarłego zaraz po urodzeniu i dziecka 3-dniowego. M. zmianom tym nie przypisuje żadnego znaczenia i uważa je za skutek zaburzeń w krążeniu: w obydwóch przypadkach stwierdzono niedodmę płuc.

Największe zmiany znalazł M. w przewodzie usznym wewnętrznym; tylko w jednym przypadku zmian żadnych nie wykrył; w reszcie przypadków stwierdził mniejszego lub większego stopnia sprawy zapalne na oponach mózgowych i w nerwie słuchowym, szczególnie w gałęzi ślimakowej tego nerwu. W dwóch wyżej wspomnianych przypadkach były też wynaczynienia w przewodzie wewnętrznym.

Zmiany zapalne w błędniku stwierdził M. w 6 przypadkach, w niektórych przypadkach prócz tego zanik narządu Cortiego. W błędniku zmiany były zawsze w części podstawowej znaczniejsze, niż w końcu. Także i komórki zwojowe w tej części okazywały większe zmiany. Zmiany w błędniku powstały wskutek przejścia zapalenia wzdłuż nerwu na błędnik.

Badania te nie zgadzają się z badaniami Baratoux, który znalazł wynaczynienia w błędniku, powstanie ich tłómaczył zmianami w naczyniach. Baratoux przeprowadzał swe badania na nieżywo urodzonych lub zaraz po urodzeniu zmarłych, z tego powodu przyczyna tych wynaczynień może być taka, jak w dwóch wyżej wspomnianych przypadkach.

Zmiany, jakie stwierdził M., mogą być niewątpliwie przyczyną nabytej głuchoniemoty. *Zalewski* (Lwów).

Rhese: **Stosunek między bystrością słuchu dla mowy i dla strojników i znaczenie jego dla wykrycia udawania i przesadzania.** (*Monatschrift f. Ohrenh.* 1908 Nr 9). Między bystrością słuchu dla mowy i dla strojników zachodzi dość ścisły stosunek, tem ściślejszy, im słuch wogóle jest gorszy tak, że na podstawie krzywej, otrzymanej przy badaniu strojnikami, można do pewnego stopnia sądzić o bystrości słuchu dla mowy. Przy histeryi, neurastenii i innych tym podobnych cierpieniach zachodzi bardzo często niestosunek między bystrością słuchu dla mowy, a bystrością dla strojników: słuch dla mowy jest lepszy, niżby można sądzić po wyniku badania strojnikami. Na podstawie licznych swoich badań dochodzi R. do wniosku, że dla rozumienia mowy ważną jest rzeczą dobry słuch dla drugiej, czwartej i piątej oktawy, co odpowiada faktowi, że tony właściwe samogłoskom odpowiadają przeważnie drugiej oktawie, a tony właściwe spółgłoskom — czwartej i piątej. Badanie narządu słuchu zapomocą strojników może się przyczynić do wykrycia udawania lub przesadzania: jeżeli przy kilkakrotnem badaniu otrzymamy obraz podobny, to będziemy mieli pewność, że badany mówi prawdę, w przeciwnym razie podejrzywać będziemy udawanie lub przesadzanie. *Zalewski* (Lwów).

Hegener: **Statystyka przypadków ropienia narządu słuchu i powikłań tegoż,** leczonych w klinice usznej w Heidelbergu w 1897—1906 r. (*Zeitschrift. f. Ohrenh.* Tom 56). Spostrzegano w ciągu tego czasu 10.187 przypadków ropienia narządu słuchu, co stanowi 43% wszystkich przypadków chorób usznych; z tego na ropienie ostre wypada 45%, na przewlekłe 55%. Do operacyi przyszło w ostrych przypadkach w 10%, w przewlekłych w 13%. Prócz tego w kilkudziesięciu przypadkach wyjęto młoteczek i kowadełko. Razem w 12% przypadków musiano wykonać większy lub mniejszy zabieg chirurgiczny. Co do częstości ropienia, to stosunkowo i bezwzględnie zdarza się ono najczęściej w pierwszem, a następnie w drugiem i trzeciem dziesięcioleciu życia, później dość raptownie się zmniejsza. Mężczyźni wykazują znacznie większy odsetek zachorowań, niż kobiety: w pierwszym dziesiątku lat ilość zachorowań jest u mężczyzn i u kobiet jednakowa, później ilość zachorowań u mężczyzn tak się zwiększa, że nieraz w ostrych przypadkach jest 2—3 razy większa, niż u kobiet. W ostrych przypadkach w 0,7% operowanych, przypadków, a w przewlekłych w 7,8% było ropienie błędnika. Ropienia w błędniku stanowiły 0,6% wszystkich przypadków ropienia ucha środkowego. W 1,2% przypadków ropienia narządu słuchu stwierdzono ropień zewnątrzoponowy. W przypadkach operowanych ostrych w 21% stwierdzono ropień zewnątrzoponowy, w przewlekłych — w 4,7%. Zakrzep zatoki poprzecznej stwierdzono w 48 przypadkach, z tego 28 przypadków wyleczono operacyjnie, co stanowi 58%. Powikłania ropienia ucha środkowego ze strony zatoki poprzecznej zdarzają się częściej po stronie prawej, niż lewej; w ostrych przypadkach zatoka po stronie prawej jest o 50% częściej zajęta, niż po stronie lewej. Ropni mózgowych rozpoznanych i nierozpoznanych, było 24 przypadków, co stanowi 0,2% wszystkich przypadków ropienia. Wyleczono operacyjnie 5 przypadków, co stanowi 21%. Śmierć nastąpiła z powodu ropienia narządu słuchu w 0,6% przypadków. Barker na podstawie statystyk z roku 1877—1886 obliczył, że w 2,5% przypadków ropienia narządu słuchu następuje śmierć. *Zalewski* (Lwów).

Zalewski: **W sprawie postępowania pooperacyjnego po atyko antrotomii.** (*Nowiny lekarskie* 1908). Sprawozdanie o trzech przypadkach, leczonych sposobem opisanym w »Przeglądzie lekarskim« 1901 r. W przypadkach tych leczono ranę pooperacyjną, jak rany po wydłutowaniu innych kości. Przy postępowaniu tem celem leczenia jest, by jama pooperacyjna wypełniła się ziarniną, a nie, by ją utrzymać w pierwotnej wielkości *(Streszczenie własne)*.

Położnictwo i ginekologia.

E. Ehrendorfer: **W sprawie urazowego pęknięcia macicy w końcowym okresie ciąży z wystąpieniem całego jaja do jamy brzusznej.** (*Arch. f. Gyn.* tom 86, z. II). Pęknięcia macicy ciężarnej zdarzają się w następstwie zmian samej ściany macicy (blizny, nowotwory i in.), lub w sposób gwałtowny, np. wskutek urazu zewnętrznego lub przy sztucznem wywołaniu poronienia, wskutek upadku z pewnej wysokości (z drabiny, stołka, tramwaju, na ślizgawce), i to niekoniecznie na brzuch, ale i na grzbiet, ale nawet na nogi. Pęknięciu macicy towarzyszy zwykle częściowe lub zupełne wystąpienie jaja do jamy brzusznej. Zdumiewa przytem wielka liczba przypadków, wyleczonych po operacyach, wykonanych nawet w miesiące po pęknięciu. Przypadek autora dotyczył ciężarnej z końcem 8 m., u której wskutek upadku pękła macica i cały płód wypadł do jamy brzusznej; już w 3 tygodnie później, bez wezwania pomocy lekarskiej, kobieta ta oddawała się zwykłym zajęciom, w 3 miesiące później wystąpiła miesiączka i stan ogólny był dobry. Do lekarza udała się ta kobieta tylko dlatego, że mimo kresu ciąży poród nie występował, a brzuch się zmniejszał. Operacyę wykonano w 4 miesiące później, przyczem wyjęto dobrze zachowany, nie zmacerowany płód i łożysko. Brzeg łożyska był na małej przestrzeni wgojony w pierwotną ranę macicy, tak że miejsce to było przez nie zupełnie przykryte. Tem właśnie i dobrymi skurczami macicy po wystąpieniu płodu — należy sobie wytłómaczyć, że odchody poporodowe nie dostały się do jamy brzusznej i nie wywołały zakażenia. *Dr E. Ehrenpreis.*

Dr Fr. Lehmann: **O cięciu łonowem** (*symphyseotomia*) **w ciąży.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 86, z. II.) Spostrzeżenie, że po cięciach łonowych pozostało stałe rozszerzenie miednicy, tak, że następne porody przechodziły bez pomocy, naprowadziło na myśl wykonywania tej operacyi jeszcze w ciąży, celem osiągnięcia lepszych wyników gojenia się rany przez wykonanie operacyi przed wystąpieniem porodu. W tej myśli wykonał Frank w roku 1899 pierwszy cięcie łonowe z końcem ciąży: 10 dni później odbył się poród, który jednak zawiódł oczekiwania. Po tej próbie na długo zarzucono to postępowanie, aż dopiero w r. 1907 Gauss je wznowił. Tym razem wynik był dobry. Autor podaje trzecie, własne spostrzeżenie; w 27 dni po rozcięciu spojenia ukończono poród kleszczami i osiągnięto żywe dziecko. We wszystkich 3 przypadkach chodziło o miednicę ogólnie ścieśnioną z wymiarem prostym prawdziwym (*diag. vera*) $7^1/_2$—$7^3/_4$; spojenia łonowego nie zeszywano, nie zakładano również pasa miednicowego po operacyi, — a tylko związywano kończyny. We wszystkich 3 przypadkach wystąpiły zaraz po operacyi bole, które jednak po podaniu makowca ustały. W przypadku Franka i Gaussa było spojenie łonowe w czasie porodu jeszcze otwarte, w przypadku autora natomiast prawie nieruchome; przestrzeń między obu połowami spojenia, wynosząca 1 cm, wypełniona była tak silną blizną, że 12 godzin trwające bole porodowe i ostatecznie kleszcze zaledwie ją trochę rozluźniły. Nadzieja więc, że po cięciu łonowem, wykonanem w ciąży, uzyska się przy porodzie bliznę luźną, rozciągliwą, jest co najmniej wątpliwa, — bo otwarte jeszcze spojenie w przypadku Gaussa należy odnieść do złego przebiegu gojenia się rany, było więc raczej przypadkowe. Ażeby wymiar prosty miednicy powiększył się o 1—$1^1/_2$ cm, musiałaby blizna między kośćmi łonowemi wynosić co najmniej 3 cm, albo

być bardzo rozciągliwa; radyogramy i powyższe przypadki wykazują natomiast, że ani jedno ani drugie nie zachodzi. Jeżeli następne porody po cięciach łonowych mimo to jednak odbywają się łatwiej — (co, zdaniem autora, jest zresztą wątpliwe) — to należy to odnieść do pewnej rozciągliwości stawów krzyżowo-biodrowych — której one nabywają po cięciach łonowych; ich powierzchnie stawowe oddalają się od siebie, kość krzyżowa cofa się w tył, a wskutek tego obniża się przednia połowa miednicy, jak przy położeniu Walchera, wywołując przedłużenie wymiaru prostego. Autor sądzi, że technika wykonywania cięcia łonowego w ciąży powinna uledz pewnym zmianom, zmierzającym do otrzymania szerszej blizny pooperacyjnej; może to się da osiągnąć przez ułożenie operowanej z kończynami skręconemi bardziej na zewnątrz. *E. Ehrenpreis.*

F. Lichtenstein: **Krytyczne i doświadczalne badania nad toksykologią łożyska, zarazem przyczynek przeciw łożyskowej teoryi rzucawki** (*eclampsia*). (*Arch. f. Gyn.* t. 86, z. II.). Naprzód omawia L. krytycznie teorye o łożyskowem pochodzeniu rzucawki. Cztery są przypuszczenia: według Veita powstaje rzucawka wskutek przeładowania krwi ciężarnych nierozpuszczonymi elementami łożyska; według Askolego wskutek zbyt obficie rozwiniętych syncytyolizyn (substancye zawarte w surowicy krwi zwierząt, którym przez dłuższy czas wstrzykiwano miazgę łożyskową innych zwierząt w fizyol. rozczynie soli kuch.); według Weichardta wskutek zatrucia syncytyotoksyną nie zobojętnioną, a uwalniającą się przy rozpuszczeniu komórek łożyskowych (*syncytiolysis*); wreszcie według Liepmanna wywołuje rzucawkę jakaś trucizna białkowa, wytwarzana przez kosmki, lub przez same nabłonki kosmkowe. Celem przekonania się, czy teorye o łożyskowem pochodzeniu rzucawki mają wogóle racyę bytu i czy elementy łożyskowe stanowią dla ustroju matki specyalną truciznę, przeprowadził autor cały szereg doświadczeń na zwierzętach, używając jedynie łożysk ludzkich z porodów prawidłowych i z przypadków rzucawki. Łożyska te, roztarte przez coraz gęstsze sita w fizyol. rozczynie soli, wstrzykiwał L. królikom do żyły usznej. Doświadczenia te dowiodły wyraźnie, że śmierć, względnie utrzymanie zwierzęcia przy życiu i czas, w którym śmierć następuje, zależą jedynie od stopnia zgęszczenia i ilości wstrzykniętych elementów łożyskowych. Im wstrzyknięta miazga była grubsza, mniej dobrze przetarta, tem szybciej występowała śmierć zwierzęcia, im zaś miazga ta była delikatniejsza, lepiej przetarta przez gęste sita, a elementy łożyskowe mniej liczne, tem łatwiej utrzymać było można zwierzę przy życiu. Sekcye wykazały istotnie, że śmierć występowała głównie wskutek zatoru naczyń (płucnych) wstrzykniętymi elementami, wskutek więc przyczyny mechanicznej. Że istotnie odgrywał tu rolę tylko wpływ mechaniczny, a nie jakieś zatrucie, dowiodły następne doświadczenia, w których przez wśródżylne wstrzyknięcie substancyi nieorganicznych zdołano u królików wywołać te same objawy kliniczne i zmiany anatomiczno-patologiczne, jak przez wstrzyknięcie miazgi organicznej z kosmków łożyskowych. Doświadczenia te obalają stanowczo wszystkie teorye, tłómaczące śmierć zwierząt po wstrzyknięciu miazgi łożyskowej działaniem jakiejś trucizny komórkowej, zawartej w elementach łożyskowych. Veit tłómaczy występowanie rzucawki o ten sposób: w ciąży dostają się komórki łożyskowe do krwi matki; białko tych komórek jest trucizną dla jej ustroju (cytotoksyna), a celem jej zobojętnienia i zniszczenia wytwarza ustrój antytoksynę t. zw. syncytyolizynę. Zależnie od tego, czy ta syncytyolizyna wytworzy się w dostatecznej ilości, czy nie, matka pozostanie zdrowa, lub też ulegnie zatruciu, którego wyraźnym, pierwszym objawem jest białkomocz, występujący w następstwie uszkodzenia nerki. W celu zupełnego wyjaśnienia tej sprawy podjął autor dalszy szereg doświadczeń i wykazał, że białkomocz występuje u królików po śródotrzewnem czy śródżylnem zastosowaniu każdej substancyi, zawierajacej białko (białka kurzego, gotowanego mleka krowiego i in.). W ten więc sposób należy też wytłómaczyć białkomocz po wstrzyknięciu miazgi łożyskowej, tem bardziej, że wystąpił on także po zastosowaniu sączonego fizyol. rozczynu soli kuchennej, w którym wymyto przetarte miazgi łożyskowe, w którym więc komórek zupełnie nie było. Nadto przekonał się autor, że białkomocz po wstrzyknięciu soku z wyciśniętego łożyska nie był znaczniejszy, niż po wstrzyknięciu płynów białkowatych, nie zawierających elementów komórkowych, a tylko małą ilość białka, i że białkomocz nie zależy zupełnie od ilości wstrzykniętych komórek kosmkowych. Białkomocz nie wystąpił u królików ani razu po wstrzyknięciu substancyi nieorganicznych, nie zawierających białka. Wszystko to dowodzi, że białkomocz nie jest tu następstwem uszkodzenia nerek, lecz należy przyjąć, że wstrzyknięte białko, działając jako ciało dla ustroju obce, zostaje przez nerki w całości wydalone. Doświadczenia autora obalają w zupełności teorye o łożyskowem pochodzeniu rzucawki, o ile one — jak dotychczas — polegają na przypuszczeniach i doświadczeniach na zwierzętach. *E. Ehrenpreis.*

Doc. Dienst: **Patogeneza rzucawki** (*eclampsia*) **i jej stosunek do prawidłowej ciąży, do puchliny** (*hydrops*) **i do nerki ciężarnych.** (*Arch. für Gyn.* tom 86, zesz. II). Spostrzeżenia drgawek porodowych w przebiegu ciąży zaśniadowej bez płodu, jakoteż przy bardzo wczesnych poronieniach, obaliły przypuszczenie, jakoby trucizna, wywołująca rzucawkę, pochodziła z płodu. Dokładne badania popłodów od chorych na rzucawkę wykazały również bezpodstawność przypuszczenia, że źródłem rzucawki jest łożysko, tak, że jako jedyne miejsce wytwarzania trucizny, wywołującej drgawki porodowe, należało przyjąć ustrój matki. Na podstawie dokładnych badań krwi i moczu w przebiegu rzucawki, wyników badań anatomiczno-patologicznych i doświadczeń na zwierzętach, doszedł autor do przekonania, że przyczyną drgawek porodowych musi być jakaś trucizna białkowa, najprawdopodobniej ferment włóknikowy i istota włóknikorodna (fibrynogen). Badania krwi u ciężarnych wykazały, że ilość leukocytów, szczególnie u pierwiastek, wzrasta i przy porodzie dochodzi do najwyższych ilości (20—25.000), a od 3. dnia połogu opada do poziomu prawidłowego, wzrastając znowu nieco w okresie przypływu pokarmu; wzrost ten dotyczy, w przeciwieństwie do krwi prawidłowej, leukocytów jedno- i dwujądrzastych. W przebiegu rzucawki ilości leukocytów są jeszcze większe, dochodząc przy porodzie do 40—50.000; największe ilości spotykano w przypadkach rzucawki, kończącej się śmiercią lub bardzo ciężkiej. W przeciwieństwie do ciąży prawidłowej przeważają tu leukocyty wielojądrzaste. Wysokie ilości leukocytów już we wczesnym okresie ciąży zauważono wreszcie w przypadku ogólnej puchliny z białkomoczem i bez niego. Zdaniem autora pozostaje hyperleukocytoza ciążowa w związku z rozwojem płodu; leukocyty gromadzące się w matczynej części łożyska doprowadzają płodowi odpowiednie ilości pokarmu — pewnego rodzaju hyperleukocytoza trawienna, odbywająca się w macicy, a polegająca na ciągłem zużyciu i rozpadzie starych, a przypływie nowych leukocytów. To też podobnie, jak krew żyły wrotnej zawiera w czesie trawienia wskutek rozpadu leukocytów dużo fibrynogenu, tak też i krew żył macicznych stale obfituje w istotę włóknikorodną. Ze względu na znaczniejszą hyperleukocytozę we krwi ciężarnych, dotkniętych rzucawką, musimy przyjąć, że tu rozpad leukocytów jest wprost nadzwyczajny, a nadto sądząc także z obrazu mikroskopowego, który wykazuje przewagę leukocytów wielojądrzastych, przeważnie zwyrodniałych, przyjąć należy, że i odpływ ich jest utrudniony. Przyczyną takiego utrudnionego odpływu są zdaniem autora zastoiny, wytwarzające się u kobiet, dotkniętych rzucawką, wśród pewnych warunków wskutek ucisku macicy ciężarnej na naczynia odprowadzające miednicy i podbrzusza. Stan ten szczególnie łatwo powstanie u pierwiastek i w ciąży mnogiej, gdzie wskutek dobrze napiętych powłok brzusznych ucisk macicy na żyłę główną dolną jest tem większy. Jeżeli dodamy, że przypływ leukocytów w ciąży mnogiej szczególnie jest wielki, zrozumiemy, dlaczego rzucawka najczęściej występuje właśnie u pierwiastek i w przebiegu ciąży bliźniaczej. — Wskutek bardzo silnych bolów porodowych i po porodzie lub po zniknięciu przeszkody z innej przyczyny, — dostają się leukocyty względnie wytwory ich rozpadu (fibrynogen), nagromadzone w macicy wskutek utrudnionego odpływu, mniej lub więcej nagle, ale zawsze w wielkiej ilości do obiegu krwi, wywołując te ciężkie zmiany, które szczegółowo pierwszy opisał Schmorl, a które polegają na zwyrodnieniu, a nadto wskutek śródnaczyniowego tworzenia się zakrzepów, na obumarciu narządów miąższowych (wątroba, nerki). Do powstania zakrzepów potrzebny jest oprócz fibrynogenu ferment włóknikowy, a nadto jako czynniki wspomagające, zwolnienie prądu krwi i uszkodzenie ściany naczyniowej. Jeżeli więc w ciąży prawidłowej mimo leukocytozy i rozpadu ciałek białych, — przyczem również uwalniają się obie istoty wytwarzające skrzepy, — ustrój nie ponosi żadnej szkody, to musimy przyjąć, że tu z jednej strony zdrowa wątroba, a z drugiej nietknięty śródbłonek naczyniowy i prawidłowy prąd krwi zabezpieczają zdrowie ciężarnych. Sądząc zaś z obrzęków u dotkniętych rzucawką i z badań mikroskopowych musimy natomiast przyjąć, że tu śródbłonek naczyniowy bardzo już ucierpiał, a także krążenie krwi wiele zostawia do życzenia, są więc czynniki, ułatwiające powstanie zakrzepów. Ponieważ jednak obu tych czynników czasem niema, należy je uważać tylko za czynniki usposabiające, a jako stały czynnik wywołujący te wielokrotne zakrzepy w przebiegu rzucawki musimy uważać istotę włóknikorodną i ferment włókni-

kowy. Istotnie, skoro zważymy, że przy rzucawce często 3 razy tyle jest leukocytów, jak w ciąży prawidłowej, zrozumiemy, że wobec rozpadu leukocytów i częściowego zatrzymania wytworów ich rozpadu, — obie istoty wytwarzające skrzepy znajdują się u dotkniętych rzucawką w znacznie zwiększonej ilości. Właściwą trucizną wywołującą kliniczny i anatomiczno-patologiczny obraz drgawek porodowych jest, zdaniem autora, ferment włóknikowy, fibrynogen zaś stanowi czynnik usposabiający. Liczne doświadczenia na zwierzętach wykazały, że fibrynogen wywołuje zmiany w śródbłonku naczyniowym, wskutek czego wytwarzają się przesięki najprzód bez białkomoczu, a później wskutek uszkodzenia także śródbłonka nerkowego pojawia się białkomocz, co poprzedza tak często wystąpienie rzucawki. Doświadczenia te wykazały nadto, że fibrynogen wywołuje również ciężkie zmiany w wątrobie, która w stanie zdrowym odgrywa tak ważną rolę w zobojętnianiu trucizn, w szczególności globulin, wytworzonych w ustroju. Niemałą rolę przy powstaniu rzucawki odgrywa, zdaniem autora, nagłe dostanie się fermentu włóknikowego do obiegu krwi, jak to się odbywać może przy porodzie, kiedy ferment ten, nagromadzony w wielkiej ilości w naczyniach macicy, wskutek silnych jej skurczów zostaje wprost z niej wyciśnięty; taksamo nagle dostawać się może ferment do ogólnego obiegu krwi i po porodzie wskutek zniknięcia ucisku macicy na naczynia. Drgawki, jako takie, są objawem podrażnienia mózgu wskutek zakrzepów choćby drobnych naczyń mózgowych; pewną rolę odgrywają tu może czynniki toksyczne, wytwarzające się wskutek zmian w wątrobie i nerkach; wiadomo w końcu, że mózg ciężarnych szczególnie jest wrażliwy nawet na najlżejsze podrażnienia. Przejście fermentu włóknikowego, łatwo dyfundującego nawet przez zdrowe łożysko, do krwi płodu, może i u płodu wywołać rzucawkę typową tak pod względem klinicznym jak i anatomiczno-patologicznym. Na podstawie powyższych wywodów radzi autor w każdym przypadku obrzęku u pierwiastek, nawet bez białkomoczu, oznaczyć stopień leukocytozy i według tego zastosować dyetę nie obfitującą w sole i istoty białkowate. Rodzącą należy szybko i lekko rozwiązać, jakoteż starać się o jaknajszybsze odejście łożyska. Karmienia należy zabronić.

E. Ehrenpreis.

Al. Boissard. **O leczeniu zakażenia połogowego tak zw. ropniami fiksacyjnymi.** (*L'obstétrique*, Nr 5, 1908). Sposób ten, podany przez Fochiera w r. 1892, jako niepoparty dostatecznem uzasadnieniem naukowem, popadł wnet w zapomnienie. Jakkolwiek i dzisiaj jeszcze brak nam ściśle naukowego wytłómaczenia działania tego leczenia, jednakże wobec wielu, od tego czasu spostrzeżonych niewątpliwych dobrych wyników, nie można tego sposobu leczenia z góry potępić. Badania dotychczasowe wykazały, że ropnie otrzymane wskutek wstrzyknięcia ol. terpentynowego są zupełnie jałowe, że więc środek ten nie działa przez odciąganie ku ropniom zarazków chorobowych, jak to dawniej sądzono, a treść ropni, wstrzyknięta zwierzętom, nie wywołuje objawów zatrucia, czego należało się spodziewać. Stwierdzono jedynie, że wstrzyknięcie terpentyny zwiększa leukocytozę, dostarcza przeto ustrojowi środków obronnych, zwiększa jego odporność. Dalej jest faktem, że pojawienie się ropnia po wstrzyknięciu jest zwiastunem pomyślnego obrotu choroby, jego niepojawienie się zaś każe źle rokować. Jakkolwiek więc niema dotąd ściśle naukowego wytłómaczenia objawu neutralizacyi wstrzyknięcia, to jednak działanie lecznicze zdaje się nie ulegać wątpliwości. Również niema, jak dotąd, ścisłych wskazań leczniczych do stosowania sposobu Fochiera. Dotąd był on stosowany przeważnie tylko w przypadkach bardzo ciężkiego zakażenia, kiedy wszystkie inne sposoby leczenia zawiodły. Autor uważa go więc w każdym razie za wskazany przy postaciach ciężkich, przez które rozumie przypadki, gdzie przy powtarzających się dreszczach, wczesnej wysokiej gorączce, tętnie szybkiem i wczesnem pojawieniu się objawów zakażenia inne obecnie stosowane metody leczenia okazują się bezskuteczne. Jeżeli mimo ewentualnego oczyszczenia macicy z resztek jaja płodowego, ciepłota jest wysoka, a tętno ponad 120, względnie ciepłota okazuje duże wahania, to jest to objawem ciężkiego zakażenia, skoro więc inne środki leczenia będą bezskuteczne, nie należy długo przy nich się upierać i trzeba zastosować metodę Fochiera, która im wcześniej zastosowana, tem lepsze i pewniejsze może dawać wyniki. Metody tej, zdaniem autora, nigdy nie robi się »za wcześnie, a można żałować, że się ją zrobiło za późno«. Sama technika wstrzyknięcia jest prosta, należy je jednak robić czysto, wstrzykiwać najlepiej w przednio-zewnętrzną część uda i to podskórnie. Wstrzykuje się najmniej 3 cm³, lepiej 4—5 cm³ i to jednorazowo. Wstrzyknięcie nie wywołuje objawów ogólnego odczynu (jak surowica, elektralgol.) — jedynym odczynem jest ból w miejscu wstrzyknięcia, czasem przykry, co jednak nie może być przeciwwskazaniem wstrzyknięcia. Można zresztą ból złagodzić narkotykami (chloral, makowiec) i gorącymi okładami. Już drugiego dnia skóra w miejscu wstrzyknięcia różowieje, brzęknie, staje się ciastowatą, co zapowiada, że ropień się wytworzy. Około 6—7 dnia ropień jest wytworzony, rzadko jednak daje objawy szczerego chełbotania. W tym czasie można go przeciąć, co sprawia chorej ogromną ulgę. Na 13 przypadków, których historye choroby i tablicę gorączki autor podaje, zostało uleczonych tym sposobem przypadków 7, jest to więc wynik bardzo dobry, zwłaszcza, jeżeli się uwzględni, że we wszystkich chodziło o zakażenie bardzo ciężkie, przytem w niektórych wstrzyknięcia dokonano właściwie już za późno. Autor podaje również wyniki badania krwi, ropy z ropni fiksacyjnych i wstrzyknięć tejże u zwierząt. Wreszcie wysnuwa wniosek, że przy ciężkich zakażeniach połogowych nie powinno się zapominać o sposobie Fochiera, a jeżeli to wskazanie już się wyłoni, skutek tego sposobu może być tem lepszy, im się go wcześniej zastosuje.

Dr Stanisław Przybylski.

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Mentol przeciw czerwonce poleca Marini w następującej postaci: *Decoctum rad. Ipecacuanhae 4:200, Mentholi 0,20 Trae cinammoni Mixtur gummae aa 30,00.* Co godz. łyżkę stołową. Wymiotnica w ten sposób podana nie wywoływa nigdy nudności ani wymiotów, a tłómaczy to autor działaniem mentolu (*Jour. des Praticiens*, 10 maja 1908). *Stahr.*

Valisan jestto połączenie bromu z bornywalem; zawiera 25.2 % bromu, 48.3% borneolu i 26.5% kw. izokozłkowego. (Bornyval jestto połączenie borneolu z kw. izokozłkowym). Przetwór ten wypróbował Maeder na oddziale wewnętrznym szpitala w Charlottenburgu i poleca go jako lek uspokajający (*sedativum*). (*Ther. Monatsh.* 10. 08). Valisan ma zapach i smak przyjemniejszy od bornyvalu i innych przetworów kozłka. Znajduje się w handlu w kapsułkach żelatynowych o zawartości 0,25 gr. *St.*

Zatrucie aspiryną spostrzegał po podaniu 1 grama aspiryny Melchior w postaci: wysypki, obrzęku powiek, obrzęku głośni, sinicy, podniesienia ciepłoty do 39° i białkomoczu. Objawy te wystąpiły w ½ godziny po zażyciu i trwały kilka godzin. Inne przetwory salicylu znosił chory bardzo dobrze. (*Th. d. G.* Nr 8, 1908). *A.*

Camphosan (połączenie kwasu kamforowego z santalolem) polecają w kapsułkach po 0,3 jako środek zapobiegający zakażeniu przy czystem cewnikowaniu i zakładaniu cewnika na stałe, a także przy wiewiórze. (*Deut. med. Ztg.* Nr 76). *A.*

W leczeniu ostrego gośćca stawowego a także lżejszych postaci jego przewlekłych poleca Minkowski *diplosal* (salicylowy ester kwasu salicylowego). Ustrój znosi diplosal bardzo dobrze mimo podawania tygodniami po 5—6 grm. dziennie. *A.*

Przetwory chromu wywołują u robotników w fabrykach tych przetworów po dostaniu się do przeczosów skóry bolesne, rozległe, a trudno gojące się wrzody. Otóż, jak wspomina Brat, wrzody te goją się nieraz nadspodziewanie szybko w razie, jeżeli robotnik pracuje n. p. w komorach ołowianych, gdyż w takim razie tworzy się w ranie nie drażniący chromian ołowiu. Naturalnie ołowiem leczyć tych ran nie można, natomiast dobre usługi oddają zmywania wrzodów 5% dwusiarczkiem sodu, dwa razy dziennie. Nawet najcięższe owrzodzenia goją się przytem rychło. *A.*

Fonendoskiaskop jest to przyrząd, dozwalający przy prześwietlaniu serca promieniami rentgenowskimi równocześnie serce osłuchiwać. Podał go Dr Schmincke z Rapallo. Składa się ten przyrząd z ekranu do prześwietlania, w którego środku umieszczony jest fonendoskop. Schmincke twierdzi, że przyrząd ten oddaje znakomite usługi, bo zapomocą niego można osłuchiwać miejsca, na które patrzymy równocześnie, a dalej przyrząd ten dozwala na pewne rozpoznania tam, gdzie nie jesteśmy pewni, czy dany ton jest pierwszym czy drugim lub też przy szmerach sercowych. (*Münch. med. Wochenschr.* Nr 1). *A.*

Nad potomstwem zmarłych na raka i gruźlicę przeprowadził badania Fr. v. den Velden. Według V. rak występuje prawie jedynie tylko w rodzinach, gdzie panuje także gruźlica i naodwrót, wielu potomków rakowatych umiera na gru-

źlicę. U wolnych od tych dwóch cierpień członków rodzin występują bardzo często: dna, gościec, stwardnienie tętnic. (*Th. d. Geg.* Nr 9, 1908). *A.*

O trawieniu własnych tkanek przez ustrój wygłosił na pos. T. lek. w Halle (11. XI 1908) wykład Kathe. Dotąd w nauce panuje mniemanie, że sok żołądkowy w prawidłowych warunkach nie trawi tkanek tego samego ustroju, a nawet tkanek pokrewnych danemu osobnikowi. Z badań Kathego i Prof. Wullsteina wynika, że tak nie jest. Wszywali oni do żołądka psa śledzionę i pętle jelitowe i tak makro- jak i mikroskopowo przekonali się, że żołądek trawi te tkanki, a nawet w jelicie utworzyło się przez to sztuczne połączenie z żołądkiem. Jeżeli niektóre tkanki są odporne na działanie soku żołądkowego tego samego ustroju, to jedynie dlatego, że zawierają antifermenty, zobojętniające działanie zaczynów soku żołądkowego. *A.*

W sprawie leczenia ostrego nieżytu nosa i gardła. Schmidt (*Münch. med. Woch.* Nr 52) zwraca uwagę, że ostry nieżyt nosa bywa bardzo lekceważony mimo to, że łatwo się udziela innym osobom i że prowadzić może do poważnych powikłań. Na podstawie osobistego doświadczenia poleca S. środek, obmyślony przez siebie, a nazwany »koryzol«. Jest to mieszanina formanu z olejkiem eukalyptusowym w zawiesinie. Zawiesiną tą skrapia się chustkę do nosa (w ilości 15—20 kropel) i przez trzymanie chustki przed nosem wdycha się lek. Skutek bywa bardzo dobry, nieraz udaje się rozwój nieżytu wstrzymać. Sposób użycia wygodny; można go wszędzie i poza domem zastosować. Stirnimann (tamże) również na podstawie własnego doświadczenia poleca znów przy nieżycie nosa nalać na dłoń 3—4 kropli lizoformu, silnie je rozetrzeć i potem wydobywające się pary wdychać. W ten sposób postępując co 2 godziny 4—5 razy, leczy się według S. każdy nieżyt zupełnie. Leczenie to nie jest przyjemne, a nawet nieraz bywa bolesne, ale wynik, jak podaje S., jest znakomity. *A.*

Liszaj rumieniowaty (*lupus erythematosus*) poleca Kanoky leczyć najpierw w okresie przekrwienia wewnętrznie salicylem, a zewnętrznie oliwą cynkową (*Zinc. oxyd. 60,0 Ol. oliv. 40,0*) a potem 3 razy dziennie smarowaniem nalewką jodową, przyczem wewnętrznie podaje dalej chininę z salicylem naprzemian. W uporczywych przypadkach stosuje na noc smarowanie. Rp. *Acid. salicyl. 40,0, Acid. pyrogallic. 10,0, Collod. 100,0.* (*Med. Rec.* T. 74). *A.*

Przy wiewiórowem zapaleniu stawów i najądrza poleca Löwenberg jako znakomity środek leczniczy przekrwienie. Usuwa ono rychło ból i wywołuje prędkie wessanie nacieków; w stawach wraca ruchomość. Ból usuwa przekrwienie bierne, na wessanie wpływa dodatnio przekrwienie czynne. Zajęte stawy najlepiej leczyć kombinacyjnie, tj. zastoiną, gorącem powietrzem i miesieniem. Leczenie to można wykonywać ambulatoryjnie. (*Inaug. Diss.* Monachium 1907). *A.*

Leczenie rwy kulszowej sposobem Langa (wstrzykiwania pod wielkiem ciśnieniem śródnerwowo rozczynów soli kuchennej, ewentualnie z kokainą) oddaje dobre usługi w przypadkach, gdzie cierpienie polega podług Flescha napewno na sprawie zapalnej samego nerwu, dowodem czego jest brak odruchu Achillesa po stronie chorej. (*Med. Klin.* Nr 1). *A.*

O odjęciu kończyny przy cukrzycej zgorzeli wyraża się E. Eising (Med. Record. T. 74. S. 267) w następujący sposób: Cukrzyca sama przez się nie wywołuje wystąpienia zgorzeli, ale gdy ta już wystąpi, ułatwia dalsze zakażenie. Prędzej już obwiniać należy o przyczynianie się do zgorzeli kwas oksymasłowy przy istniejącem już stwardnieniu tętnic. Amoniak jest doskonałym wskaźnikiem stopnia zatrucia kwasami. Jeżeli jego ilość w 24 godzinach wynosi więcej, niż gram, to o ile możności należy operacyi już zaniechać. Zgorzel cukrzycza różni się od starczej tem, że pierwsza jest (zapewne wskutek wpływów chemicznych) zwykle wilgotną, a druga suchą. *A.*

Bardzo łatwo zaimprowizowany stół operacyjny do operacyi położniczych i kobiecych podał Manger (*Münch. med. Wochft* Nr 51). Cały przyrząd składa się z dwóch podstaw na nogi, dwóch pasów i podpory miednicowej wspólnie z miednicą do zlewania; pakuje się go do niewielkiej torby na drogę. Na każdym stole daje się przyrząd ten łatwo założyć. *A.*

Radio-respirator Liebenthala jestto przyrząd, służący do wdychiwania emanowanego radu (w przypadkach schorzeń górnych dróg oddechowych i przy krztuścu) (wyrob pruski). *A.*

Nowe imadło, nadające się do różnego rodzaju wielkości i jakości igieł podał Richter. (*Med. Klin.* Nr 1). *K.*

Leczenie wąglika u zwierząt kreoliną oddaje podług Zürna znakomite usługi. Podawać należy tylko dawki duże i nie przerywać za wczas leczenia. Te wyniki zachęcają Z. do polecenia tego sposobu leczenia i u ludzi w razie wystąpienia ogólnych objawów. Kreolina jest znacznie mniej trująca, niż polecany wewnętrznie przy wągliku karbol (Leyden-Klemperer). Sam Z. zażył 3 grm zupełnie nierozcieńczonej kreoliny bez wszelkich następstw i sądzi, że możnaby podawać i większe dawki. Smak kreoliny jest obrzydliwy. (*M. m. W.* Nr 52). *A.*

Połowiczy wzrost olbrzymi u 6-miesięcznego dziecka przedstawił Manchot w Towarzystwie lekarskiem w Hamburgu 15. XII. 1908. Badaniem rentgenowskiem czaszki nie wykryto zmian w przysadce mózgowej. *A.*

Fabryki leków tajnych uciekają się wprost do przekupstwa. Tak n. p. »The Brit. med. Journal« (Nr 2499) opisuje fakt oburzający. Fabryka »Dr Gardness Pink Tablets« naznacza nagrody pieniężne za najkorzystniejsze dla tego przetworu świadectwo pochwalne, a nadto dołącza do każdej paczki leku kupon, który należy odesłać wraz ze świadectwem o działaniu środka, za co też rozdziela się odpowiednie premie pieniężne. W miarę nadsyłania leku mogą więc niesumienni ludzie ciągle dołączać świadectwa i mieć z tego zysk ciągły! *X.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 4 stycznia 1909 r.

Czł. Cybulski przedstawia pracę p. Weleckiego p. t.: **O wpływie adrenaliny na wydzielanie CO_2 i na czynność nerek.** Autor, po stwierdzeniu zapomocą próbnych doświadczeń, że wpływ adrenaliny na ustrój zwierzęcia ujawnia się nietylko po wprowadzeniu jej do żyły, ale także po wstrzykiwaniach podskórnych, do otrzewnej i do odbytnicy, wykonał na zwierzętach (psach, królikach i morskich świnkach) dwa szeregi doświadczeń, z których w jednym oznaczał ilość CO_2 przed i po wprowadzeniu adrenaliny, w drugim—ilość moczu i azotu przed i po wstrzyknięciach podskórnych lub otrzewnych tejże substancyi. W pierwszym szeregu po wstrzykiwaniach do żyły stale znajdował zwiększenie się ilości CO_2, po wstrzykiwaniach zaś otrzewnych zmniejszenie; w drugim szeregu stale występowała diureza: zwiększenie się ilości moczu prawie do podwójnej ilości i azotu prawie o jedną trzecią normalnej ilości. Autor przypuszcza, że, oprócz wywoływania zmian ciśnienia krwi, adrenalina w tym ostatnim przypadku wywiera wpływ także na przemianę materyi w ustroju. (Treść 4 innych przedstawionych na tem posiedzeniu prac przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 16 grudnia 1908.

Przewodniczący prezes kol.: Borzęcki. Członków obecnych 55.

1. Przystąpiono do wyboru Zarządu Tow. na rok 1909. Komitet przedwyborczy przez swego przewodniczącego kol. Bielańskiego proponuje na prezesa kol. Dobrowolskiego, zaś kol. Wachholz kol. Wachtla. Na 55 głosujących kol. Dobrowolski otrzymał głosów 41, kol. Wachtel 9, pustych kartek oddano 5; prezesem na r. 1909 wybrano kol. Dobrowolskiego.

Na wiceprezesa proponuje przewodniczący komitetu przedwyborczego kol. Męsowicza, zaś kol. Wachholz kol. Wachtla. Na 55 głosujących kol. Męsowicz otrzymał głosów 29, kol. Wachtel 13 — reszta głosów rozstrzelonych i puste kartki; wiceprezesem Tow. został wybrany kol. Męsowicz na jeden rok.

Na sekretarza stałego proponuje komitet przedwyborczy kol.. Bochenka. Na 39 głosujących otrzymał kol. Bochenek głosów 21, kol. Owsiński 11, reszta rozstrzelona; wybrano kol. Bochenka sekretarzem stałym na lat 3. Sekretarzem dorocznym został wybrany kol. Morawski 24 głosami na 32 głosujących w myśl propozycyi Komitetu.

Bibliotekarzem został wybrany na 3 lata kol. Blassberg 26 głosami na 32 głosujących.

Skarbnikiem (na dwa lata, tj. do końca kadencyi) wybrano 29 głosami na 32 głosujących kol. Ackermanna.

Redaktorem »Przeglądu lekarskiego« wybrano jednomyślnie kol. Ciechanowskiego.

Do komisyi redakcyjnej zostali jednomyślnie wybrani kol. Krzyształowicz, Lewkowicz, Rutkowski, Wojciechowski. Do komisyi kontrolującej kol. Bielański i Cerchą. Delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lekarzy galicyjskich wybrani: Dr Bylicki, Dr Łuszczkiewicz, a na Walne Zgromadzenie tego Tow. kol. Ciechanowski i kol. Kostanecki, zastępcą zaś kol. Dobrowolski.

2. Kol. Ciechanowski zawiadamia Walne Zgromadzenie o połączeniu »Czasopisma lekarskiego« z »Przeglądem lekarskim«.

3. Kol. prezes dziękuje kol. Bielańskiemu jako przewodniczącemu komitetu przedwyborczego za poniesione trudy.

Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 3 listopada 1908 r.

1. Alfred Heiman przedstawił przypadek obustronnego **szumu śródusznego**, dotyczący 11-letniego chłopca, który przed rokiem nagle w szkole dostał szumu w obu uszach. Badanie wszechstronne ucha nie wykrywa żadnych wybitnych zmian, prócz bardzo lekkiego przytępienia słuchu. Przy przybliżeniu ucha osoby badającej do ucha chłopca wyraźnie daje się słyszeć równomierny szmer, współczesny z tętnem, lecz często przerywany. Szmer ten słychać stale przy obydwu uszach. Szumy tego rodzaju tzw. środuszne (entotyczne) powstają od wzmożonego rezonansu w samem uchu w zależności od przeszkód, jakie napotyka narząd, przeprowadzający dźwięki. Źródłem takich dźwięków są najczęściej naczynia krwionośne, zazwyczaj rozszerzone. Szmer podobny wywoływać także może kurcz mięśni, jak np. naprężacza bębenka *(m. tensor tympani)* lub podniebienia *(m. tensori palati mollis)*. W danym przypadku szmer ten entotyczny zależy najprawdopodobniej od żyły szyjnej, gdyż jej uciśnięcie poniekąd wpływa na zmniejszenie się szmeru.

2. Skłodowski wypowiada drugą część swego wykładu poruszając sprawę **wskazań do operacyi w kamicy nerkowej niepowikłanej.** Zaznaczywszy na wstępie, że przypadki powikłane bezmoczem lub ropieniem niepodzielnie należą od chirurgii, stara się prelegent odpowiedzieć na pytanie, czy i w przypadkach niepowikłanych, gdzie nie należy oczekiwać czy to z powodu wielkości kamienia, czy też jego siedziby, samodzielnego jego wysunięcia się, należy uciekać się do operacyi. Nasuwają się tu przedewszystkiem następujące pytania: 1. Jakie skutki dla ustroju pociąga za sobą obecność kamienia, uwięzionego w nerce, 2. na jakie niebezpieczeństwo bezpośrednie naraża chorego operacya? 3. jakie są jej następstwa dalsze? Zdaniem prelegenta dotąd ogólnie w tym kierunku nigdy stałych wskazań podawać nie można; musi się tu ściśle indywidualizować. Konieczne jest tu ścisłe określenie wskazań specyalnych, t. j. tych warunków, w jakich celowość operacyi może być racyonalnie udowodniona. Takiemi wskazaniami mogą być: 1. ból, krwawienie z nerki, 2. objawy wskazujące na utrudnienie odpływu moczu i 3. zakażenie miedniczki. W końcu wykładu wspomina mówca o przeciwwskazaniach do operacyi, podnosi konieczność badania przed operacyą sprawności czynnościowej pozostałej nerki.

Janowski podziela pogląd prelegenta, że trudno wyrazić pewny ogólnikowy pogląd, jakie przypadki kwalifikują się do interwencyi chirurgicznej. J. opiera się tu na własnych spostrzeżeniach, które wykazują bogate źródła mogących nastąpić omyłek: 1. Co do bolu, jako objawu kamicy nerkowej, to tu może zdarzyć się, że: a) bardzo silne napady bolu w nerce, zupełnie naśladujące kolkę kamicową, występują czasem w przebiegu krwotocznego zapalenia nerek. Mówca spostrzegał to 4 razy. b) Wyjątkowe przypadki włóknistej postaci gruźlicy całego układu moczowego mogą również naśladować kamicę nerkową. c) Zwężenie tryprowe moczowodu wiedzie nieraz do nader silnych bólów w odpowiedniej nerce. d) J. widział raz przypadek cierpienia kręgosłupa, które ze względu na podobieństwo objawów do kolki nerkowej, przez długi czas leczone było jako kamica nerkowa. e) Punkty bolu międzyżebrowego mogą także łudząco przez czas dłuższy naśladować kamicę nerkową. f) J. podnosi fakt, że zdarzają się przypadki kamicy nerkowej, w których chorzy miewają b. obfite krwawienia z dróg moczowych, żadnych jednakże bolów nie doznają. Mówca spostrzegał dwa takie przypadki. 2. Co do krwi, to może jej w przypadkach niewątpliwej kamicy nerkowej przez czas dłuższy brakować. 3 i 4. Bywa też i przez czas dłuższy brak białych ciałek krwi, oraz kryształów w osadzie moczowym. 5. Występowanie bolu przy opukiwaniu nerek także sprawy nie przesądza, gdyż zdarza się w zapaleniu miedniczek każdego innego pochodzenia. 6. Rentgenografia również nieraz wieść może do mylnych wniosków. W każdym razie J. uważa za możliwe kwalifikowanie do operacyi tylko takich przypadków, w których obok stwierdzenia wszystkich okoliczności, przemawiających za kamieniem nerkowym w jednej nerce, stwierdzono napewno zapomocą cewnikowania moczowodów, że druga nerka działa prawidłowo.

Kijewski podnosi bardzo szczupłą stosunkowo ilość spostrzeżeń (nawet w piśmiennictwie zagranicznem) operacyi przy niepowikłanej kamicy nerkowej; a przytem zważyć należy, że większość tych liczb statystycznych odnosi się do czasu, gdy nie znano jeszcze cewnikowania moczowodów. Rozwiązać należy jednakże pytanie, czy rana, zadana ręką chirurga, mniejszą szkodę przynosi, niż pozostawione kamienie w nerkach. Mówca przytacza tu wynik swej pracy o gojeniu się ran nerek. Wykonał 30 doświadczeń na królikach. Oprócz zawału znacznych rozmiarów, licznych wybroczyn itp. spostrzegał K. naokoło miejsca uszkodzenia osadzanie się soli wapiennych, co oddzielało jakby murem samo uszkodzenie od części sąsiednich zdrowych. Po upływie kilku tygodni zwapnienia te zwykle ulegały wessaniu. Regeneracyi w pełnem znaczeniu tego wyrazu K. nie widywał. Wszystkie te zmiany jednakże wywołują mniejsze zniszczenie narządu, niż zbyt długo pozostające kamienie. Stąd mowca wyraża zdanie, że przy każdej kamicy nerkowej niepowikłanej chirurg może przystąpić wcześnie do nefrotomii bez obawy zaszkodzenia choremu. Mowca podnosi jeszcze, jak nieraz trudne bywa znalezienie kamienia, dlatego też zawsze przed operacyą pożądane jest zdjęcie rentgenowskie, które w wielu razach od omyłek uchronić może.

Judt mówi o wartości rozpoznawczej promieni Rentgena w kamicy nerkowej; jeśli prześwietlanie wypadło ujemnie, kamienia w znakomitej większości przypadków niema i operacyi robić nie należy. Omyłki przy opieraniu się na wynikach prześwietlenia nie przechodzą w przybliżeniu 2%. *J. L.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie Wydziału dnia 6 listopada 1908.

1. Prezes Radca Dr Chłapowski zagajając zebranie oświadcza, że do Izby lekarskiej wybrani zostali Dr Jerzykowski, Dr Pomorski i Dr Wróblewski, a jako zastępcy: Dr Krysiewicz, Dr Dembiński, Dr Krzyżagórski, Dr Alkiewicz. W rejencyi bydgoskiej nie wybrano żadnego Polaka. W sprawie ankiety o raku nie otrzymał prezes żadnej dotąd odpowiedzi, prosi o nią do 15 b. m. Dalej przedstawia próby »lenicetu«, przesłane mu przez aptekarza p. Wituskiego.

2. Sekretarz odczytuje sprawozdanie z Walnego Zebrania. Do protokółu zabiera głos Dr Karwowski i wyraża żal, że z powodu braku czasu nie mógł odczytać całego odczytu o nowoczesnej rentgenoterapii, tylko niektóre z niego ustępy.

3. Odczyt Radcy Dr Chłapowskiego: **O dysenteryi amebowej.** Przedstawiwszy zachowane w wyskoku jelita chorych na dysenteryę i to w różnych postaciach (mieszkową, dyfterytyczną czyli nekrotyczną i otrębiastą) opisuje prelegent ameby. Jest ich kilka gatunków: *Amoeba mitis* wywołuje czasami tylko lekkie nieżyty. Złośliwą jest *Amoeba coli Loesch* czyli *Endamoeba histolytica Koch* czyli *Amoeba felis Quincke.* W Niemczech Roos opisał łagodniejsze przypadki dysenteryi amebowej. Do zarażenia zdaje się być potrzebną symbioza bakteryi z amebami, zakażenie następuje przez usta albo i przez odbytnicę i ogranicza się do okrężnicy, mianowicie do pętli esowatej. Ameby trzymają się tutaj podśluzówki w okolicy owrzodzeń. Następstwem dysenteryi amebowej bywają nieraz ropnie podprzeponowe, które przebijają się czasem do płuc, czasem do wątroby. Inny jest przebieg choroby w Egipcie, inny w Mandżuryi, inny w koloniach niemieckich w Afryce. Śmiertelność w Afryce wynosi 30%, u nas 15%. Kraus uważa chorobę tę za mniej groźną od choroby tęgoryjcowej (*Anchylostomiasis*), która i u nas w Galicyi w górniczych okolicach się zdarza. By się uchronić od zakażenia amebami, nie starczy filtrowanie, trzeba wodę gotować. Na tej podstawie tłómaczy prelegent rozpowszechnienie picia herbaty w Chinach, kawy w Afryce. Leczenie dysenteryi polega na podawaniu środków czyszczących: małe dawki kalomelu (0,05) i olej rącznikowy po 5 gr. przez 5 dni. W Afryce stosują wymiotnicę *(ipecacuanha)*, którą obecnie Merck wyrabia bez eme-

tyny. Dalej podaje się wody mineralne, Rakoczy z czerwonem winem, kefir, herbatę etc.

Prelegent stosował glinkę (*bolus armenica*), i to u 33-letniego urzędnika z Mandżuryi, który przez cztery lata cierpiał na tę chorobę. Chory był jeszcze dość silny, ale blady, miewał częste wypróżnienia, nieraz nawet wystarczał ruch na schodach do wystąpienia surowiczego stolca. Przytem bezsenność, bole głowy, skóra żółtawa, krew różowa, Talquist 50. Bolesność uciskowa w okolicy pętli esowatej i kiszki ślepej. W moczu nieco urobiliny. Prelegent stosował u tego chorego codzień ogórki, 2 razy po 100 gr. wody Rakoczego, przemywania tanniną, kalomel 0,05 z salolem. Wreszcie na polecenie Dr Modrakowskiego używał glinki aż do 200 gr. Po 6 tygodniach chory znacznie silniejszy, z uczuciem wyzdrowienia opuszczał Kissingen, choć jeszcze w kale były pełzaki. Prelegent wielką wagę przypisuje glince, którejby się teraz nie wahał użyć w podobnych przypadkach. U dzikich istnieje takie połykanie glinki w chorobie tęgoryjcowej, zwane »maladie de terre«.

W dyskusyi Dr Łazarewicz dziękuje prelegentowi za opisanie tak rzadkiego przypadku. Dr Mieczkowski zapytuje się, czy przy sekcyi można rozpoznać chorobę przy oglądaniu jelit gołem okiem (co prelegent potwierdza). W ostrych przypadkach można zastosować rękoczyn, mający na celu niedopuszczenie kału do chorego miejsca. Stosowano w pewnej liczbie przypadków z korzyścią otworzenie jelita, dalej przetokę kałową, wreszcie zupełny odbyt sztuczny. M. pamięta przypadek ciężkiego zapalenia kiszki (*proctitis phlegmonosa)*, gdzie rękoczyn taki bardzo dobry miał wynik. M. podnosi także zalety mentolu, który doskonale odkaża kiszki. Można go podawać w ilości do 6 gramów. Dr Łazarewicz sądzi, że glinka działa nietylko mechanicznie, ale odkażająco, przytem wyściela ściany jelita i chroni je od drażnienia. Co do wewnętrznych środków przeciwgnilnych, to Ł. obawia się, że mogą one więcej choremu niż amebom zaszkodzić. Dr Święcicki stwierdza, że w Berlinie, gdzie poprzednio badano chorego, nie znaleziono pełzaków i rozpoznano sprawę poczerwonkową. Sądzi, że lepiej, niż operować, jest rozciągnąć zwieracz odbytnicy, żeby kał mógł swobodnie odchodzić. Chory powinien sam badać odczyn kału: odczyn alkaliczny wskazuje, że dalsze leczenie jest konieczne. Próba Talquista jest niepewna; u jednej i tej samej chorej dawała nierówne wyniki. Dr F. Zakrzewski zwraca uwagę na zjawisko, że gdy już jedna forma dysenteryi, np. lasecznikowa istnieje, natenczas łatwo przyłączają się ameby. Glina podobnie jak bizmut osłania zapewne ściany jelit. — Dr Mieczkowski: Gdzie już jest ropień, tam nie warto podejmować zabiegów. Leki lepiej działają przez otwór w kiszce, niż podawane przez usta. — Wreszcie prelegent zwraca uwagę na fakt, że ameby przestają się poruszać w zimnie, co może wywołać pomyłki przy badaniu. Przyznaje, że mentol jest bardzo dobrym środkiem, jednak tak wielkich dawek, jak radził Dr Mieczkowski, nie można dawać. Kraus w Afryce stosował w chorobie tęgoryjcowej tymol aż do 10 gramów.

Zebranie Wydziału dnia 20 listopada 1908.

1. Dr Krysiewicz przedstawia przypadek **choroby Hirschsprunga** u 7-letniej dziewczynki. Od pierwszego półrocza wypróżnienia następowały tylko co dwa tygodnie. Wyczuwa się w jelicie masy kału. Gdy się zastosuje belladonę, to następuje wypróżnienie prawidłowe. Wyczuwa się rozszerzenie pętli esowatej. Hirschsprung opisał tę chorobę przed 20 laty, znał ją jednak już przedtem Henoch. Hirschsprung sądził z początku, że chodzi o wrodzone rozdęcie kiszki grubej. Marfan zwrócił uwagę na nadmierną długość pętli esowatej, jako powód zatwardzenia. Zdarzają się jednak przypadki tej choroby i bez tej odmiany anatomicznej. Anglicy byli znów zdania, że chodzi o wrodzone niedokształcenie mięśni jelita. W ostatnim czasie Bing podał teoryę, że choroba ta polega na wadliwej inerwacyi kiszki; inerwacya już fizyologicznie jest odmienna w jelicie grubem i cienkiem.

W dyskusyi zapytuje Dr Kożuszkiewicz, w jaki sposób działa belladona przy tej chorobie, Dr Kapuściński zaś, w jakim przypadku rozpoznaje się chorobę Hirschsprunga? Prelegent odpowiada, że belladona usuwa skurcz kiszki i umożliwia wypróżnienie; co do rozpoznania, to ustala się je po wyłączeniu innych chorób.

2. Dr Karwowski przedstawia 80-letnią kobietę, u której **nabłoniaka** na nosie usunął doszczętnie **promieniami Roentgena**. W miejscu narośli widać teraz zupełnie gładką prawidłową skórę,

Radca Dr Chłapowski powraca w dyskusyi do jelita grubego. Wiele zwierząt nie ma go wcale, np. ptaki latające, które wskutek tego często wypuszczają kał. Ptaki biegające i zwierzęta ssące mają kiszkę grubą dobrze wykształconą. Miecznikow twierdzi, że gdyby nie kiszka gruba, możnaby znacznie dłużej żyć. Mówca widział w Kissingen u pewnej chorej w kiszce grubej masę żółciowych kamieni, które się tamże zatrzymały, u innej całą kulę kości bekasów, co świadczy o wielkiej nieczułości bańki odbytnicy (*ampulla recti)*.

3. Dr Jankowski przedstawia bardzo prosty **przyrząd do mierzenia krwi**, którego używa prof. Frank w Paryżu. Przyrząd ten wynaleziony przez Herdina przypomina trzonek do ołówka, który się przymocowuje do palca, badającego tętno. Gdy się go nie czuje, można na przyrządzie odczytać odpowiednią cyfrę.

Dr Łazarewicz i Radca Dr Chłapowski wyrażają wątpliwość, czy przyrząd ten może być dokładny.

Zebranie Wydziału dnia 4 grudnia 1908.

1. Dr Gantkowski: **O stacyi opiekuńczej dla alkoholików w Poznaniu.** Opieka nad ubogimi urządzona jest u nas w ten sposób, że w magistracie wyznaczony jest osobny referent dla spraw ubogich; ten znów ma pod sobą deputowanych na każdy okręg. Ci deputowani mają do pomocy tzw. radców, z którymi konferują i badają stosunki ubogich itd. Otóż okazało się, że w wielkiej części alkohol jest przyczyną ubóstwa. Nic więc dziwnego, że właśnie ta instancya zabrała się do założenia stacyi celem opiekowania się pijakami. Dzięki tej stacyi powstały w mieście 3 domki mleczne, gdzie zawsze można dostać dobrego mleka, oraz ogrzewalnie na zimę. Młodym, chętnym do pracy alkoholikom udziela się pracy. W pierwszym roku istnienia stacyi opiekowano się 170 osobami, których akta osobiście średnio 10 razy się przechodziło. Było 5 kobiet, 165 mężczyzn, z których 158 Polaków, 12 Niemców. Co do wieku, to główna liczba przypada na 30—40. rok. Znamiennem jest, że tylko 63 służyło w wojsku, reszta więc już w młodym wieku fizycznie była pośledniejszą. U 57 opilstwo było dziedziczne, u 30 rodzeństwo też się oddawało opilstwu. Zdolność do pracy całkowicie lub częściowo straciło 45. Karanych policyjnie było 100, 26 sądownie. Co do innych chorób, to stosunek jest następujący: marskość wątroby 1, obłąkanie 3, obłęd opilczy 21, poważne choroby następcze (oka, serca, nerwów itd.) 39. Z rzadszych zdarzyły się przypadki »zazdrości klasycznej« i choroby Korsakowa. Prelegent ubolewa, że w całej Polsce bardzo mało się dzieje dla uleczenia i wytępienia opilstwa. Najwyżej tu i ówdzie zajmują się tą sprawą księża, lekarze prawie wcale nie. U nas istnieje »Wyzwolenie«, Towarzystwo zupełnej wstrzemięźliwości, na którego czele stoi prelegent. Towarzystwo to bardzo się rozwija i nader błogo działa przez przykład. W Galicyi lekarze zajęli się sprawą zwalczania opilstwa. Mówca kończy zachętą, by i u nas lekarze, jako najwięcej powołani, zajęli się zwalczaniem tej plagi.

W dyskusyi dziękują Dr Łazarewicz i Dr Święcicki prelegentowi, który w walce z alkoholizmem tak wielkie już położył zasługi, za nader pouczający wykład i radzą sprawę tę poruszyć na Walnem Zebraniu. Dalej radzi Dr Święcicki założyć w Poznaniu także herbaciarnię i podnosi wpływ alkoholu na zapłodnienie. W Witkowie pod Kaliszem panowało ogromne pijaństwo. Usunął je młody ksiądz i zamienił zapadłą osadę na kwitnącą. Mowca podnosi różnicę postępowania Niemców w kraju, gdzie zwalczają, a w koloniach, gdzie propagują alkoholizm. Dr F. Zakrzewski podnosi, że wśród lekarzy brak wiadomości o alkoholizmie. Dr Kapuściński wspomina, że pod Łodzią mimo bezrobocia wypito za $2^1/_2$ miliona rubli więcej wódki, niż dawniej. Należy podawać stale komunikaty do gazet w Królestwie i u nas. K. przypomina, że za inicyatywą zmarłego redaktora »Dziennika Poznańskiego«, ś. p. Dr Wł. Łebińskiego, dawniej obwożono po jarmarkach obrazy, przedstawiające zgubne skutki opilstwa. Należy założyć herbaciarnie, wcześnie rano otwierane. Dr Karwowski zwraca uwagę na żydowskie karczmy (destylacye), które demoralizują nasz lud roboczy, tak jak wyszynki z żeńską usługą zamożniejszych. Powinno się nakazać zamykanie destylacyi w godzinach wypłaty, by robotnicy pieniędzy odebranych zaraz nie przepijali. Niestety policya pod tym względem bardzo mało czyni. Dr Rydlewski podnosi wytwarzający się wskutek opilstwa chorobliwy »fatalizm«; taki obraz widzimy u niektórych znanych pisarzy. Dr Święcicki przypomina, że i na poronienia ma wpływ zapłodnienie w upojeniu. W klinice Zweifla przy poronieniach prócz o kiłę pytano się

także, czy zapłodnienie nie nastąpiło po kiermaszu. Niebezpiecznie jest zalecać chorym napoje wyskokowe. S. spostrzegał przypadki, w których prowadziło to do wybuchnięcia nałogu. Zgodnie z Dr Karwowskim i Kapuścińskim radzi S. starać się o zamykanie destylacyi w sobotę. Dr Gantkowski podnosi jeszcze zasługi duchowieństwa w sprawie walki z opilstwem. Obowiązkowo co roku muszą księża wygłosić jedno kazanie o pijaństwie. Oprócz tego są u nas księża krzewicielami idei wstrzemięźliwości, zakładają filie »Wyzwolenia« itd. G. pragnie, by powiodło się założyć polską stacyę dla alkoholików, co mogłoby wyjść z »Tow. społeczno-higienicznego«. Bardzo ważna też jest kultura domu, by ludziom ze stanu roboczego uprzyjemnić pobyt w rodzinie. Sprawą tą bardzo gorliwie zajmuje się niemieckie towarzystwo »Frauenschutz«. W szkołach ludowych w Prusiech dwa razy do roku mają nauczyciele obowiązek wykładać o skutkach opilstwa.

Dr Adam Karwowski.

W dniu 17 grudnia Towarzystwo lekarskie w Kaliszu urządziło zebranie naukowe, na które zaprosiło Dr Karwowskiego z Poznania z odczytem: »O nowoczesnem leczeniu promieniami Roentgena«. Z Poznania prócz prelegenta przybyli Dr Kapuściński, Dr Dembiński, Dr Pomorski i Dr Gantkowski. W półtoragodzinnej prelekcyi Dr Karwowski przedstawił teoryę promieni Roentgena, opisał dokładnie wszelkie przyrządy, działanie promieni, ich cechy różnorodne, a wreszcie omówił wszystkie choroby, gdzie stosowano promienie, podnosząc to, co z własnego doświadczenia ,stwierdził. Następnie Dr Dembiński wygłosił odczyt: »O ropieniach w uchu i wskazaniach do operacyi«, a Dr Pomorski przedstawił cały szereg kamieni pęcherzowych, które operował, oraz kilka ciekawych przypadków ciąży zewnątrzmacicznej. Dr Zbierzchowski przedstawił fotografię pacyenta, umieszczonego chwilowo w szpitalu kaliskim, a chorego na trąd. W dyskusyi Dr Karwowski wspomniał o nowych sposobach leczenia trądu, mianowicie o sposobie Unny, oraz o »nastinie«. Oba sposoby mają na celu zniszczenie powłoki tłuszczowej wkoło zarazków a przez to dotarcie do nich samych. Po zebraniu odbyło się bardzo serdeczne zebranie koleżeńskie.

Dr Karwowski.

Trzej Jubilaci

Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Mowa prezesa »Związku« Prof. Dra Stanisława Zaleskiego na uroczystem walnem posiedzeniu »Związku« d. 6/18 grudnia 1908 r.

(Dokończenie).



Drugiego z kolei jubilata Dra Cypryana Zakrzewskiego wydała ziemia podolska 30 października 1858 r. Po ukończeniu gimnazyum w Kamieńcu, udał się do Petersburga i zapisał się do Akademii medyko-chirurgicznej, którą chlubnie ukończył w 1883 roku, a następnie w ciągu sześciu miesięcy pracował gorliwie w klinice terapeutycznej, jako najbliższy uczeń głośnego klinicysty, prof. Eichwalda. Karyera na drodze praktycznej odrazu uśmiechnęła się młodemu lekarzowi, gdyż wkrótce potem widzimy go na stanowisku ordynatora szpitala wojskowego w stolicy Finlandyi, — w Helsingforsie, które zajmował w ciągu lat czterech. Dzięki poleceniom tak wpływowego i powszechnie poważanego męża, jakim był nieodżałowanej pamięci zgasły nasz współczłonek i patryarcha wiedzy, prof. Dr J. Mierzejewski, dla Dra Zakrzewskiego został otwarty wstęp do helsingforskich klinik leczniczych uniwersyteckich, gdzie wstęp wogóle dla osób z Rosyi przybyłych, nader jest utrudniony, gdzie jednak naszego rodaka nader życzliwie, a nawet łaskawie przyjęto. Tu otworzyło się dlań pole do zupełnego wydoskonalenia klinicznego w zakresie chorob wewnętrznych. W r. 1888 powraca Dr Zakrzewski znów do Petersburga, gdzie, po obronie w r. 1887 rozprawy na stopień doktora medycyny. p. t. »O wpływie mleka na wydzieliny, oraz na choroby skórno-płucne u zdrowych ludzi, jak również o wpływie wyłącznie mlecznego leczenia w niektórych chorobach serca«, zostaje mianowany ordynatorem Siemionowskiego-Aleksandryjskiego szpitala wojskowego, które to obowiązki spełnia w ciągu lat piętnastu, a następnie otrzymuje wyższą posadę — naczelnego lekarza lejb-gwardyi pułku grenadyerskiego i lazaretu, po dziś dzień zajmowaną.

Począwszy od 1892 r. Jubilat nasz rozpoczyna jednocześnie żywą swą działalność przy tutejszej lecznicy Maksymilianowskiej dla przychodzących chorych, z początku jako asystent, a od marca 1894 r. — jako wybrany przez Radę konsultantów specyalista chorób wewnętrznych, wkrótce zaś potem, w lutym 1896 r., zostaje jednogłośnie obrany na konsultanta tychże chorób, pozostając na tem zaszczytnem stanowisku i obecnie. Niezależnie od tego dr. Zakrzewski jest jednym z założycieli powstałej w 1898 r. »Lecznicy lekarzy specyalistów«, której celem jest dać uboższej warstwie ludności za niewielkie wynagrodzenie pomoc specyalisty.

Oprócz rozprawy doktorskiej z prac naukowych Dra Zakrzewskiego wspomnimy jeszcze następujące:

1. O wynikach leczenia staroruskiemi wodami mineralnemi podczas sezonu 1887 r. i o sposobach polepszenia tego zdrojowiska. »Trudy wojenno-sanitarnaho Obszczestwa w Helsingforsie« za 1887 r. i »Wojenno-sanit. Dieło«, 1888 r.
2. O antypirynie wogóle i o dłuższem jej używaniu przy niektórych przewlekłych cierpieniach w szczególności. (»Wojenno-sanitarnoje Dieło« 1886 r.).
3. O różnych sposobach zarażenia przez gruźlicę (tuberculosis) i o środkach zapobiegania rozpowszechnieniu tej choroby wogóle, a wśród wojska w szczególności (Wojenno-medic. Żurnał« 1889 r.).
4) Zapalenie septyczne wsierdzia, jako objaw utajonej posocznicoropnicy, z zupełnem wyzdrowieniem. (»Trudy S.-P.-B. mediko-chirurgicz. Obszczestwa« za 1894 r.).
5. O wpływie podskórnych wstrzykiwań sperminy przy upadku działalności serca u chorych na błonicę. (»Journal de Médecine de Paris«, 1897, Nr 8).

Dr Zakrzewski należy dziś do najwięcej wziętych i najwięcej popularnych praktyków nadnewskiej stolicy, a jego zalety umysłowe, doświadczenie kliniczne, szeroka erudycya lekarska, w zupełności usprawiedliwiają szeroki rozgłos, który zjednał sobie, jako jeden z najwybitniejszych specyalistów w zakresie chorób wewnętrznych. Przy fachowem jego uzdolnieniu osobiste zalety Jego charakteru sprawiają, że w Jego osobie widzimy jednego z najdzielniejszych i najruchliwszych członków tutejszej naszej kolonii polskiej.

Obaj ci nasi Jubilaci, jeden jako wybitny chirurg, a drugi, jako bardzo ceniony internista, są, jak widzimy, wybitnymi przedstawicielami i działaczami na polu umiejętności lekarskich w ścisłem tego wyrazu znaczeniu, t. j. stosowanych bezpośrednio dla niesienia pomocy cierpiącej ludzkości.



Zupełnie inny kierunek obrał sobie trzeci nasz jak najszczytniej znany Jubilat, zasłużony nasz anatom i antropolog, jeden z najpopularniejszych kierowników młodzieży tutejszej Akademii wojskowo-lekarskiej, prof. dr. Jan Szawłowski. Jest to typowy i poważny przedstawiciel wiedzy czystej, bezwzględnie pojętej i tej jej gałęzi, z którą przyszły lekarz i przyrodnik spotyka się zaraz w samem zaraniu studyów swoich, i którą tak trafnie i tak dosadnie scharakteryzował jeden ze średniowiecznych uczonych, mówiąc, że »Sztuka lekarska opiera się na kilku kolumnach, z których jedną jest anatomia«.

Gdy tamci Jubilaci są synami dawnej Polski, Litwy i Podola, ten jubilat jest synem samego serca Polski, Królestwa Polskiego i pochodzi z ziemi płockiej.

Prof. dr. Jan Szawłowski, syn Edwarda, b. oficera b. wojsk polskich, urodził się w r. 1856, w majątku ojca Włóki, pow. Płockiego. Nauki gimnazyalne ukończył w Płocku, a następnie wyjechał za granicę i wstąpił do politechniki w Zurychu. Powziąwszy jednak po pewnym czasie zamiar studyowania medycyny, przeniósł się do Paryża, gdzie skrzętnie zabrał się do pracy, mając przed sobą wzory lub kierownictwo takich luminarzy anatomii ciała ludzkiego, jak Cruveilhier, Sappey i in. Wkrótce jednak, z powodu obowiązku służby wojskowej, musiał powrócić do kraju, ażeby uzyskać odroczenie aż do ukończenia nauk. Tu wynikły jednak nowe trudności, gdyż przyjęcie do

uniwersytetu warszawskiego okazało się niemożliwe z tego powodu, że patent gimnazyalny w owym czasie już w dwa lata po wydaniu tracił tu moc obowiązującą. Wobec tego żądny wiedzy młodzieniec musiał się udać do Petersburga i tu wstąpić już bez szczególnych przeszkód na wydział przyrodniczy, skąd przeniósł się do Akademii medyczno-chirurgicznej, którą ukończył lat temu 25, i w dniu 6. (18.) listopada 1883 r. otrzymał stopień lekarza.

Podczas studyów w Akademii, młody nasz uczony cały czas swój, wolny od obowiązkowych zajęć, poświęcał zajęciom anatomicznym i zapałem swoim, oraz znajomością przedmiotu zwrócił na siebie uwagę ówczesnej powagi europejskiej, jaką był jego mistrz i najbliższy kierownik, powszechnie znany prof. Dr W. Gruber, który go przedstawił konferencyi Akademii, jako zdolnego i odpowiedniego kandydata, zasługującego na pozostawienie przy katedrze. Ponieważ jednak wskutek ciężkich zamieszek wewnętrznych w tym czasie pierwsze dwa kursy Akademii były w 1880 r. zamknięte, starania prof. Grubera nie mogły być na razie uwzględnione. Dopiero w rok po ukończeniu studyów, gdy znów otworzono kurs I, Dr Szawłowski mógł być zamianowany asystentem przy katedrze anatomii w Akademii, które to obowiązki objął w r. 1884 i pełnił je w ciągu lat trzech, t. j. do 1887 r., kiedy po ukończeniu służby przez sędziwego prof. Grubera, na jego miejsce wybrany został wyróżniający się jego uczeń i najbliższy pomocnik, prosektor A. Tarenieckij, późniejszy naczelnik Akademii wojskowo-lekarskiej. Wskutek przedstawienia prof. Tarenieckiego, Dr Szawłowski został wybrany przez konferencyę na jego miejsce i mianowany prosektorem, chlubnie w r. 1891 obroniwszy bardzo cenną pracę p. t. »Przyczynek do morfologii żył kończyny górnej i szyi«, przedstawionej przezeń w charakterze rozprawy na stopień doktora medycyny. W tymże 1891 r. prosektor Szawłowski rozpoczął wykłady anatomii człowieka na wydziale przyrodniczym uniwersytetu petersburskiego, jako docent prywatny, i prowadził je do 1902 r., tj. w ciągu z górą lat jedenastu.

W roku 1901, po ustąpieniu z katedry prof. Tarenieckiego, zostaje prof. Szawłowski przez konferencyę wybrany i przez ministra wojny zatwierdzony, jako profesor anatomii normalnej Ces. Akademii wojskowo-lekarskiej, na którem to zaszczytnem stanowisku, jako spadkobiercę dwóch głośnych swych poprzedników, a zwłaszcza znakomitego Grubera, witamy go i w dniu dzisiejszym. Wspomnieć także należy, że za wyróżniającą się pracę »Nowy sposób konserwowania preparatów mózgu w stanie suchym« (Petersburg 1898 r.) przyznano rodakowi naszemu wielce zaszczytną nagrodę imienia Zagorskiego.

Niezależnie od zajmowanej w Akademii katedry, prof. Szawłowski od r. 1904 wykłada anatomię plastyczną w Akademii sztuk pięknych, a w roku bieżącym przyjął także obowiązki profesora w otwartej obecnie Akademii pedagogicznej. Oprócz wymienionych katedr i kursów, chlubnie znany nasz anatom prowadzi wykłady ulubionego przez siebie przedmiotu w szkole dentystycznej rodaczki naszej pani Wągl-Świderskiej, gdzie stale aż dotąd pozostaje prezesem rady pedagogicznej. Gdy w r. 1893 zakładano tu Towarzystwo antropologiczne przy Ces. Akademii wojskowo-lekarskiej, prof. Szawłowski był jednym z jego założycieli, a obecnie, przy zmianie nazwy tegoż Towarzystwa na Towarzystwo anatomii i antropologii, jest jego prezesem.

Oprócz wspomnianych prac, prof. Szawłowski ogłosił w druku jeszcze następujące samodzielne i wzbogacające wiedzę badania:

1. O stosunkach przewodu piersiowego przy niezarośniętem prawem zstępującem ramieniu aorty (»Anatomischer Anzeiger«, 1888).
2. O zmianach w przebiegu średniej tętnicy opony twardej (»Dn. III sjezda obszcz. ruskich wraczej«, 1889).
3) O zastosowaniu metody Giacominiego do konserwacyi mózgów zarodków. (Tamże).
4. O położeniu nienormalnem żył dokoła obojczyka, mającem znaczenie praktyczne. (»Wracz«, 1890).
5. W sprawie zagłębień u końca dolnego kręgosłupa. (Tamże).
6. Nowe sposoby barwienia achromatyny. (»Trudy obszcz. jestestwoisp.« Petersburg, 1892).
7. O zastosowaniu formaliny do konserwowania mózgu. (»Trudy V Pirog. Sjezda« 1893(4).
8. Sposoby potrójnego barwienia skrawków mikroskopowych. (Tamże).
9. O kościach w szwie czołowym. (»Trudy antropologicz. Obszcz. pri I. W.-med. Akad.«, 1897 r.).
10. Antropologia na XII zjeździe międzynarodowym lekarzy w Moskwie. (»Trudy antrop. Obszcz. pri W.-Akad.«, 1900).
11. Sposób prosty oryentowania wymiarów kraniometrycznych. (Tamże).
12. Szkielet mumii egipskiej z sześcioma palcami na stopie prawej. (Tamże).
13. O pewnych rzadkich odmianach w kręgosłupie człowieka. (»Anat. Anzeiger«, 1901).
14. W sprawie przyczyn powstawania sympodyi. (»Trudy IX Pirog. Sjezda«, 1904).

Nadto ostatnimi czasy prof. Szawłowski redagował tłómaczenie na język rosyjski »Anatomii człowieka« prof. A. Raubera, której tom I wyszedł z druku, następny zaś, z powodu zmian w wydaniu oryginału, dotychczas nie mógł być wydrukowany.

Oto krótki, a treściwy zarys, czem są nasi dzisiejsi Jubilaci, jako mężowie nauki i swego zawodu, oraz jakiemi drogami i w jaki sposób doszli do swojego dzisiejszego stanowiska.

A cóż o nich powiedzieć, jako o przedstawicielach swojego narodu?

Dość wam, obecni, sięgnąć w niedaleką przeszłość i uprzytomnić sobie powstanie tego naszego najdroższego skarbu, naszego »Związku«, w powołaniu którego do życia wszyscy oni odegrali rolę wybitną i jasno zarysowaną. Dość wspomnieć, że prof. Ziemacki jest nietylko założycielem »Związku«, lecz i jego wiceprezesem i jednym z najskrzętniejszych i najzasłużeńszych działaczy, zasilającym go często swymi cennymi wykładami, że Dr Zakrzewski tak gorliwie i tak umiejętnie spełnia swe obowiązki wiceprezesa »Komitetu budowy szpitala polskiego«, tu. w Petersburgu, prowadząc zarazem energicznie sprawy tego przedsięwzięcia, przy dzielnem a czynnem poparciu kobiety tak niezwykłej i tak przedsiębiorczej, a przytem ujmującej, jaką jest zacna i godna jego małżonka pani Marya Zakrzewska, że prof. Szawłowski, jako działacz naukowo-społeczny jest jednym z najpierwszych i najgorliwszych naszych członków, przodujących nam i swoją wiedzą i duchem patryotycznym. A »Sokół«, którego założycielem i twócą jest nasz zacny i sympatyczny, a tak popularny wiceprezes Ziemacki, czyż to nie świadectwo jego poczucia potrzeb obywatelskich? A tyle innych polskich instytucyi tutejszych, gdzie każdy z Jubilatów w ten lub ów sposób zaznacza swoje »ja«? A to co się dzieje w myśl zasady: »Niech nie wie lewica, co robi prawica«? A nasze młode siły naukowe, żądne wiedzy i więcej, niż ktokolwiekbądź inny, potrzebujące poparcia i znajdujące je zawsze u Jubilatów? A to, co robi prof. Szawłowski, dzięki swym stosunkom naukowym i powadze po wszystkich niemal wydziałach lekarskich Rosyi, gdzie prawie niepodzielnie dzierży berło swych wpływów w sferze anatomii choćby przez kolegów i uczniów swoich? A zalety osobiste i moralne Jubilatów, ich wrażliwość na niedolę ludzką, na potrzeby kraju i społeczeństwa!

Kto tak pracuje i tak pojmuje swe obowiązki zarówno naukowe i zawodowe, jak obywatelskie i społeczne, kto nigdy, na dalekiej obczyźnie i wśród ponętnej gleby dla karyery, wymagającej tylko pewnych jasno określonych ustępstw od swojego »ja«, nie zapomina, kim jest i skąd tu przyszedł, ten ma zupełne prawo do tego, aby, gdy wybije ćwierćwiekowa godzina jego dorobku społecznego, przyjąć od ceniących go współbraci i współkolegów »chleb dobrze zasłużonych«.

»Związek polski lekarzy i przyrodników« chlubi się, że dziś ma trzech takich godnych mężów; to też z głębi serca życzy Wam, zacni i godni Jubilaci, aby praca Wasza była również gorliwa i równie owocodajna i na dalsze lata, zasługi zaś Wasze streszcza w słowach:

»Umiłowaliście kraj, naród, ludzkość i wiedzę: cześć Wam niechaj będzie i chwała!« *Prof. Dr St. Zaleski.*

Żywot i nauka Paracelsa,

lekarza, alchemika i filozofa niemieckiego z epoki odrodzenia.

Wykład, wygłoszony dn. 24 października 1908 r. w Polskiem Towarzystwie Filozoficznem we Lwowie.

Podał

Doc. Dr Władysław Szumowski.

(Dokończenie).

Leczenie ma dążyć do tego, żeby archeusza od przemocy uwolnić, a odbywa się albo pomocą natury albo sztuki. Że sama

natura może usunąć chorobę, wynika stąd, że natura jest Bogiem, gdyż Bóg a natura to jedno i to samo. Przecież każdy widzi, że w człowieku jest jakiś »balsam astralny«, który bez pomocy sztuki goi rany. Dlatego też środki naturalne, dyetetyczne, jak świeże powietrze, spokój, dyeta, są u Paracelsa w poszanowaniu. Paracels pierwszy zwrócił uwagę na wartość leczniczą naturalnych źródeł mineralnych. Jednak nie zawsze sama natura wystarcza i wtedy musi przyjść z pomocą sztuka, która posiada swoje »arcana«. Działanie arkanów jest duchowe, niemateryalne. Arkana zostały stworzone przez Boga jedynie dla leczenia chorób i w tem rozumieniu rzeczy Paracels nazywa Boga »najwyższym aptekarzem«, a cały świat »apteką«. Gdzie są choroby, tam też i są odpowiednie lekarstwa, tylko trzeba je umieć wynaleźć. Niema nieuleczalnych chorób. Jeden z cennych sposobów wynajdywania arkanów, to t. zw. »sygnatury«. Bóg, który na każdą chorobę stworzył »arcanum«, dał też tym arkanom znaki zewnętrzne, »sygnatury«, które tym chorobom odpowiadają. Tak, liście o kształcie serca są lekarstwem na choroby serca; szafran, który jest żółty, leczy żółtaczkę i t. p. Nie powinno się też mówić: »das ist Phlegma, das ist Rheuma, das ist Catarrhus«, ale odrazu powinno się chorobę nazywać według leku, który ją leczy, a więc: »das ist morbus terpentinus, das ist morbus Helleborinus« i t. p. Najlepiejby było znaleźć takie arkanum, któreby leczyło wszystkie choroby, znaleźć panaceum. Metafizyczne przekonanie Paracelsa o jedności duchowej całej przyrody doprowadziło konsekwentnie do przekonania, że takie uniwersalne lekarstwo, któreby każdego archeusza wzmacniało, jest możliwe. Taki środek nietylkoby leczył wszystkie choroby i przedłużał życie, aleby także zamieniał wszystkie metale w złoto i zapewnił panowanie nad całym światem duchów. Taki środek to byłby kamień filozoficzny, a szuka go alchemia. Podstawą medycyny są zatem: filozofia, jako nauka o naturze, astronomia, jako nauka o wpływach astralnych i klimatycznych, i alchemia, jako nauka, która bada magiczne właściwości arkanów i szuka kamienia filozoficznego [1]).

Z tymi poglądami, w których widać podkład neoplatoński, pogodził Paracels zasady nowożytne opierania przyrodoznawstwa i medycyny na doświadczeniu. »Die Elemente im Wesen der Natur seindt die Bücher«. »Die Augen, die in der Erfahrenheit ihre Lust haben, seindt deine Professores«. »Die Medizin ist nichts anderes, als eine grosse Erfahrenheit«. W imię też tych zasad wykładał Paracels w Bazylei nie medycynę Galena, lecz własną, czerpaną ze swojego doświadczenia. »Człowiek przecież nie jest małpą, żeby drugich naśladował«. »Zresztą co dzisiaj może mieć za wartość deszcz, który padał tysiąc paręset lat temu«. Na portretach Paracelsa często czytamy zdanie, które było naczelną dewizą jego postępowania: »Alterius non sit, qui suus esse potest«.

Zasługuje na uwagę lekarska etyka Paracelsa, według której podstawą medycyny ma być miłość. »Der höchste Grund der Arznei ist die Liebe«. Lekarz powinien nieść pomoc choremu nie dla własnego zysku, nie dla własnej sławy, lecz z miłosierdzia. I w tem znaczeniu czwartą podstawą medycyny obok filozofiii, astronomii i alchemii jest cnota.

»Der Arzt ist der nicht, der ihm selber artzneyet, sondern nur andern. Wie ein Schaff nicht ihme Wollen tregt, sondern dem Weber und Kürsner, und wird gelobt darumb, das viel und gutte Wollen tregt: also auch der Arzt sein, gleich dem Schaffe, und nit ihme, sondern andern den nutz tragen und geben«.

Takim barankiem ma być lekarz.

W pismach swoich filozoficznych i teologicznych Paracels usiłuje wprowadzić w życie pierwotny ideał prostoty Chrystusowej, oparty na wewnętrznem życiu według głosu sumienia. Zresztą, zwracał się zarówno przeciwko nauce Kościoła katolickiego, jak i przeciwko nauce Lutra. Przeciwny był chodzeniu do kościoła, częstemu świętowaniu, modlitwom, postom, corocznej spowiedzi, a pragnął rozpowszechnienia zasad miłości, wierności, sprawiedliwości. Filozoficzno-teologiczne poglądy Paracelsa rozbiera ze szczególnym pietyzmem Franciszek Strunz, który zbyt wiele może kładzie entuzyazmu w swoją rozprawę, a zbyt mało krytycznej rozwagi. Niewątpliwie zasługi Paracelsa w swoim czasie były duże. Przedewszystkiem dla medycyny, w której stanowczo zwrócił się przeciwko starodawnej medycynie Galena. I tu jednak pamiętać należy, że duch epoki odrodzenia, przeciwny scholastycznej nauce, głęboko już przenikał umysły w trzeciem i czwartem dziesięcioleciu XVI wieku. gdy Paracels poczynał głosić zasady swojej nauki.

[1]) O cnocie, która jest także podstawą medycyny, będzie mowa niżej.

Erazm Rotterdamczyk już od końca XV stulecia szerzył idee humanizmu, gardził wiekami średnimi, nazywając je czasami ciemnoty i niewoli duchowej, potępiał wychowanie scholastyczne, zalecał nie Galena, lecz Hippokratesa do studyów medycyny. Protestowali przeciwko jego twierdzeniom doktorowie, obrońcy scholastyki, lecz Erazm odpowiadał im żartami, szyderstwem, satyrą. W roku 1509 wydał słynną *Pochwałę głupstwa*. Później w Bazylei zaprzyjaźnił się z Paracelsem.

Rabelais, znakomity humanista i satyryk francuski wydał w roku 1532 słynną satyrę *Gargantua i Pantagruel*, w której wyszydzał scholastyczną naukę [2]) i pedantyzm doktorów średniowiecznych.

Do obalenia scholastyki niemało się też przyczynił hiszpan Vives, który już w drugiem dziesięcioleciu XVI wieku uczył, że nauka powinna się opierać na doświadczeniu; w roku 1531 wydał obszerne dzieło *De disciplinis*, w którem jest mowa także o naukach przyrodniczych i o medycynie. Nauki te mają się opierać na samodzielnem obserwowaniu i badaniu natury, nie zaś na interpretacyi starożytnych pisarzy.

Pamiętać tedy trzeba, że Paracels, powstając przeciwko Galenowi i pragnąc oprzeć medycynę na własnem doświadczeniu, nie głosi zasad, jakoby całkiem nowych, lecz jest tylko dzielnym rzecznikiem tego, co już wtedy szeroko kiełkowało. Strunz powiada, że w dziejach metody przyrodniczej Paracels jest jednym z największych umysłów epoki odrodzenia. Na to zdanie zgodzić się trudno. Paracels poprawną metodę przyrodniczą ma na ustach, ale system neoplatoński, którego Paracels jest dzieckiem, jest nawskróś dogmatyczny i nie da się pogodzić z empiryzmem w przyrodoznawstwie. To też Paracels jest przekonany, że choroba jest natury duchowej, że niema chorób nieuleczalnych, że lekarstwa mają sygnatury, że istnieje duchowy związek między wszystkiemi rzeczami, — poglądy dogmatyczne, stojące w rażącej sprzeczności ze spokojną obserwacyą. Słusznie podnosi spirytysta Franciszek Hartmann w swojej rozprawie magiczno-spirytystycznej, że Paracelsowi mniej chodzi o obserwacyę, a więcej o intuicyę, w której »poznająca świadomość duchowa wnika w poznawaną świadomość materyalną, przez co poznawana materya zostaje uduchowioną i wznosi się ku poznającemu ją duchowi«. Takiem jest właśnie to rzekome empiryczne poznanie Paracelsa.

Wiadomo z dalszych dziejów nauk przyrodniczych, że Paracels jest ojcem magii, spirytyzmu, magnetyzmu (używał magnesu w leczeniu niektórych chorób), chiromancyi, która wypływa z nauki o sygnaturach (linie na dłoni to są sygnatury duszy) i wszystkich tych prądów, które graniczą między nauką, obłędem a oszustwem. Niejednokrotnie zarzucano samemu Paracelsowi, że był szarlatanem. Strunz przeczy temu i oświadcza, że życie Paracelsa nie znało szarlataneryi, przeciwnie, był on bojownikiem prawdy. I tu, zdaje się, nie można na pogląd Strunza całkiem się godzić. Współcześni opowiadają różne zdarzenia z życia Paracelsa. Tak, chłopcu choremu na rękę polecił obwiązać rękę na noc żywemi glistami (dżdżownicami). Uczeń Paracelsa Oporinus zupełnie jawnie nazywał swego dawnego mistrza szarlatanem. Jak było naprawdę? Zapewne, najpoważniejsze zabiegi lecznicze Paracelsa już z samej swojej natury spirytystycznej mogły na zwolenników nauki Paracelsa robić wrażenie zabiegów rzetelnych i naukowych, a na przeciwników — wrażenie sztuczek szarlatana. W każdym razie skromnością uczonego bojownika prawdy Paracels się nie odznaczał. Konsultacye jego lekarskie pełne są wymyślania na innych lekarzy, a w pismach jest dość ustępów bardzo krzykliwych. W przedmowie do *Paragranum* pisze między innemi Paracels:

»Mir nach müsset ihr, mir nach und ich nit euch nach! Mir nach, Avicenna, Galene, Rhasis, Montagnana, Mesue, mir nach und ich nit euch nach, ihr von Paris, ihr von Montpellier, ihr von Schwaben, ihr von Meissen, ihr von Köln, ihr von Wien, und was an der Thonau und Rheinstrom liegt, ihr Insulen im Meer, du Italia, du Dalmatia, du Athenis, du Griech, du Arabs, du Israelita, mir nach und ich nit euch nach! Ich werde Monarcha und mein wird die Monarchey sein!«

Do ważnych zasług Paracelsa w medycynie należy wystąpienie przeciwko arcydługim receptom średniowiecza i wprowadzenie leków prostych, szczególnie metalicznych, jak żelaza, ołowiu, antymonu, miedzi. Doskonale pojmował Paracels właściwy stosunek chirurgii do medycyny, chciał bowiem obie połączyć razem wbrew istniejącemu powszechnie poglądowi, nakazującemu kształcić osobno w medycynie lekarzy, którzy nie będą

[2]) Rabelais zresztą sam był zwolennikiem Galena.

zajmowali się chirurgią, a osobno chirurgów, którym nie wolno zajmować się medycyną wewnętrzną.

Z drugiej strony Paracels wyrządził znaczną szkodę postępującej naprzód medycynie, mianowicie nie uznawał znaczenia anatomii. W systemie świata duchowego opis dokładny stanu materyalnego był całkiem zbyteczny. A wiadomo przecież, jak doniosłe znaczenie dla postępu medycyny miały prace ówczesnych anatomów, szczególnie epokowe dzieło Wezala *De corporis humani fabrica*.

Zasługi Paracelsa stoją obok błędów. W pismach jego obok lepszych ustępów są ustępy liche, obok ładnego stylu miejsca wprost niezrozumiałe. Styl Paracelsa prawie zawsze górnolotny, pełen przenośni i porównań. Paracels lubuje się w paradoksach, przytem rubaszna forma wykładu niekiedy go porywa tak, że zapomina o myśli i staje się niesmacznym. Zasługuje na to, by go nazwać niezwykłym śmiałym reformatorem, ale nie genialnym.

Kończąc tym sposobem z postacią Paracelsa, należałoby teraz przedstawić znaczenie jego w Polsce, opisać bliżej jego bytność w naszym kraju, wymienić jego uczniów i scharakteryzować ich działalność. Niestety, tych zadań nikt jeszcze nie opracował i o tem wszystkiem prawie nic jeszcze nie wiemy.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ze Związku lekarzy rządowych. W dniach 11. i 12. stycznia r. b. odbyło się we Lwowie Walne Zgromadzenie Związku lekarzy rządowych z Galicyi, na które pospieszyli lekarze powiatowi ze wszystkich zakątków naszego kraju, aby wziąć udział w ożywionych rozprawach, dotyczących interesów ich ciężkiego i pełnego odpowiedzialności stanowiska i u wrót skarbnicy lekarskiej zaczerpnąć pouczenia, oraz dalszej zachęty do spełnienia żmudnych, a bardzo skąpo wynagradzanych obowiązków.

Przewodniczący Związku Dr Czyżewicz, oddawszy przewodnictwo w ręce swego zastępcy Dra Wursta, przedstawił zebranym 50 kolegom owoce swych zabiegów, oraz całoroczną pracę Wydziału Związku i wykazał, że po wielu korespondencyach z wybitniejszymi lekarzami rządowymi wszystkich prowincyi austryackich, udało mu się wreszcie w dniu 3. maja 1908 zorganizować Związek centralny w Wiedniu, a Związek ten ogólnopaństwowy będzie reprezentował żywotne sprawy wszystkich lekarzy rządowych Cislitawii. Na czele Związku centralnego stanął Dr Gustaw Paul, dyrektor państwowego zakładu szczepień ochronnych od ospy, pod którego nadzorem będzie wydawany kwartalnik, poświęcony publicznej pieczy zdrowia. — Jako wkładkę ustanowiono po 4 korony za każdego członka, należącego do prowincyonalnych Związków lekarzy rządowych. — Następnie przedstawił Dr Czyżewicz obszernie wszystkie zabiegi u członków parlamentu; u wybitnych osobistości Koła polskiego i najwyższej Rady zdrowia; profesorowie Ludwig, Jaksch i Kostanecki zajęli się życzliwie sprawą polepszenia stanowiska i bytu lekarzy rządowych w tejże Radzie i w Izbie Panów; prezes zaś Koła polskiego Prof. Dr Głąbiński, jakoteż członkowie parlamentu i komisyi sanitarnej Dr Dietzius i Dr Gold przemawiali już w komisyach i w parlamencie na korzyść powyższego projektu. Sprawa idzie powoli i nie bez znacznych trudności, ale jest nadzieja osiągnięcia pomyślnego wyniku, zwłaszcza, że i projekt zwalczania chorób zakaźnych już został opracowany i ma być niebawem wniesiony do parlamentu.

W obszernej dyskusyi nad tą sprawą zabierali głos: Dr Opieński, Dr Kramarzyński, Dr Filewicz, Dr Jabłoński, Dr Szajnowski i inni, a inspektor sanitarny Dr Lachowicz, Dr Obtułowicz i jako referent Dr Czyżewicz wyjaśniali różne poruszone sprawy, zwłaszcza co do dyet, należytości za rewizye aptek i za jazdy komisyjne, w których to sprawach wniesiono petycye i urgensa, tak do Ministerstwa, jak i do Namiestnictwa. Następnie Dr Czyżewicz poświęcił gorące wspomnienia zmarłym członkom Związku, przedewszystkiem nader zasłużonemu, radcy i inspektorowi sanitarnemu Drowi Józefowi Barzyckiemu, który na polu higieny niezmordowanie pracował i pozostawił cenne dzieła i monografie o skutecznem zwalczaniu cholery i duru plamistego, a umierając zapisał znaczny fundusz na ulżenie niedoli wdów i sierót po lekarzach rządowych; w przemówieniu swem uczcił Dr Czyżewicz pamięć zmarłych młodszych lekarzy, którzy zginęli na swych posterunkach, t. j. Dra Haima i Dra Kondratowicza.

Następnie Dr Obtułowicz przedstawił Walnemu Zgromadzeniu jednomyślną uchwałę Wydziału, proponującą zamianowanie członkami honorowymi Radcy Dworu Dra Józefa Merunowicza i starszego lekarza powiatowego, oraz prezesa Związku Dra Władysława Czyżewicza, za znamienite zasługi, położone koło dobra Związku lekarzy rządowych, co też zebrani wśród hucznych oklasków uchwalili.

Obrady tego dnia zakończyło zwiedzenie fabryki drożdży prasowanych w Zamarstynowie pod Lwowem, a wieczorem w hotelu Georgea wspólna skromna wieczerza przy dźwięku muzyki zgromadziła licznych kolegów i kazała im wśród ożywionej pogawędki zapomnieć na chwilę o znojach i przykrościach żmudnego zawodu i szarego życia.

W dniu 12. stycznia odbył się wśród licznego grona lekarzy, którzy jeszcze w dniu 11. nadjechali, bardzo zajmujący wykład Prof. Dra Kučery o cholerze, który demonstrował na mapach geograficznych przebieg epidemii cholerycznych i pod kilku mikroskopami zarazki choleryczne, które stanowią moment etyologiczny w powstawaniu tej groźnej zarazy, a lubo łatwo giną przy zadziałaniu środków odkażających, jak 5% roztworu kwasu karbolowego, lub 2% lysolu, to jednak na dnie rzek i stawów mogą przezimować, albo też mogą być w stanie utajonym przenoszone w treści jelitowej przez osoby, niewrażliwe na ich jad (Bacillenträger) i wśród przyjaznych warunków mogą stać się znów zarzewiem groźnych epidemii. Obecnie już od r. 1902 siódma z rzędu epidemia cholery zagraża Europie, a lubo już w roku 1905 skutecznie zwalczono jej wtargnięcie do Prus (218 przypadków), a następnie i do Galicyi, to jednak i obecnie jeszcze to niebezpieczeństwo zawleczenia cholery do naszego kraju nie jest stanowczo usunięte i wobec rozszerzenia się zarazy w Rosyi w ciągu r. 1908 należy się obawiać, czy cholera, przezimowawszy na północy, nie wtargnie z wiosną w kraje monarchii sąsiednich. — Hucznymi oklaskami podziękowano prelegentowi za znakomity wykład, pełen trafnych i uczonych wywodów, poczem inspektor sanitarny Dr Kalikst Krzyżanowski przedstawił szczegółowo wszelkie rozporządzenia władz sanitarnych, mające na celu ograniczenie i tłumienie epidemii cholery, kładąc słusznie nacisk na asanacyę wstępną miejscowości i zaopatrzenie ich w dobrą wodę, na wczesne i szybkie rozpoznanie pierwszych zaraz przypadków, odosobnienie chorych i gruntowne odkażenie mieszkań i obejścia po ustąpieniu choroby. — W końcu Dr Obtułowicz przedstawił zgromadzonym zjadliwość choroby i niemożebność osiągnięcia należytych wyników leczniczych w postaciach piorunujących cholery, możliwość uratowania chorych w postaciach łagodniejszych i położył nacisk na wartość surowicy przeciwcholerycznej, która zgodnie z wywodami Prof. Kucery nie nadaje się do leczenia wybuchłej już cholery, lecz tylko rozwinąć może skuteczną działalność, jako szczepionka, czyli w sposób zapobiegawczy, ochronny, podobnie jak krowianka przy szczepieniu ochronnem od ospy.

Po przedstawieniu zgromadzeniu stosunków budżetowych przez skarbnika Dra Obtułowicza, uchwalono na wniosek komisyi rewizyjnej (Dra Lachowicza i Dra Krzyżanowskiego) absolutoryum Wydziałowi i przyjęto jednomyślnie, aby najniższa wkładka roczna wynosiła 10 koron, zaś najwyższa 20 koron, a wśród tych granic oznaczoną była na $^1/_2$% od pensyi.

Celem umożliwienia wstąpienia do Związku i innym lekarzom, pozostającym w służbie publicznej, Wydział zaproponował zmianę § 4. statutu dotąd obowiązującego, tak, że nietylko rządowi lekarze, pozostający w czynnej służbie, ale i emeryci, oraz lekarze sanitarni, policyjni i fizycy, oraz lekarze miejscy we Lwowie i w Krakowie (miastach, posiadających własny statut) mogą do Związku należeć, a nadto zmianę § 7, mocą którego we Lwowie musi mieszkać niekoniecznie tylko sekretarz, ale i jeden z członków Wydziału. — Zmiany te jednomyślnie uchwalono, a projekt Dra Karpińskiego co do zmian i wysokości dyet przekazano do rozpatrzenia Wydziałowi. — Dr Szajnowski okazał w końcu nader zajmujący preparat anatomiczny (noworodka płci żeńskiej — urodzonego przez wieśniaczkę w powiecie rohatyńskim — z 2 głowami i 2 kręgosłupami).

Wydział na rok 1909 pozostał ten sam: Dr Czyżewicz (jako przewodniczący), Dr Wurst (jako zastępca), Dr Obtułowicz (jako sekretarz i skarbnik) Drowie: Danielski, Kurasiewicz, Slączka i Witkowski (jako członkowie Wydziału).

Dr Ferdynand Obtułowicz.

Sprawozdanie ze zgromadzenia delegatów państwowego Związku austr. organizacyi lek. w d. 29. i 30. listopada 1908.

Na zgromadzeniu zjawili się przedstawiciele wiedeńskiego Związku lek., przedstawiciele organizacyi Austryi dolnej, Gracu, Styryi, Karyntyi, Austryi górnej, Solnogrodu, Przedarulanii, Czech, (sekcya niemiecka), Moraw, Śląska, Gorycyi, Gradyski i Bukowiny. Zastępcy Krajny usprawiedliwili swą nieobecność, godząc się z góry na powzięte uchwały. Nie miały przedstawicieli tylko Tyrol, Dalmacya i Istrya. Jako goście zjawili się dwaj deputaci od zorganizowanych lekarzy czeskich i zastępca Polaków r. dw. prof. Dr Wicherkiewicz, nadto zjawili się dwaj posłowie do parlamentu, lekarze: Dr Michl i Dr Kindermann. 26-go listopada odbyło się posiedzenie Wydziału Związku państwowego, na którem po uczczeniu pamięci zmarłego bojownika sprawy Dra Janeczka, zdał sprawę Dr Gruss z czynności prezydyum za czas od 19. maja do 28. listopada 1908 r., (mówił zaś głównie o żądaniach lekarzy i taktyce ich w sprawie reformy ubezpieczenia robotniczego), oraz przedstawił plan pracy na przyszłość. Zastanawiano się także nad ewentualnem postępowaniem, gdyby ważne żądania lekarzy nie zostały uwzględnione, i ułożono plan walki, który dla skuteczności ewentualnie podjąć się mających kroków zachowano w tajemnicy. Zajmowano się także sprawą bojkotu.

29. listopada rano zaczęły się narady zgromadzenia delegatów pod przewodnictwem Dra Grussa. Przedewszystkiem wybrano prezydyum (prezydent Dr Gruss, I. wiceprezydent Dr Koralewski, II. Dr Skorschoban) na lat trzy.

Z kolei przystąpiono do rozpraw nad projektem rządowym w sprawie ubezpieczenia społecznego. Referował Dr Pick z Osieka. Referat postanowiono wydrukować, by go wszystkim kolegom uprzystępnić. Dr Pick dochodzi do następujących wniosków: 1) Trwamy przy naszem żądaniu ustanowienia górnej granicy dochodów dla wszystkich osób, podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu na kwotę 2400 K., bez względu na to, czy osoby te płatne są rocznie, miesięcznie, tygodniowo czy dziennie. 2) Ustęp 1. § 51 przedłożenia rządowego powinien być w tym duchu zmieniony, by opieka nad ozdrowieńcami należała do zwykłych wydatków kasowych, a nie była opłacaną ze specyalnego funduszu wsparć. 3) Co się tyczy ubezpieczenia rodziny, żądamy z uwagi, że nowe to ubezpieczenie znowu znacznie uszczupli ilość pacyentów prywatnych, aby wedle możności koło dopuszczonych do tej instytucyi lekarzy rozszerzono wedle systemu wolnego wyboru. A da się to tem łatwiej wykonać, że głośny zarzut przeciw temu systemowi podnoszony przez kasy, a mianowicie wzmożenie się symulacyi przy ubezpieczeniu rodzin odpada zupełnie. Że członkowie rodziny częściej potrzebują pomocy lekarskiej, niż ubezpieczeni robotnicy, że częściej potrzebują pomocy w nocy, a nadto szczególnych świadczeń (porody), żądamy uwzględnienia tej okoliczności przy obliczeniach zapłaty za czynności lekarskie. I dlatego żądamy, żeby ubezpieczenie rodzin tylko w tych kasach zaprowadzono, gdzie jest pewność, że podniesienie wkładek zdoła odpowiednio pokryć pracę lekarską. Żądamy dalej dokładnego określenia pojęcia »członka rodziny« (Familienangehörig). Za członków rodziny należy uznać tylko tych, co z ubezpieczonym żyją stale we wspólnem gospodarstwie domowem, dalej dzieci do lat 14 i niezdolnych do pracy rodziców. 4) Bardzo stanowczo musimy wystąpić przeciw postanowieniu § 58., a szczególniej ustępu 2., traktującemu o członkach dobrowolnych. Wszak nie zachodzi żadna potrzeba, żeby właśnie co do dobrowolnych członków kasy granicę górną dochodu rocznego w kwocie 2400 K usunięto; musimy bezwzględnie tego się domagać, żeby ustęp 2. § 58. określono i dobrowolnie do kas chorych przystępować wolno było tylko tym, co jakiś czas podlegali obowiązkowemu ubezpieczeniu i to tylko na tak długo, póki ich dochód roczny nie dojdzie lub nie przekroczy 2400 K. 5) Musimy się tego domagać, by nietylko w ustawie, ale w każdym statucie kasowym dopuszczone były oba systemy: lekarzy stale płatnych i wolny wybór. 6) Oba pierwsze ustępy § 45. stanowią bezwątpienia postęp i witamy z uznaniem postanowienie, że pisemne umowy obustronnych praw i obowiązków należy spisywać w przyszłości, i że umowom tym przysługiwać ma moc prawa. Mamy jeszcze życzenie, by także i postanowienia co do wypowiedzeń należały do owych postanowień, o których mowa w ustępie 2-gim, § 45. 7) Musimy się stanowczo oświadczyć przeciw ostatniemu ustępowi § 45. i użyć wszelakich środków, by przepis ten nie uzyskał mocy prawa (ustęp ten dopuszcza zastąpienie leczenia obowiązkowo ubezpieczonych przez podniesienie zasiłków). 8) Żywe zadowolenie wywołał wśród lekarzy § 46., który przewiduje wprowadzenie sądów polubownych składających się z równej ilości lekarzy i zastępców kasowych dla rozstrzygania sporów; zależy nam jednak na tem, by sądy te i sprawą wypowiadania posad się zajmowały. Nie uważamy za dość praktyczne i wystarczające sądów polubownych, które mogą być utworzone tylko w siedzibie każdej władzy politycznej jako pierwsza instancya. 9) Byłoby dla lekarzy rzeczą doniosłego znaczenia, żeby komisye zażaleń czynność swą rozciągały i na spory między lekarzami a kasami, gdyż wtedy spory te mogłyby być załatwiane prędko, szczególniej, że załatwialiby je ławnicy, znający miejscowe stosunki. Naturalnie musiałyby komisye te dla spraw lekarskich składać się z przewodniczącego i równej liczby zastępców kas i zastępców lekarzy. Jako 2., względnie 3. instancya powinny wtedy dla sporów na tle umowy funkcyonować sądy ubezpieczeniowe i sądy ubezpieczeniowe wyższe. 10) Także komisye ugodowe (§ 47.) stanowią istotny postęp, tylko powinny być obowiązkowe, a nie ustanawiane tylko w razie potrzeby, i równomiernie z lekarzy i zastępców kasy złożone. Dalej pragniemy, by komisye te zwoływano nawet na życzenie jednej strony (kasy lub lekarzy) i aby te komisye w razie zgody obu stron miały prawo zawierać umowy, a więc, by mogły funkcyonować jako komisye umów. Żądamy dalej, by komisye ugodowe zaraz po sankcyonowaniu ustawy powołano do życia, bo uzasadnienie projektu ustawy wyraźnie podnosi, że te komisye właśnie szczególnego nabierają znaczenia w czasie wchodzenia w życie zreformowanego ubezpieczenia. Komisye te powinny dążyć do wyrównania obecnych przeciwieństw między lekarzami i kasami i ułożyć z czasem zasady wzorowych umów. 11) Przedłożenie rządowe przyznaje, że świadczenia lekarskie są dotąd często źle wynagradzane i przewiduje, że honoraryum powinno wynosić od członka K. 4·20 przy chorobowości 10 dla ludności przemysłowej i 7 dla sług. — Referent wreszcie stwierdza, które żądania lekarzy i w jakiej mierze zostały przez rząd uwzględnione: I.: Ustanowienie górnej granicy rocznego dochodu na 2400 koron dla podlegających obowiązkowi ubezpieczenia. Ale i to żądanie nie zostało w zupełności uwzględnione, bo z obowiązkowego ubezpieczenia wyłączono te osoby, które pobierają płacę miesięczną lub roczną, wyżej 200 koron miesięcznie, względnie wyżej 2400 K. rocznie. Musimy jednak dążyć do tego, by i te osoby, które nie pobierają płacy miesięcznej lub rocznej, a mają dochodu 2400 K. rocznie, nie podlegały obowiązkowi ubezpieczenia. II.: Dobrowolne przystępowanie do obowiązującej kasy chorych jest niedopuszczalne. Żądania tego nie uwzględniono, a nawet przeciwnie i bez żadnej potrzeby pozwolono dobrowolnie się ubezpieczać osobom o rocznym dochodzie nie przekraczającym 3600 K. III.: Wyraźne postanowienie ustawowe, że wolny wybór jest ustawowo dopuszczalną formą i w obowiązkowych kasach chorych. Ustawa żądanie to uwzględniła, musimy się jednak domagać, by i każdy statut kasowy zawierał ten przepis. IV.: Uregulowanie sprawy honoraryów przez stworzenie komisyi umów i ugód. Sądy polubowne i komisye ugodowe są dozwolone, komisye umów nie. Musimy się starać o komisye umów, gdyż zawieranie umów zbiorowych należy też do zasadniczych żądań lekarzy. Domagamy się utworzenia przy każdej władzy polit. powiatowej sądów polubownych, jako I. instancyi w sporach między kasami i lekarzami. V.: Lekarze Austryi mogą się oświadczyć za ubezpieczeniem rodziny tylko wtedy, jeśli będzie ustanowiona górna granica dochodu rocznego nie wyżej 2400 K, a w ustawie zaznaczona będzie możliwość wprowadzenia wolnego wyboru lekarzy. Lekarze prowincyonalni żądają na wszelki przypadek obowiązkowego ubezpieczenia rodziny tam, gdzie potrzebę tego uznają powołane do tego czynniki (lekarze, starostwa, gminy). Otóż wobec tego, że granica dochodu rocznego 2400 K częściowo została uwzględniona i system wolnego wyboru uwzględniono, zostało V. żądanie częściowo spełnone. VI. Wyraźne wzbronienie zarejestrowanym kasom zapomogowym lub stowarzyszeniom udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej. Żądanie to dotąd nie zostało uwzględnione. VII. W obowiązkowych kasach chorych należy prowadzić i ogłaszać wykazy świadczeń lekarskich dla chorych, ale zdolnych do pracy. VIII. Osobno należy wykazywać koszta lekarskie, a osobno koszta kontroli (nie jak dotąd razem). I tych żądań nie uwzględniono. Wogóle zatem nie wszystko dotąd uzyskano, ale nadzieja leży w organizacyi, do której z całych sił referent nawołuje.

Dyskusyę wywołała tylko sprawa ubezpieczenia rodziny. Wreszcie zgodzono się na następujący wniosek Dr Rothenpielera z poprawką Dra Grussa: »Władze polityczne powinny mieć prawo po wysłuchaniu lekarskich zastępstw zawodowych do wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia w swych powiatach«. Na wniosek Dra Helbicha uchwalono dodatek do

§ 44.: »Za nagłą pomoc lekarską mają kasy obowiązek płacić i lekarzom niekasowym«. Dr Gruss przedstawiał żądania lekarzy co do zarejestrowanych kas zapomogowych, których istnienie udaremnia wszelkie korzyści, mogące dostać się lekarzom w udziale z okazyi reformy. Kto bowiem nie będzie korzystał z bezpłatnej pomocy w obowiązkowej kasie chorych, ten może ją mieć bezpłatnie w kasie zapomogowej. Starania Dra Grussa u władzy o wzbronienie kasom zapomogowym udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej, nie odniosły dotąd skutku, ale prezydyum obiecuje czynić dalsze zabiegi w tym kierunku, tem bardziej, że ma to przeświadczenie, iż rozstrzygnięcie trybunału administracyjnego w tej sprawie jest błędne i w ustawie nie uzasadnione. *Stahr.*

W sprawie ustawy o ubezpieczeniu powszechnem odbył się w Wiedniu Zjazd austryackich Kas chorych, na którym między innymi uchwalono żądać: usunięcia wszelkiej granicy wieku i zarobku co do obowiązku ubezpieczenia (a więc i przyjętej w projekcie ustawy granicy najwyższej 2400 K. rocznego dochodu przy ubezpieczeniu w Kasach chorych), usunięcia postanowień o utworzeniu urzędów powiatowych (a więc instancyi, do którychby się mogli odwoływać także lekarze), zupełnej autonomii Kas chorych we wszystkich sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby, usunięcia z Kas chorych wpływu władz rządowych i stowarzyszeń (Według »Naprzodu« Nr 13). Tak więc Kasy chorych, a raczej rządzące w nich stronnictwo socyalistyczne, zmierzają do usunięcia właśnie tego wszystkiego, co jest najważniejszym postulatem lekarzy i do wyrządzenia szkody najżywotniejszym interesom naszego zawodu. *R.*

W sprawie udaremnienia ostrzeżenia Izby lekarskiej zachodnio-gal. wyjaśnia prezydent Izby, Dr Schoengut, w »Głosie lekarzy« (2), że skoro po ogłoszeniu przez Izbę ostrzeżenia jeden z lekarzy przyjął zastępstwo, a kilku podało się o opróżnioną posadę, bojkot tej posady stał się siłą faktów bezprzedmiotowy i nadal utrzymać się nie dał. Wtedy też 2 innym kolegom, którzy zwrócili się do Izby z zapytaniem, jak mają postąpić, pozostawiono swobodę, a to »w tem przekonaniu, że nie należało właśnie tych, którzy lojalnie się zachowali, pozbawiać szans, na korzyść tamtych, którzy się do ostrzeżenia nie zastosowali«. *R.*

Organizacyę powiatową postanowili zawiązać lekarze wadowiccy. Na zebraniu w d. 3. I. 1909, odbytem pod przewodnictwem Dra Tarchalskiego z Zatora, postanowiono jaknajrychlej organizacyę ukonstytuować, wybierając do tymczasowego komitetu Dra Bukowskiego i Żędzianowskiego. Na zgromadzeniu udzielał wyjaśnień delegat »Związku krajowego« Dr Flis. Uchwalono rezolucye, wzywające wszystkich lekarzy powiatu wadowickiego do jaknajszybszego przystępowania do organizacyi, a Wydział Związku krajowego do powołania do życia dalszych organizacyi powiatowych i utworzenia biura porady i obrony prawnej z włączeniem spraw podatkowych. *R.*

Na niesprawiedliwy wymiar podatków jest dla lekarzy, zdaniem Dra Flisa (Głos lek. 2), radą jedyną — obrona prawna wszelkimi środkami; tę zapewnia »Krajowy Związek lekarzy«, którego członkowie na podstawie układu Związku z »Towarzystwem ochrony podatników« (Kraków, Floryańska 13) mogą korzystać bezpłatnie z pomocy biura porady i ochrony prawnej, utrzymywanego przez to Towarzystwo. *R.*

Śmierć z zimnicy podają statystyki lekarzy urzędowych corocznie w kilku przypadkach w niektórych powiatach kraju. Wobec tego zarządziło ministerstwo spraw wewn. (30. XI. 1908 L. 41637) przeprowadzenie badań co do zimnicy, a namiestnictwo (19. XII. 1908 L. 166. III. VI. B.) zarządziło, by donoszono o pojawieniu się zimnicy, uwzględniając przyczyny, rozszerzenie, przebieg, przedsięwzięte środki ochronne i ewentualne mikroskopowe badanie krwi. *R.*

Potrzebę ustanowienia dentystów przy większych szpitalach podnosi Boennecken. W Pradze wydział lekarski uczynił już nawet odpowiedni wniosek. *X.*

Lekarz może być zaskarżony o odszkodowanie nawet po... zbadaniu odruchów kolanowych, jak o tem wspomina Lissau z Pragi. Pewien chory, po zbadaniu odruchów kolanowych wniósł skargę o odszkodowanie w kwocie 1000 koron, twierdząc, że od czasu badania ma silne bole w nogach. Oczywiście sąd skargę odrzucił. *X.*

Potrzebę kształcenia osobnych dozorców do pielęgnowania umysłowo chorych podniósł na III. międzynarodowym zjeździe dla pielęgnowania umysłowo chorych Scholz. Wybierać należy ludzi zaufanych i inteligentnych, którzy powinni posiąść odpowiednie wiadomości w kursie praktycznym i teoretycznym, a następnie złożyć egzamin. Spostrzeżenia swe powinni dozorcy także spisywać. Wykształcony dozorca powinien po uzyskanej aprobacie państwowej być odpowiednio wynagradzany. *X.*

Śmiertelność lekarzy. Statystyki Towarzystw ubezpieczeń na życie w Niemczech wykazują, że śmiertelność lekarzy największą jest między 50—60. rokiem życia, potem między 40—50., dalej 20—30., a najmniejszą między 30—40. *X.*

Z ostatniego sprawozdania o stanie zdrowotności państwa niemieckiego uwagi godne są następujące daty: Liczba narodzin podniosła się, a liczba zgonów opadła, tak że ilość ogólna mieszkańców podniosła się o 600,000. Na grypę zmarło 2516 osób, na dur brzuszny 2419, a zachorowało 16,604, na ospę zachorowało 163, zmarło 30, na tężec 56. Z 48 chorych leczonych wyzdrowiało zaledwo 10. Częstość chorób wenerycznych wzrosła, natomiast wybitnie opadła liczba zakażeń połogowych i błonicy. Na płonicę zmarło 7700, odrę 9107, krztusiec 11,749. Wprawdzie śmiertelność z gruźlicy jest mniejszą, ale przewyższa jeszcze o $1/3$ ogólną ilość śmierci na inne choroby zakaźne (64,459:42,766). Na wąglik zachorowało 136, zmarło 17. Przez wściekłe zwierzęta było pokąsanych 373; z tego 342 leczono ochronnie; u 4 mimo to wystąpiła choroba i to z przebiegiem śmiertelnym. Liczba śmierci z powodu raka podniosła się o 791(23,906). — W końcu dodać należy, że liczba partaczy z 6137 podniosła się na 6260. *X.*

Apteczki wiejskie pozakładała na próbę Dyrekcya sanitarna w Rumunii w szkołach i plebaniach. Apteczki te wydają bezpłatnie najpotrzebniejsze leki włościanom. Zarządzenie to ma na celu głównie zwalczanie zimnicy i wzbudzenie zaufania u ludności do leczenia się, a przez to wykorzenienie przesądów, znachorstwa i t. d. *X.*

Cholera w Petersburgu i Moskwie była przedmiotem bardzo pouczającego wykładu Dra Filipa Blumenthala z Moskwy w rosyjskiem Tow. dla higieny społecznej, które dla wyświetlenia sprawy zwołało na posiedzenie wszystkie swe (5) sekcye, wybitnych lekarzy teoretyków i praktyków, oraz przedstawicieli zarządów miejskich. 16. XII. 1908 minęło właśnie dni 100 od czasu, kiedy w Petersburgu spostrzeżono pierwszy przypadek cholery, w setnym dniu epidemii jeszcze zapadło osób 18. — Od początku epidemii zachorowało osób 8609, a zmarło 3462. — Tymczasem w ciągu całego roku 1908 stwierdzono w Moskwie jedynie 16 przypadków cholery, a i z tych, jak zdołano udowodnić, prawie połowę zawleczono z Petersburga. Ten olbrzymi kontrast między obydwiema rosyjskiemi stolicami wywołał ogólne zdziwienie. Otóż prelegent rzecz wyświetlił i udowodnił, że najlepszym środkiem ochronnym jest kanalizacya miasta i dobra woda, a tymczasem w tym kierunku Petersburg dotąd nic prawie nie zrobił; natomiast Moskwa już w r. 1779 zaczęła budować wodociągi, które ze źródeł o 15 km od miasta odległych dostarczały już wtedy codziennie 40,000 wiader wody. Ten pierwszy wodociąg, zwany wodociągiem Katarzyny, został w r. 1859 z gruntu przebudowany i wedle planów Delwiga odnowiony. Wodociąg ten, zwany wodociągiem Delwiga, funkcyonował aż do r. 1892 i dostarczał miastu dziennie 500,000 wiader wody źródlanej. Po r. 1892 podjęto jeszcze szereg poprawek i udoskonaleń tak, że obecnie może mieć Moskwa od $2^1/_2$—$3^1/_2$ miliona wiader wody dziennie. Ponieważ jednak i ta ilość wody nie wystarczała, postanowił zarząd miejski użyć wody z rzeki Moskwy i zbudował drugi wielki wodociąg, który w r. 1900 oddał do użytku. Wodę z rzeki nabieraną filtrują przez filtry piaskowe z takim skutkiem, że gdy woda zaczerpnięta wprost z rzeki zawiera w 1 cm^3 2000 drobnoustrojów, to przefiltrowana zawiera ich tylko 16. Ten wodociąg dostarcza dziennie około 3,000.000 wiader. Nadto posiada Moskwa od r. 1897 także kanalizacyę, a obecnie przystępuje do biologicznego oczyszczania wody kanałowej. Tymczasem Petersburg niema kanalizacyi, wodociąg tylko w niektórych dzielnicach, a i ten dostarcza niefiltrowanej lub źle filtrowanej wody z Newy. Inne dzielnice dostają wodę do picia filtrowaną (przez 18 angielskich filtrów), ale w skąpej ilości, niewystarczającej na zaspokojenie potrzeb ludności (8 milionów wiader, zamiast potrzebnych 20). I oto zarząd miejski petersburski radzi sobie tak, że do wody filtrowanej dolewa niefiltrowanej. Co prawda, to i filtrowana woda petersburska bardzo mało różni się od niefiltrowanej, bo filtry źle działają tak, że przecinkowce cholery znajdowano zarówno w wodzie filtrowanej, jak niefiltrowanej. Jeśli więc Petersburg chce się uchronić od cholery, to musi się postarać o dobrą wodę do picia i miasto skanalizować. *Stahr.*

Koty a mór. Od 2 lat sroży się mór w Indyach angielskich, i nie da się wstrzymać mimo wszelkich zabiegów, mimo seroterapii, stosowanej bardzo rozlegle. Tymczasem wedle zdania chirurga angielskiego Buchanana jest bardzo prosty sposób, zapobiegający morowi. Mór szerzą szczury, względnie pchły szczurze. Otóż chcąc zwalczać dżumę, należy niszczyć szczury. A na szczury najlepszy środek — to koty. Trzebaby je jednak trzymać wszędzie we wszystkich miastach, we wszystkich domach. Najlepszym dowodem, co znaczą w tym względzie koty, jest następujące zestawienie. Airla jest miasteczkiem w pół drogi między Nagpur i Kalmeshurar, odległymi od siebie o 13 mil. W obu tych miastach sroży się ciężki mór i w pierwszem zginęło 22.000 mieszkańców, w drugiem 2.000. Oto kiedy dżuma srożyła się w Nagpur, mieszkańcy schronili się do Kalmeshurar, a kiedy i tam za nimi poszła zaraza, uciekli do Nagpur. W czasie obu tych gromadnych ucieczek, bardzo często chorzy przejeżdżali przez Airlę, a tymczasem w osadzie tej nie zjawił się ani jeden przypadek dżumy. A stało się to tylko dlatego, jak twierdzi Buchanan, że w osadzie tej nie było szczurów, a było natomiast dużo kotów. To spostrzeżenie zwróciło jego uwagę; zajął się więc obliczaniem kotów w obwodzie swoim, Berar, liczącym 1000 miast i miasteczek. Przekonał się, że w 145 miasteczkach, posiadających 50 lub więcej kotów na 100 domów, nie stwierdzono ani jednego przypadku dżumy; — w tych, które miały 20—50 kotów na 100 domów, zdarzył się tu i ówdzie przypadek dżumy; ale największą liczbę zachorowań na dżumę stwierdzono w miasteczkach, w których mniej niż 20 na 100 naliczono wrogów szczurzych. W obwodzie Berar naliczono w r. 1907 około 5000 przypadków dżumy i wedle dochodzeń Buchanana i jego asystentów przypadki te zjawiały się przeważnie w tych domach, gdzie nie było wcale kotów. (Wedle »La Nature«).

Stahr.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. I. do 16. I. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 4), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 7, Bratkowice 14), Kolbuszowa (Trzeboś 2), Kołomyja (Słobódka polna 7), Lisko (Czarna 3, Smolnik ad Lutowiska 2), Skałat (Orzechowce 2), Śniatyn (Rożnów 1), Stryj (Synowódzko wyżne 1), Turka (Lipie 6).

Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. I do 16. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 2 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 2, płonicy 15 † 4 (4 † 3), odry 18 † 1 (1 † —), duru brzusznego 2 † 1 (1 † 1), gorączki połogowej 2 † 1 (1 † —).

Dr Sch.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10. I. do 16. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych —), krztuśca 1, płonicy 21 † 4 (2 † —), odry 3 † 1, duru brzusznego 4 (2), gorączki połogowej 1 † 1.

Dr Legeżyński.

Wiadomości bieżące.

Otrzymujemy następujące pismo:

Nie mając możności odpowiedzieć wszystkim tym, którzy zaszczycili nas złożeniem, życzeń w dzień obchodu jubileuszowego naszej pracy zawodowej, urządzonego przez »Związek lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu«, prosimy o łaskawe zamieszczenie naszego najgłębszego podziękowania za te dowody pamięci i życzliwości, których doznaliśmy. Szczególną wdzięczność uczuwamy dla Szanownego Prezesa Związku, Profesora St. Zaleskiego i innych członków prezydyum Związku za organizacyę tak zaszczytnego dla nas obchodu.

J. Szawłowski. C. Zakrzewski. J. Ziemacki.

Komisya słownikowa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego uprasza o nadsyłanie uwag w sprawie słownictwa pod adresem: Towarzystwo lekarskie krakowskie, ul. Radziwiłłowska 4, dla komisyi słownikowej.

Kraków. »Postęp okulistyczny« ukończył dziesięć lat istnienia. Znakomicie prowadzonemu, a zasłużonemu temu pismu składamy z tego powodu życzenia dalszego jak najpomyślniejszego rozwoju.

— »Przegląd Sokoli«, drugi w kraju obok »Przewodnika gimnastycznego« organ gimnastyczny, zaczął wychodzić w Krakowie.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie dokonało wyborów zarządu na rok 1909 dnia 15. stycznia, na dorocznem Zgromadzeniu administracyjnem. Skład nowego Zarządu jest następujący: Przewodniczący: kol. Roman Rencki, zastępca przewodniczącego: kol. Stanisław Kwiatkiewicz, skarbnik: kol. Witold Nowicki, sekretarz doroczny: kol. Józef Hornowski. Sekretarzem stałym pozostaje nadal kol. Witold Ziembicki, bibliotekarzem kol. Wiktor Reis, gospodarzem kol. Edward Festenburg. Delegatami na W. Zgr. Tow. Lek. Galic. wybrani koledzy: A. Bednarski, I. Feuerstein, St. Kwiatkiewicz, E. Machek, F. Obtułowicz, W. Pisek, R. Rencki, S. Ruff, B. Skałkowski, St. Zabłocki, G. Ziembicki, W. Ziembicki. Ich zastępcami koledzy: K. Bocheński, A. Czyżewicz (jun.), I. Fels, M. Franke, W. Hojnacki, T. Stachiewicz. Do komisyi redakcyjnej *Lwow. Tygodnika Lekarskiego* weszli koledzy: W. Nowicki, W. Pisek,

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 16. I. 1909 prócz spraw drobniejszych, — sprawą budowy państwowego zakładu badania środków spożywczych we Lwowie i sprawą szpitala w Skolem.

— W Wydziale krajowym odbyła się pod przewodnictwem członka Wydziału, a szefa departamentu sanitarnego, Dra Bernadzikowskiego, w dniach 16. i 17. I. 1909 ankieta w sprawie rządowego projektu ustawy o chorobach zakaźnych. W ankiecie uczestniczyli: Prof. Browicz, Ciechanowski, Kostanecki i Dr Schoengut z Krakowa, protomedyk r. dw. Dr Merunowicz, Dr E. Festenburg, Prof. Łukasiewicz, Prof. Kucera, Dr Mikołajski, dyr. Dr Starzewski i referent departamentu gminnego p. Latoszyński ze Lwowa. Z wyniku obrad ankiety zdamy sprawę w numerach następnych.

Warszawa. Jubileusz 25-letniej pracy zawodowej obchodził Dr Władysław Bruner. Ukończywszy wszechnicę warszawską w r. 1883, był Dr Bruner naprzód ordynatorem kliniki chorób wewnętrznych do r. 1896, potem zaś ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu na Pradze, a od roku 1908 naczelnym lekarzem miejskiej służby zdrowia. Jubilat brał żywy udział w ruchu naukowym i ogłosił liczne prace, głównie w »Gazecie lekarskiej« i »Medycynie«. W r. 1896 otrzymał nagrodę na konkursie im. Koczorowskiego za pracę »O zachowaniu się zawartości wody i metalów alkalicznych w zapaleniu nerek«. Życzenia składało Jubilatowi liczne grono lekarzy w dn 17. I. b. r.

— Wystawa, mająca za cel walkę z alkoholizmem, urządzona z inicyatywy Dra Bregmana, prezesa Wydziału przeciwalkoholicznego Tow. higien., ma być urządzona w ten sposób, ażeby w przyszłości można ją zamienić na wędrowną. Wydatki obliczono na 1275 rb. Do komitetu organizacyjnego należą z lekarzy: Dr Bregman, Ciągliński, Kopczyński, Kucharzewski, Kurtz, Piątkowski, Sadowski, Szulc, Zbikowski.

— Dr Męczkowski poruszył w »Kuryerze warsz.« (13) sprawę niezmiernie ważną: kto poniesie milionowe straty, jakie przyniósł spadek rent państwowych rosyjskich (na 77 za 100) ulokowanym w nich funduszom szpitalnym? Fundusze te ulokowano w rentach na naleganie ministerstwa spraw wewn., by kapitałów instytucyi dobroczynnych, wymagających bezwzględnie pewnego zabezpieczenia, nie lokować w listach zastawnych banków ziemskich, ale w walorach państwowych. Ulokowany wskutek tego w rentach fundusz szpitali warszawskich w kwocie 2,257.000 rb., ma obecnie wartość tylko 1,737.890 rb., czyli stracił 519.110 rb. Co więcej, jeżeli jakiś fundator zastrzegł w akcie fundacyjnym ulokowanie fundacyi w listach zastawnych ziemskich, to zamiana na rentę państwową daje mu lub jego spadkobiercom prawo żądania zwrotu ofiarowanej sumy. Z prawa tego już kilkakrotnie korzystano, a w przyszłości mogą przez to szpitale utracić nawet większą część fundacyi.

— Generał-gubernator polecił magistratowi m. Warszawy ponownie rozważyć sprawę reformy szkoły felczerskiej, ponieważ szkoła ta nie będzie zwinięta.

— Komisya, obradująca pod przewodnictwem p. Natansona nad sprawą szczepienia krowianki doszła do wniosku, że oprócz instytutu szczepienia ospy należy urządzić 3 stałe i najmniej 6 sezonowych stacyi szczepienia i zorganizować szczepie-

nie ospy po domach przez 15 lekarzy. Każdy lekarz ma mieć do pomocy sanitaryusza. Koszt takiej organizacyi wyniesie 1950 rb. jednorazowo i 19.375 rb. corocznie.

— Dr Jan Sędziak z Warszawy otrzymał od prezydyum »The American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology« zaszczytne zaproszenie do wygłoszenia odczytu inauguracyjnego (an address) na otwarcie mającego się odbyć w końcu września b. r. zjazdu w New Yorku. Dr Sędziak mówić będzie »O udziale Ameryki w rozwoju laryngologii i rynologii«. O ile nam wiadomo, przed Drem Sędziakiem otrzymali podobne zaproszenie i wygłosili wykłady tylko dwaj znakomici europejscy laryngologowie: Semon z Londynu i Killian z Fryburga.

Łódź. Na rok 1909 do Zarządu Towarzystwa lekarskiego wybrani: Prezes K. Jasiński, wiceprezes A. Krusche, sekretarz E. Sonnenberg, sekretarz II. J. Michalski, bibliotekarz Z. Prechner, bibliotekarz II. T. Mogilnicki, podskarbi W. Littauer.

— W Towarzystwie lekarskiem uczczono 25-letnią działalność zawodową Dra Józefa Kolińskiego, Bronisława Handelsmana, Henryka Kona, Ksawerego Jasińskiego, Juliusza Beckmana i Ludwika Przedborskiego.

Wilno. Rada sanitarna miejska poleciła Drowi Sumorokowi i Sołonowiczowi opracować projekt organizacyi bezpłatnej pomocy lekarskiej dla ubogiej ludności miejskiej. Za udzielanie takiej pomocy pobieraliby lekarze miejscy po 600 rb. rocznie.

Z różnych stron. W r. 1908 było w państwie niemieckiem 31.640 lekarzy (w r. 1907 — 31.416), z tego w Prusiech 19.130. Kobiet lekarek było 55. Gmin bez lekarzy było tylko 356 (z tego 100 chwilowo).

— Akademia wojskowo-lekarska w Petersburgu obchodziła w tych czasach dwa półwiekowe jubileusze: w styczniu r. b. wprowadzenie docentury prywatnej, a w maju r. z. instytucyi »etatu lekarzy dla doskonalenia w naukach«. Mianowicie lekarze, kończący Akademię z odznaczeniem, mogą stawać do konkursu (praca klauzurowa); 10 autorów najlepszych prac pozostaje przy akademii na 3 lata »dla doskonalenia się w naukach« (7 z nich na koszt rządu); 3 najwybitniejszych z nich wysyła rząd swym kosztem na 2 lata na studya zagranicę.

— Dr med. Edward Pożerski w Paryżu, wydawca »Bulletin polonais«, autor cennych prac z zakresu fizyologii, uzyskał w Sorbonie stopień doktora nauk ścisłych (docteur ès-sciences).

— Międzynarodowy konkurs im. Cartwrighta z nagrodą 500 dolarów, a terminem do 1. IV. 1909 ogłasza »Association of the alumni of the College of Physicians and Surgeons (752 West End Avenue, New York). Do konkursu dopuszczone są prace oryginalne z całego zakresu medycyny i chirurgii, nigdzie niedrukowane i nie przedstawiane do nagrody i wykonane przez jednego tylko autora.

— Mc Carrison, zbadawszy 203 matołków w Indyach stwierdził, że rodzice kretynów cierpią bardzo często na wole (86%). W 44% sami matołkowie mieli też wole, ale zwykle dostawali je już w późniejszych latach, po zupełnym rozwoju matołectwa. Nowo osiedli w takiej okolicy mieszkańcy wykazują dopiero w 3 generacyi kretynów, a przedtem wola. Wole uważa C. za cierpienie, mające tło zakaźne. *A.*

Mianowani: anatom Doc. Heiderich profesorem nadzwyczajnym w Göttingen; patolog Doc. Doehle profesorem nadzw. w Kiel; Doc. Czystowicz z Petersburga profesorem nadzw. anatomii patol. w Kazaniu. Prof. Strümpell z Wrocławia obejmuje katedrę medycyny wewn. w Wiedniu (po Schrötterze), Prof. Jendrassik katedrę med. wewn. w Peszcie (po Koranyim).

Zmarli: Dr Jan Urbański w Klecku, Dr Orest Litwinowicz, starszy lekarz powiatowy z Trembowli, we Lwowie.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 27. stycznia 1909 o godz. 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) K. Jarecki: Demonstracya preparatu. 2) K. Prof. Rosner: Demonstracya preparatu. 3) W. Radliński: Określenie dolnej granicy żołądka dla celów praktycznych.

Posiedzenie doroczne sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **w sobotę dnia 23. stycznia 1909** o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) O pielęgnowaniu chorych (dokończenie) kol. Dr Sawicki. 3) Sprawozdanie roczne. 4) Wybór biura sekcyi. 5) Wybór delegatów na walne zgromadzenie. 6) Wnioski członków.

O liczne zebranie się Szan. Kolegów uprasza biuro sekcyi
Dr Feldmann, sekretarz. *Dr Wl. Czyżewicz*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Aptekarz Karol Jahr w Krakowie uzyskał, oprócz dotychczas już zezwolonych przetworów: Pastilli jodo-ferrati comp. Jahr, Syrupus valeriano-brom. comp. Jahr, reskryptem z d. 18. XII. 1908. L. 36.343. zezwolenie ministerstwa na wyrób i sprzedaż przetworów farmaceutycznych »Figol« Jahr i »Mentosalan« Jahr.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
zuana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222
SÓL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg.
ŁÓG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Dr Kahlbaum, Görlitz
Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i umysłowych.
Otwarty zakład leczniczy dla chorych nerwowych.
Zakład leczniczo-wychowawczy
dla młodocianych chorych nerwowych i umysłowych. 125

NATURALNA SÓL SZPRUDLA jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami
124

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok LXVIII. Kraków, dnia 30. stycznia 1909. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rozczłonkowanie histeryi tradycyjnej. Pityatyzm.

Napisał

Dr J. Babiński,

lekarz szpitala »Pitié« w Paryżu.

Pierwsze kroki swej karyery neurologicznej stawiałem w szkole Salpetrière, gdzie w latach 1885—1887 miałem zaszczyt pełnić obowiązki szefa kliniki Charcota; kształciłem się tedy na poglądach o histeryi, podówczas tam głoszonych, które do czasów ostatnich były prawie powszechnie wyznawane.

Narazie przyjąłem je bez zastrzeżeń, lecz stopniowo pod wpływem spostrzeżeń, nie dających się pogodzić z owymi poglądami, począłem wątpić w ich dokładność i przedsięwziąłem poddanie ścisłemu rozbiorowi wszystkich faktów, mogących dać sprawdzian ich wartości. Jakkolwiek wyniki mych badań zmusiły mnie do odrzucenia doktryny mego znakomitego nauczyciela, nie mniej jednak zachowałem — i chciałbym to podkreślić — głęboką cześć dla wielkiego neurologa, którego prace o histeryi, doniosłe, pomimo pewnych błędów, stanowią zaledwie nieznaczną część jego wspaniałego dzieła.

Wyniki mych dziesięcioletnich badań nad tą sprawą zostały ujęte w roku 1901 w referacie, wygłoszonym w Paryskiem Towarzystwie neurologicznem, w którym to referacie wystąpiłem z twierdzeniem, że do histeryi zaliczono zaburzenia do niej nie należące, i wskazałem granice, które, mojem zdaniem, należy nakreślić dla tej nerwicy. Moje stanowisko zostało przyjęte przez Dr Dutil i Landry w ich artykule »O histeryi« w drugiem wydaniu »Traité Charcot-Bouchard-Brissaud«. Pogląd swój wyłożyłem ponownie w odczycie w Towarzystwie internów szpitalnych w Paryżu w roku 1906. Tegoż stanowiska broniłem w r. 1907 na Zjeździe neurologicznym w Genewie. Zostało ono wreszcie poddane dyskusyi w kwietniu i maju 1908 r. w Paryskiem Towarzystwie neurologicznem, przyczem ku wielkiemu memu zadowoleniu mogłem stwierdzić, że wielu z mych kolegów. między innymi Brissaud, Dupré, Ballet, Souques, Meige, w znacznym stopniu, lub całkowicie, podziela me zdanie. Mogę nawet powiedzieć, że w punktach ważniejszych znaczna większość członków Towarzystwa zgodziła się ze mną, a poczynione mi przez niektórych zarzuty dotyczyły raczej zagadnień drugorzędnych, — może wynikały ze zwyczajnego nieporozumienia, gdyż poglądy moje, wyłożone w krótkości, nie zostały należycie zrozumiane. Spodziewam się, że podając je w innej postaci, zdołam przekonać swych przeciwników.

W chwili obecnej wszyscy lekarze uznają, iż dziedzina tradycyjnej histeryi została nadmiernie rozszerzona i że się conajmniej przeceniało przypisywaną jej właściwość odtwarzania chorób najbardziej różnorodnych, zdolność »robić wszystko«, jak ongi mówiono. Jest to już pewnikiem powszechnie przyjętym; wydaje mi się jednak interesującem wykazanie przyczyn, które wywołały dawne pojęcie tej sprawy, oraz wyłuszczenie powodów, dla których je porzucono. Mojem zdaniem nadmierne rozszerzenie granic histeryi wynikło z trzech głównie przyczyn: 1) popełniono szereg błędów rozpoznawczych, uznając za należące do histeryi przypadki cierpień organicznych; 2) niedoceniano znaczenia udawania (symulacyi) i wskutek niewystarczającego dozoru przypisywano histeryi objawy udawane; 3) łączono ze sobą takie stany nerwowe, które powinny być od siebie odróżnione. Postaram się udowodnić swoje stanowisko przez drobiazgowy rozbiór faktów, kolejno badając trzy wyżej wymienione przyczyny błędu.

1) By udowodnić, że cierpienia organiczne częstokroć brano za histeryę, wystarczy wziąć za przykład porażenie połowicze. Nietylko twierdzę, nie bojąc się opozycyi, że zaliczano często do histeryi przypadki organicznych porażeń połowiczych, lecz uważam nawet, że tego rodzaju pomyłki były dawniej nieuniknione, gdyż nie miano żadnego pewnego środka dla odróżnienia obu tych rodzajów bezwładu. W rzeczy samej, uważano, iż histeryczne porażenie połowicze ze ścisłą dokładnością może odtworzyć takież porażenie organiczne, oraz, że za jedyne dane do rozpoznania służą właściwości zewnętrzne cierpienia, jako to: wiek chorego, obecność lub nieobecność towarzyszących zmian w sercu, poprzedzająca kiła, wrzekome piętna histeryczne, oraz okoliczności, przy których dane cierpienie powstało. Owóż, jest to wręcz przeciwne rzeczywistości. Bez trudności mógłbym przedstawić chorych z porażeniem połowiczem niewątpliwie organicznem, którzy niemniej są w młodym wieku, nie mają żadnych oznak zmian w sercu, nie mają przymiotu, wykazują znieczulenie strony porażonej oraz zwężenie pola widzenia, i których porażenie nastąpiło pod wpływem wzruszenia; odwrotnie widziałem przypadki histerycznego porażenia połowiczego u jednostek w wieku podeszłym, dotkniętych cierpieniem sercowem, nie mających ża-

dnych zaburzeń czucia, i u których porażenie żadnem wzruszeniem poprzedzone nie było. Z jednej strony rolę wzruszenia w powstawaniu zaburzeń histerycznych bezsprzecznie conajmniej przesadzano, z drugiej zaś strony zamało się liczono z wpływem tego czynnika na powstawanie cierpień organicznych. Tymczasem już *„a priori“* możnaby przypuścić, że zaburzenie w krążeniu, sprawione wzruszeniem, może wywołać pęknięcie ściany naczyniowej w miejscu uprzednio osłabionem, co też stwierdzają fakta. Co się tyczy znieczulenia połowiczego, Prof. Bernheim już oddawna słusznie dowodził, że w większości przypadków jest ono zrodzone przez sugestyę; mnie zaś powiodło się dostarczyć nowych danych na poparcie tego twierdzenia; wykazałem, że w zależności od sposobu stawiania pytań oraz badania chorego otrzymywano co do domniemanych znamion histerycznych wyniki całkiem odmienne, i muszę stwierdzić, że od szeregu już lat nie znajduję u histeryków tych znamion, o ile ci chorzy uprzednio nie stykali się z osobami, dzięki którym mogli uledz sugestyi. Coprawda możnaby temu zarzucić, że połowicze znieczulenie czuciowo-zmysłowe bądź wywołane przez sugestyę, bądź niezależne od niej, nie mniej jednak świadczy o istnieniu histeryi. Jest to zupełnie słuszne, — lecz niemniej pewnem jest, że objawy te łatwo można wywołać u olbrzymiej ilości osób; że nawet szczególnie łatwo dadzą się one wytworzyć u jednostek chorych, co się skądinąd łatwo tłómaczy; że w wielu przypadkach można do organicznego porażenia połowiczego sztucznie dołączyć sugestyjne znieczulenie połowicze; że źródłem tego znieczulenia jest zazwyczaj niewłaściwe badanie lekarskie, i że wreszcie wobec częstości skojarzeń histero-organicznych, obecność znieczulenia połowiczego w przypadku połowiczego porażenia wcale nie rozstrzyga o istocie tego porażenia.

W przeciwieństwie do tego, co przypuszczano dawniej, tylko wewnętrzne cechy porażenia mogą dać podstawę do dokładnego rozpoznania. Dawniej nie zdawano sobie z tego sprawy, a to wskutek tego, że neurologowie, skierowani na niewłaściwą drogę, nie umieli wysnuć należytych wskazówek ze stanu odruchów ścięgnistych, chociaż je systematycznie badano, i że nie mieli do swego rozporządzenia pewnych oznak przedmiotowych, które mi się udało odnaleźć. W pierwszej mej pracy w tej sprawie z roku 1893 i później w referatach i dyskusyi w Tow. neurologicznem w Paryżu wielokrotnie obstawałem przy tem, że histerya nie zdoła zmieniać odruchów ścięgnistych i że wobec tego właściwemu porażeniu histerycznemu nie towarzyszy nigdy wzmożenie tych odruchów. Pogląd ten spotkał się pierwotnie z bardzo energiczną opozycyą, ale stopniowo liczba przeciwników malała, ostatnia zaś dyskusya w Towarzystwie neurologicznem ujawniła, że obecnie wszyscy już moi koledzy podzielają moje zdanie. A więc w przypadku porażenia połowiczego wzmożenie odruchów ścięgnistych po stronie porażonej, — objaw dawniej już znany, lecz niedoceniany co do swej doniosłości — pozwala twierdzić, że się ma przed sobą cierpienie organiczne ośrodkowego układu nerwowego. Nie mam potrzeby kłaść nacisku na nowsze oznaki przedmiotowe, które również pozwalają na dokładne rozpoznanie, jako to: objaw palców stopy (prostowanie palucha i objaw wachlarzowy), ruch skojarzony zginania tułowia i miednicy, objaw szerokiego mięśnia szyi, zmniejszone napięcie mięśniowe, objaw pronacyi. Obecnie należą one już do wiadomości, z których się powszechnie korzysta. Mam więc prawo twierdzić, że w niedalekiej jeszcze przeszłości nie posiadano żadnego ze środków, którymi się posługujemy obecnie dla odróżnienia organicznego porażenia połowiczego od histerycznego, i że wobec tego w rozpoznaniach musiano popełniać liczne omyłki.

Jeśli się nieco zastanowimy nad powyższymi wywodami, łatwo zrozumiemy następstwa owych pomyłek, zrodzone przez nie nowe błędy, ich doniosłość i wpływ, jaki wywarły na tradycyjne pojęcie histeryi. Poruszamy jedną z najciekawszych stron dziejów tej nerwicy. Przenieśmy się myślą w czasy, kiedy nie posiadano tych danych, z których obecnie każdy lekarz korzysta dla rozpoznania charakteru porażenia połowiczego. Wskutek wyżej podanych przyczyn w owym czasie często musiały się zdarzać przypadki, że organiczne porażenie połowicze brano za porażenie histeryczne; każdy z mych czytelników, mający już pewne doświadczenie, może sobie przypomnieć przypadki podobne. Skoro chorych takich próbowano uzdrowić zapomocą hipnotyzmu, do którego się często podówczas uciekano, spotykano się pomimo wszelkich wysiłków z zupełnem niepowodzeniem; wysnuwano stąd wniosek, że objawy histeryczne są częstokroć oporne względem leczenia psychicznego — co mi się wydaje niesłusznem. Wśród tychże chorych musieli wszak być również tacy, którzy mieli zaburzenia naczynioruchowe, zmniejszenie ciepłoty po stronie porażonej, gdyż są to częste objawy przy organicznem porażeniu połowiczem; z nieuniknioną konsekwencyą musiano wnosić, że histerya może wywołać zaburzenia tego rodzaju; a stąd pozostawał już tylko krok jeden (który też uczyniono) do twierdzenia, że może ona też zrodzić rumienie, pryszczyki, obrzęki, krwotoki i nawet zgorzel skóry. Nie koniec na tem: skoro histerya potrafi wywołać takie zaburzenia skórne, dlaczegóżby nie miała wywołać podobnych zmian w narządach wewnętrznych, dlaczegoby nie miały istnieć krwioplucia, wymioty i moczenia krwawe, a nawet krwotoki mózgowe, pochodzenia histerycznego.

Naprzykład: U młodej dziewczyny stwierdzono krwioplucie; w rodzinie jej nie można było wykazać poprzedzających przypadków gruźlicy; jej stan ogólny był zupełnie zadowalniający; badanie osłuchowe nie wykazywało żadnych zmian w płucach, co się zdarza czasami w początkach gruźlicy; jeżeli ta chora miewała uprzednio napady histeryczne, jeżeli w dodatku stwierdzono u niej połowicze znieczulenie czuciowo-zmysłowe, wówczas niezawodnie musiano dojść do przekonania, iż krwioplucie zależy tu od histeryi. Nawet gorączka, o ile się pojawiła, nie obalała takiego rozpoznania; gdyż skoro się raz uznało, że histerya ma zdolność wywoływania zaburzeń ośrodków odruchów ścięgnistych, oraz ośrodków naczynioruchowych, to było całkowicie uzasadnionem przypuszczać, że może ona wywołać także zaburzenia w ośrodkach regulacyi ciepłoty. Wszystkie te wnioski, zupełnie logiczne, wysnute zostały przez najprzedniejsze umysły; ich błędem jedynym było błędne założenie, i dlatego też nie posiadają one żadnej wartości. Ale powiedzą mi może, że jakkolwiek myśl przewodnia była błędną, niemniej mogła ona wieść do odkrycia faktów prawdziwych; bo jak sobie wytłómaczyć, że tylu pierwszorzędnych klinicystów mogło się w ten sposób dać w błąd

wprowadzić. Jakkolwiek dziwnem się to wydaje, a jednak stwierdzić należy, że w tej dziedzinie zjawisk mylili się nawet najlepsi badacze. Ażeby się w tem upewnić, wystarczy odwołać się do własnych wspomnień. Niema prawie lekarza, któryby nie pamiętał podobnych błędów, popełnionych przez siebie samego lub przez swych nauczycieli; odkąd rozpocząłem walkę przeciw tradycyjnej histeryi, wielu z mych kolegów przytaczało mi mnóstwo takich przykładów; chodziło tu o przypadki krwioplucia, wymiotów i moczenia krwawego, gorączki itd., które przez dłuższy czas były uważane przez najwybitniejszych klinicystów za przejawy histeryi, a gdzie jednak w końcu wychodziła na jaw organiczna istota cierpienia. Jak już mówiłem, te błędy poczęści dają się wytłómaczyć przez fałszywe poglądy teoretyczne, które się mocno zagnieździły w umysłach; tłómaczą się one również tem, że dotyczą objawów, które wymagają czasami wielomiesięcznej obserwacyi, zanim się dadzą z zupełną pewnością zaliczyć do odpowiedniej grupy, i które wskutek tego giną z oczu, zanim się uwidoczni konieczność sprostowania pierwotnego rozpoznania; wreszcie tłómaczą się one przez wpływ tradycyi, z której się trudno wyzwolić. Pewien kolega, przekonany, że napotkał ciekawy przypadek gorączki histerycznej, zwrócił się do mnie o ułatwienie mu ogłoszenia w piśmie neurologicznem tego spostrzeżenia; na moją uwagę, że spostrzeżenie to nie jest dostatecznie przekonywające, usłyszałem odpowiedź: »Uznaję, iż dowody moje nie są niezbite, ale przypuszczałem, że istnienie gorączki histerycznej, przyjęte w dziełach klasycznych, nie ulega wcale wątpliwości, i zdawało mi się, że nie mam potrzeby bardziej pogłębiać badania«. W ten oto sposób błędy tem trudniej wykorzenić, im są starsze i im bardziej są przekazane tradycyą z pokolenia na pokolenie.

(C. d. n.).

Empyema pulsans.

Napisał

Dr Stefan Rudzki.

(Dokończenie).

Jako przykład ropniaka tętniącego bez zewnętrznego guza przytoczyć można przypadek Traubego, dotyczący 24-letniego mężczyzny z lewostronnem zapaleniem opłucnej: klatka piersiowa z lewej strony w okolicy mostka i przyległych chrząstek żebrowych była obrzękła i dawała zupełne stłumienie, serce było znacznie przesunięte na prawo. Co najważniejsze jednak, że prawie cała lewa połowa klatki piersiowej miarowo tętniła zgodnie z tętnem tętnic skroniowych. Oględziny pośmiertne potwierdziły obecność ropniaka opłucnej.

Daleko częściej zdarza się, — jakeśmy to wyżej wspomnieli, — iż ropa przebija międzyżebrza i przechodzi pod powłoki zewnętrzne, wypuklając je w postaci guza. Przebijaniu się ropy z jamy opłucnej towarzyszy zwykle silny ból, co podkreśla Dieulafoy, jako objaw częsty, a mało dotąd znany. Tętnienie nie odrazu jednak powstaje w guzie ropniakowym: mija zwykle conajmniej kilka dni, i pod tym względem nasz przypadek, w którym tętnienie powstało w drugim tygodniu istnienia ropniaka, zgodny jest ze spostrzeżeniami innych autorów (Dieulafoy, Dunin i inni).

Guz tętniący nie wygląda zgoła swoiście: bywa on zwykle mniej lub więcej okrągły, czasami nieco spłaszczony. Rozmiary jego mogą być najrozmaitsze — od wielkości orzecha do wielkości pięści i więcej. W naszym przypadku wypuklenie o okrągło-spłaszczonej postaci dosięgało wielkości pięści dorosłego mężczyzny.

Ważną jest okoliczność, że guzy takie nietylko tętnią, lecz zmieniają swą objętość, kolejno powiększając się i zmniejszając. Wahania te, co do których część autorów wyrażała pewne wątpliwości, dawały się spostrzedz jednak w większości przypadków, w tej liczbie były wyraźne i w naszym przypadku.

Objaw ten udatnie scharakteryzowany został jeszcze przez Bouvereta w jego »Traité de l'empyème«: »Jeśli wewnątrz-opłucny ropniak tętniący wyjątkowo tylko wykazuje objaw podnoszenia się, to natomiast w zewnątrzopłucnym ropniaku tętniącym spostrzedz się dają rzeczywiste wahania w objętości guza. Wahania te zupełnie przypominają tętnienie worka tętniaka. Przy każdem uderzeniu serca cała powierzchnia tętniącego guza odrazu rozszerza się i tętni nietylko w prostopadłym, lecz i w poprzecznym kierunku«. Jeśli też ręką objąć guz, ma się zupełnie takie wrażenie, jak przy dużym tętniaku. Było tak i w naszym przypadku, w którym ciekawe było i to, że przy słabnięciu tętnienia (przed zniknięciem jego zupełnem) fale tętniące wyczuwać się dawały lepiej z boku guza, niż pośrodku jego.

W pewnych przypadkach udawało się guz tętniący odprowadzić; mieliśmy to poniekąd i u naszego chorego: przy ostrożnem naciskaniu guz wyraźnie zmniejszał się, ropa usuwała się z powrotem do jamy opłucnej.

Siedziba guza bywa bardzo rozmaita, wskutek czego rozpoznanie nieraz może być znacznie utrudnione.

Najczęściej leży on z przodu, na lewo od mostka, w okolicy 2., 3. i 4. międzyżebrza. Tak było w przypadkach Dieulafoy, Bérarda i innych.

U chorego Arana siedziba guza zbliżona była do naszego przypadku: zajmował on od 3. do 7-go międzyżebrza, gdy u naszego chorego guz znajdował się na przestrzeni od 5. do 7. żebra na lewo od mostka aż do linii pachowej przedniej.

W przypadku Mahla ropotok tętniący uwydatnił się »pod lewym łukiem żebrowym«. Znacznie rzadziej bywa siedzibą guza dolna część klatki piersiowej z boku lub z tyłu. W przypadku Courbona guz był w lewej okolicy lędźwiowej, zaczynał się on na zewnątrz od lędźwiowej części kręgosłupa tuż pod ostatniem żebrem i na 2 palce nie dochodził do grzebienia kości biodrowej. Guz był miękki, nieco ruchomy, niebolesny, chełbocący i prawie zupełnie odprowadzalny. Postać guza odpowiadała elipsie o długiej osi 14 ctm., idącej bardzo skośnie z góry na dół i od wewnątrz ku zewnątrz, a mała oś miała 11 ctm. w kierunku prawie prostopadłym. Guz ten był uważany przez wszystkich lekarzy za tętniaka, i dopiero pęknięcie jego i odejście ogromnej ilości ropy wyjaśniło sprawę.

W przypadku Millarda guz tętniący był na grzbiecie z lewej strony w okolicy ostatnich żeber. I tu rozpoznanie wahało się pomiędzy ropniakiem tętniącym, a tę-

tniakiem zstępującej części tętnicy głównej. Chora Dunina miała guzowatość również z tyłu w okolicy lędźwiowej lewej pod 12-tem żebrem. Podobnie usadowił się guz i w przypadku Bouvereta.

Dalsze losy ropniaka tętniącego opłucnej mogą być różne: najczęściej ilość ropy powiększa się, guz wzrasta, skóra nad nim cieńczeje, czerwienieje i — jeżeli nie nastąpiło nacięcie — guz sam pęka i ropa odchodzi. Tętnienie jednak i wtedy nie zawsze znika odrazu. Jeśli odeszło niedużo ropy i otwór zewnętrzny ropnia jest niewielki, tętnienie może pozostać, jak to było n. p. w przypadku Arana. Po wypuszczeniu większej ilości ropy, tętnienie znika odrazu. Tak było i u chorego Mahla, który zaznacza, że »zjawisko tętnienia znikało, skoro zapomocą strzykawki nieco ropy się wypuści«.

Wreszcie w rzadkich przypadkach tętnienie zniknąć może i przed otwarciem ropnia: tak było u naszego chorego, u którego 21. XI. 1907 tętnienie było już bardzo słabe, a 22. XI., w wilię nacięcia — zupełnie znikło.

W niewielkiej liczbie przypadków następowało przebicie ropniaka do oskrzeli, przyczem po odejściu ropy z plwociną znikał guz zewnętrzny i wraz z nim tętnienie.

Gdy tedy obraz kliniczny tętniącego ropniaka opłucnej jest znany dość dokładnie, to natomiast powstawanie tego cierpienia — jego patogeneza należy do zagadnień mało wyjaśnionych i spornych, chociaż wiele umysłów nad tem pracowało i szereg przypuszczeń jest dość długi.

Dawniejsi autorzy, którzy spostrzegali tętniące ropniaki, objawu tego nie starali się wyjaśnić. Nawet Wintrich ogranicza się do wzmianki, że »tętnienie ropni, łączących się z opłucną i w pobliżu serca leżących jest objawem dość częstym«. Dopiero Traube na zasadzie dwóch spostrzeganych przez siebie przypadków stara się wykryć przyczynę tego zjawiska. Rozumowanie jego jest następujące: Serce podczas skurczu przesuwa się ze strony prawej na lewą i tym sposobem wypycha w tęż stronę i płyn, zebrany w jamie opłucnej; w prawidłowym stanie ścian klatki piersiowej opłucna ścienna z powodu swej sprężystości na wypuklenie się nie pozwala; jeżeli jednak zostanie zniszczona, wtedy, choćby nawet ropień podskórny się nie utworzył, to i tak ściana robi się podatniejszą i tętnienie powstać może. Jakoż w swych przypadkach znalazł Traube zniszczenie listka opłucnej ściennej. Niedość jednak na tem: ważny wpływ przypisuje Traube wysiękowi w osierdziu: w razie gdy serce otoczone jest warstwą płynu, ruchy jego swobodniej odbywać się mogą, aniżeli wtedy kiedy się ociera o błony, choćby zupełnie gładkie. Przy tych obszerniejszych ruchach serca i wysięk opłucnej bardziej w lewą stronę odpychany będzie, a tem samem i tętnienie łatwiej powstać może.

To zapatrywanie się Traubego podziela w zupełności i Fraentzel.

Dunin po przytoczeniu powyższych poglądów Traubego zaznacza, że nie chce uważać ich za błędne, ale twierdzi, że nie są one jedynie możebne: o wysiękach w osierdziu dawniejsi autorzy nie wspominali, a w przypadku Dunina nietylko zwiększenia ruchomości nie było, lecz przeciwnie było ograniczenie ruchów serca. Muszą więc być jeszcze inne pomocnicze warunki: do nich zalicza Dunin szybkie powiększenie się wysięku, skutkiem czego płyn pomieścić się w jamie opłucnej nie może i łatwiej ustępuje uderzeniom serca.

Poglądy Traubego nie znalazły uznania u późniejszych pisarzy i zostały zarzucone.

Większem uznaniem cieszyła się hypoteza, podana w r. 1883 przez Féréola: uważa on za główny warunek powstania tętniącego ropniaka opłucnej istnienie odmy piersiowej; zdaniem jego, »ropotok tętniący w takim jedynie razie może powstać, jeśli istnieje ograniczona odma i obfity płynny wysięk z przesunięciem serca. Kolejne rozszerzanie się i opadanie guza możliwe jest dzięki sprężystości gazu, dostępnego ściśnięciu«.

Inne przypuszczenie wypowiada Comby: sądzi on, że »bezpowietrzne i ściśnięte płuco odgrywa rolę ciała odbijającego« (tętnienie serca), dodaje jednak dalej, że nie obstaje przy swem wyjaśnieniu i gotów jest wyrzec się go, jeśli podana zostanie lepsza teorya.

Pomijając ciemną sprawę, w jaki to mianowicie sposób i dlaczego tętnienie serca ma »odbijać się« od uciśniętego płuca, nadmienić należy, że przypuszczenie Combyego mogłoby wogóle stosować się tylko do bardzo znacznych wysięków z zupełnym uciskiem płuca.

Inni autorowie, jak Rummo, Keppler wskazują ze swej strony na szereg warunków, potrzebnych do powstania ropniaka tętniącego: »ciśnienie wewnątrzopłucne, zrosty, niedowład mięśni międzyżebrowych, wzmożenie skurczów serca i t. d.«.

Dieulafoy w »Podręczniku patologii wewnętrznej«, wydanym w r. 1897, powołuje się głównie na Féréola i podaje następujące wyjaśnienie: »Ropniak tętniący rozwija się tylko przy lewostronnych zapaleniach opłucnej z odsunięciem serca na prawą stronę; obecność niewielkiej ilości gazu w jamie opłucnej stanowi, widocznie, konieczny warunek do powstania takiego ropniaka. W podanych dotąd przypadkach odma ta była o tyle nieznaczna, iż obecność jej mogła być stwierdzona tylko z pewną trudnością. Przypuszczają nawet, iż dla pochodzenia tętnienia potrzebny jest brak komunikacyi między gazem w jamie opłucnej, a zewnętrznem powietrzem, t. j. bliznowate zamknięcie otworu, początkowo łączącego jamę opłucnej ze światłem oskrzela. Nie ulega wątpliwości, że sprężystość tych łatwo uciskalnych gazów nadaje płynnemu wysiękowi ruchy faliste, wywoływane skurczami serca«.

Już jednak w rok potem w »Wykładach klinicznych«, opartych na własnych dwóch spostrzeżeniach i bogatszem piśmiennictwie, poddaje Dieulafoy krytyce pogląd powyższy, nazywając go »pociągającą teoryą«, którą jednak obala fakt, iż w wielu przypadkach ropniaka tętniącego, między innymi i w jednym przypadku samego Dieulafoy, nie można było wykryć odmy pomimo bardzo starannego badania.

W nowszej tedy swej pracy czyni Dieulafoy zarzuty krytyczne wszystkim znanym sobie teoryom o powstawaniu ropniaka tętniącego i dochodzi do wniosku, iż »patogeneza tego cierpienia pozostaje dotąd niezupełnie wyjaśniona«.

Ze swej strony uważa on za konieczne warunki powstawania tego objawu zajęcie całej lewej jamy opłucnej z obfitym wysiękiem ropnym.

Dlaczego mianowicie tylko obfity wysięk ma dawać

tętnienie, Dieulafoy nie tłomaczy; opiera się on zapewne w swem twierdzeniu wprost na materyale statystycznym, to znaczy, iż w znanych sobie przypadkach napotykał zwykle wzmianki o znacznym wysięku.

Nasz przypadek zadaje kłam bezwzględności powyższego twierdzenia Dieulafoy.

Ciekawszą jest ta okoliczność, dlaczego tylko ropny wysięk może dać tętnienie. Możnaby przypuszczać, że same własności fizyczne ropnego wysięku usposabiają do łatwiejszego przenoszenia tętnienia, tak naprzykład, jak znaną jest różnica w przenoszeniu dźwięków w wysiękach surowiczych i ropnych (*egophonia*, słyszalność szeptu). Tu jednak podkreślają nietyle właściwości samego wysięku, ile tę okoliczność, iż »w ropnym wysięku narządy przylegające ulegają pewnym zmianom, które sprzyjają przenoszeniu się uderzeń serca« (Dieulafoy). Jakie mianowicie zmiany ma tu autor na myśli, bliżej nie wyjaśnia.

Jak zawsze, zwięźle i jasno przedstawia streszczenie poglądów na patogenezę ropniaka tętniącego opłucnej Biegański w swej »Dyagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych« (wyd. r 1896): wspomina on o tem, że najczęściej bywa tętnienie przy ropnych wysiękach opłucnej, usadowionych z lewej strony, poczem dodaje: »Oprócz jednak tych warunków konieczne są jeszcze dla wytworzenia tętnienia: otorbienie wysięku z mocnem napięciem płynu w worku wysiękowym, wyraźne porażenie mięśni międzyżebrowych, co przy długotrwałych wysiękach dość często się zdarza, oraz mocna czynność serca, którego ruchy przenoszą się na wysięk otorbiony«.

Zastanawia tutaj, iż Biegański wbrew zdaniu innych autorów, a opierając się jedynie na piśmiennictwie, podkreśla fakt, który uwidocznia i nasz przypadek, mianowicie ani słowem nie wspomina on o tem, że »obfity« wysięk, a tembardziej »zajmujący całą jamę opłucną«, ma być niezbędnym warunkiem do wytworzenia tętniącego ropniaka. Przeciwnie, podnosi, jako pierwszy warunek »otorbienie wysięku«.

Z innych polskich autorów Sokołowski w swem klasycznem dziele: »Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych« poświęca następujące uwagi ropniakowi tętniącemu opłucnej: »Sprawa polega na tem, że czasem przy lewostronnych obszernych wysiękach, przemieszczających serce na prawo, występuje rytmiczne tętnienie lewej strony klatki piersiowej, całej lub jej części, izochroniczne z tętnem promieniowem. W większości przypadków jednocześnie istnieć miała przytem odma piersiowa. Wogóle, co do powstawania tej sprawy, poglądy autorów nie są zupełnie do dziś dnia zgodne. Jedni utrzymują, że do jej powstania potrzeba, aby płuco do pewnego stopnia było uprzednio stwardniałe i mocno przyrośnięte ku tyłowi, co ma właśnie warunkować ujawniające się tętnienie. Inni przypuszczają, że tętnienie to warunkuje przedewszystkiem obecność powietrza. Wreszcie autorowie niemieccy, jak Rosenbach, przypuszczają, że sprawa ta występuje wówczas, kiedy przy obecności szerokich międzyżebrzy na pewnej przestrzeni żebra i mięśnie są mocno podatne, a ich odpowiednie napięcie warunkuje tętnienie. Tętniący ropniak, jak wspomniałem, widujemy obecnie bardzo rzadko, szczególniej przy zwykłych streptokokowych ropniach opłucnej, względnie częściej jeszcze przy przewlekłych gruźliczych wysiękach ropnych«.

Ostatnia praca w piśmiennictwie europejskiem o tętniącym ropniaku opłucnej, — pióra Livierato z roku 1906 — poświęcona jest opisowi przypadku ropniaka tętniącego i warunków, w jakich to cierpienie powstaje: »Należy tu znaczna ilość płynu, który znajduje się pod wzmożonem ciśnieniem i otoczony jest napiętemi ścianami«.

Jeśli dodamy pobieżną uwagę w najnowszem wydaniu znakomitego dzieła Oslera (w opracowaniu niemieckiem Hokea 1909 roku), iż wyjaśnienia objawu tętnienia wysięku opłucnego jeszcze dotąd brak *(ist noch ausständig)*, to wyczerpujemy całe piśmiennictwo i dochodzimy do wniosku, iż jedności wśród autorów co do patogenezy tętniącego ropniaka opłucnej niema i w każdym poszczególnym przypadku szukać trzeba wyjaśnienia w warunkach szczególnych, z których najczęstsze są: ropny charakter lewostronnego wysięku mniej lub więcej obfitego, a ograniczonego ścianami mocno napiętemi; obecność w jamie opłucnej pewnej ilości powietrza; przesunięcie serca na prawo i bezpośrednie przytykanie lewej komory do worka wysiękowego; względnie silne skurcze mięśnia sercowego; podatność klatki piersiowej z niedowładem mięśni międzyżebrowych.

Patogenezę naszego przypadku stosunkowo łatwiej wyjaśnić wskutek odrębnej etyologii urazowej.

Ropniak tętniący opłucnej rozwinął się tu prawdopodobnie w sposób następujący: Chory w podnieceniu tłukł się po celce i rzucał się całym ciężarem ciała na kamienną posadzkę; jako chory na porażenie był on szczególnie usposobiony do złamań kości; pod wpływem więc tak silnego urazu, nastąpiło u niego złamanie 6. żebra z lewej strony w części kostnej nieco na wewnątrz od linii sutkowej lewej. Złamane końce żebra zraniły tkanki głębiej leżące, w tej liczbie listki opłucnej. Ropne zakażenie jamy opłucnej nastąpić mogło albo przez naczynia — gdyż jednocześnie w kilku innych miejscach wystąpiły u chorego ropnie (na łokciu, na kolanie, na stopie), albo też możliwem jest bezpośrednie zakażenie, jeśli odłamki żebra — co często bywa (Hochenegg) — zraniły samą tkankę płucną, zajętą u chorego przewlekłą sprawą nieżytową (w plwocinie stwierdzono przewagę paciorkowców, najprawdopodobniejszych winowajców wszystkich ropni w naszym przypadku).

Wobec odczynu zapalnego naokoło odłamków żebra i uszkodzonych przez nie tkanek, powstały zrosty listków opłucnej, które ograniczyły i otorbiły wysięk ropny. Opłucna zrosła się i z osierdziem (za czem przemawiają następcze objawy — wciąganie międzyżebrzy przy skurczach serca); tym sposobem uderzenia serca bezpośrednio przenosiły się na worek wysiękowy. Wyjście ropy na zewnątrz pod powłoki skórne było ułatwione przez urazowe rozstąpienie się złamanych końców żebra, co też po przecięciu ropnia można było stwierdzić naocznie, gdyż przetoka, sięgająca w głąb, szła właśnie między odłamkami żebra. Powstało »empyema necessitatis« w postaci guza zewnętrznego, któremu udzielało się tętnienie od przylegającego doń bezpośrednio i zrośniętego z nim worka osierdziowego. (Fakty podobne stwierdza między innymi Hochenegg w swej

chirurgii szczegółowej, zaznaczając, iż »wysięki ropne, leżące blizko serca, dawać mogą tętnienie«).

Czy u naszego chorego istniała i odma opłucna (ograniczona), rozstrzygnąć trudno. Badanie przedmiotowe przez dłuższy czas było uniemożliwione wskutek gwałtownego oporu chorego, później zaś, gdy wystąpił już guz tętniący, obecności powietrza w nim nie stwierdzono. Jeśli odłamki żebra zraniły i pęcherzyki płucne, możliwem było powstanie na początku odmy, która później ustąpiła i otwór, łączący jamę opłucną z płucem, mógł zarosnąć szybko, jak to często spostrzegano.

Z innych czynników współdziałających mieliśmy w naszym przypadku osłabienie napięcia mięśni międzyżebrowych, oszczędzanych przez chorego z powodu bolu; było też znaczne przesunięcie serca na prawo przez wysięk lewostronny o mocnem napięciu ścian. Słaba stosunkowo działalność serca nie przeszkodziła tu wystąpieniu tętnienia w guzie, wobec tego, że worek wysiękowy leżał tuż obok serca i był z nim zrośnięty.

Tak tedy wskutek zespołu tych okoliczności sprzyjających, ustalić można z pewnem prawdopodobieństwem patogenezę naszego przypadku.

Rozpoznanie tętniącego ropniaka opłucnej w większości przypadków nie należy do trudnych, jeśli tylko pamiętać o możliwości istnienia tego cierpienia. Błędy rozpoznawcze we wszystkich znanych mi z piśmiennictwa przypadkach były na niekorzyść ropniaka tętniącego.

Cierpieniem, najbardziej zbliżonem klinicznie, jest tętniak tętnicy głównej i z nim to najczęściej plątano rozpoznanie. Tak było w przypadku Bérarda, gdzie guz tętniący był z przodu, na lewo od mostka, w okolicy górnych żeber. Również Courbon rozpoznał tętniaka zstępującej części tętnicy głównej u chorego z guzem tętniącym w okolicy lędźwiowej pod ostatniem żebrem z lewej strony. Podobny błąd rozpoznawczy był w przypadku Bouvereta i innych wielu.

Wogóle w większości przypadków wahano się pomiędzy tętniakiem tętnicy głównej, a ropniakiem tętniącym opłucnej, należy więc ustalić objawy różniczkowe.

Sam rodzaj tętnienia wskazówek żadnych dać nie może. Wielu autorów, w tej liczbie Bouveret, Kussmaul i Müller wykazali, że tętnienie w ropniaku tętniącym nie różni się niczem od tętnienia w tętniaku, nie ogranicza się ono bowiem do tętniącego podnoszenia się i opadania guza, lecz jest również wszechstronnem, jak w tętniaku.

W rozpoznaniu tedy różniczkowem kierować się trzeba innemi wskazówkami.

I tu, jak przy opisie obrazu klinicznego odróżniać będziemy dwie postacie omawianego cierpienia: ropniak tętniący wewnątrzopłucny i tętniący ropniak przebijający (»empyema necessitatis«). W pierwszym przypadku w rozpoznaniu uwzględnić musimy przedewszystkiem początek choroby: w ropniaku mamy cierpienie płucne w tej lub innej postaci, z gorączką, kaszlem i t. d., a później objawy wysięku opłucnego, zwłaszcza przesunięcie serca na prawo, — czego nie mamy w tętniaku tętnicy głównej. Wreszcie co do głównego objawu, zbliżającego oba cierpienia — tętnienia, widzimy różne usadowienie: wysięki tętniące prawie bez wyjątku są lewostronne, gdy tętniaki »najczęściej przekraczają linię środkową ciała ku prawej stronie«; dalej wysięki zajmują zwykle dolną część klatki piersiowej, tętniaki — górną. Ważne wreszcie wskazówki daje osłuchiwanie tętniącego miejsca: w wysiękach nie usłyszymy wcale szmerów, właściwych tętniakom.

Rozstrzygające znaczenie miałoby nakłucie próbne i wydobycie ropy z tętniącego miejsca, — oczywista jednak, że zabiegu tego można dokonać tylko w tym razie, jeśli się już stanowczo wyłączyło istnienie tętniaka. Nie jest mi też znany z piśmiennictwa żaden przypadek nakłucia tętniaka wskutek błędnego rozpoznania ropniaka tętniącego opłucnej.

Jeżeli wysięk ropny dostanie się pod skórę i utworzy tętniący guz na zewnątrz klatki piersiowej, wtedy rozpoznanie staje się łatwiejszem. Prócz wszystkich powyżej wymienionych objawów różniczkowych, uwzględnić musimy też czas powstania guza tętniącego: w ropniaku tętniącym guz występuje nadzwyczaj szybko, — w ciągu kilku dni, przytem tętnienia z początku zwykle nie bywa, zjawia się zaś ono dopiero po kilku dniach. Odwrotnie — w tętniaku tętnicy głównej dla stwierdzenia wyraźnego guza trzeba znacznie dłuższego czasu: miesięcy wymaga sprawa niszcząca tkanki klatki piersiowej, zwłaszcza żebra, żeby tętniak mógł wystąpić na zewnątrz; guz taki wreszcie, gdy już zjawi się, tętni wyraźnie od samego początku.

Ważnym objawem różniczkowym jest też zachowanie się guza przy ucisku, mianowicie wysięki zmniejszają się, wtedy i może się udać nawet zupełne odprowadzenie guza do wnętrza klatki piersiowej; przeciwnie zaś w tętniaku nie da się to zrobić. Nie bez znaczenia są także zmiany guza przy kaszlu i mocnym oddechu: wysięki powiększają wtedy swą objętość, czego zwykle nie spotykamy w tętniakach.

Mimo to wszystko, jak widzieliśmy z przykładów wielokrotnie przytoczonych, wyłączenie tętniaka w rozpoznawaniu różniczkowem tętniącego ropniaka opłucnej nieraz bywa bardzo trudne.

Ciekawe jest inne jeszcze cierpienie, prócz tętniaka, na które należy zwracać uwagę przy rozpoznaniu ropniaka tętniącego.

Na klatce piersiowej można spotykać ropnie tętniące, nic wspólnego nie mające z ropniakiem opłucnej. Mianowicie, zapalenie okostnej żeber doprowadzić może do powstania ropnia, który z jednej strony zachodzi pod powłoki, wypuklając je nazewnątrz, z drugiej oddziela ścienny listek opłucnej. Ropień taki nie ma żadnej łączności z jamą opłucną, może być jednak tak usadowiony, że przenosi się nań wstrząśnienie od uderzenia koniuszkowego serca; wstrząśnienie to udziela się guzowi, leżącemu pod powłokami zewnętrznemi, który przedstawia wtedy tętnienie, zarówno jak i wahania w objętości zupełnie takie same, jak i tętniący ropniak opłucnej. Cierpienie to jest nadzwyczaj rzadkie; z autorów, którzy opracowywali sprawę tętniącego ropniaka opłucnej, wspomina o tych ropniach Dieulafoy, nadmieniając, iż »w piśmiennictwie opisano kilka podobnych przypadków«; powołuje się on przytem na prace Potaina i Peyrota.

O możliwości powstawania ropni przyopłucnych (*abscessus peripleuritici*) wspomina i Hochenegg w swym najnowszym podręczniku chirurgii szczegółowej. Powołuje

się on na spostrzeżenia Wunderlicha, Billrotha, Bartelsa i charakteryzuje je, jako »abszedierende Phlegmonen«, powstające w podopłucnej tkance łącznej pomiędzy opłucną, a ścianą klatki piersiowej. Przyczyny tego swoistego cierpienia, jak wspomina Hochenegg, są często bardzo ciemne. Po stłuczeniach i złamaniach ze stłuczenia spostrzegano ropienie krwiaka przyopłucnowego; w tych przypadkach rzadko tylko można wykazać jakikolwiek stosunek do zapalenia opłucnej lub do pierwotnego cierpienia żeber. Przebicia do opłucnej są rzadkie. Powstały ropień wypukla silnie międzyżebrza, które odwrotnie, niż przy ropniaku zapadają się przy wdechu i podnoszą przy wydechu.

Jak widzimy z powyższego streszczenia odpowiednich ustępów z dzieła Hochenegga, nic on tu nie wspomina o możliwości tętnienia tych ropni przyopłucnych, których pochodzenie przedstawia również nieco odmiennie, niż Dieulafoy.

Od tętniącego ropniaka opłucnej różnią się tętniące ropnie przyopłucne tem, że niema przy nich objawów wysięku opłucnej, jako to rozległego stłumienia, braku drżenia głosowego, przesunięcia serca na prawo i t. d.

W naszym przypadku, wobec tego, że otorbiony ropniak, który powstał w okolicy uszkodzonego żebra, był ograniczony, można byłoby myśleć właśnie o tętniącym ropniu okostnej. Jednakże z powodu wyraźnego przesunięcia serca na prawo i rozległości ropnia ze stłumieniem i zniesieniem drżenia głosowego, pozostaliśmy przy rozpoznaniu tętniącego ropniaka opłucnej, co potwierdził dalszy przebieg, mianowicie głęboko idący otwór wewnętrzny ropnia (po przecięciu), sięgający do jamy opłucnej, oraz stwierdzony zrost osierdzia ze ścianą guza tętniącego.

Po rozpoznaniu ropniaka tętniącego ustalić zawsze należy przyczynę jego, ma to bowiem doniosłe znaczenie zarówno dla rokowania, jak i leczenia.

Obecność jednoczesną odmy opłucnej z tętniącym ropniakiem opłucnej uważać należy w zasadzie za dowód istnienia gruźlicy płuc (Dieulafoy), z wyjątkiem naturalnie przypadków odmy po zabiegu operacyjnym, po urazie głęboko sięgającym lub po samoistnem przebiciu wysięku opłucnej do oskrzeli.

Ważnem jest bakteryologiczne określenie czynnika, wywołującego ropienie, a więc przedewszystkiem rozstrzygnięcie, czy plwocina chorego zawiera prątki gruźlicze, a w razie przeciwnym, jakie inne bakterye są przyczyną ropienia, zwłaszcza czy pneumokoki czy też paciorkowce.

Rokowanie stoi w ścisłym związku z wynikami badania bakteryologicznego, względnie zależy od przyczyny choroby. U osobnika gruźliczego z odmą opłucną lub bez niej — ropniak tętniący opłucnej daje tem niepomyślniejsze rokowanie, iż w takich warunkach zabiegi chirurgiczne mają niewiele widoków powodzenia, a często bywają nawet przeciwwskazane. Pneumokokowe ropniaki dają daleko lepsze rokowanie same przez się, gdyż łatwo ustępują po zabiegu operacyjnym. Natomiast w tej postaci ropniaków daleko częściej zdarzają się ogniska przerzutowe w osierdziu, na wsierdziu, oponach mózgowych i t. d., aniżeli w ropniaku wywołanym przez paciorkowce (Dieulafoy).

Leczenie tętniącego ropniaka opłucnej powinno być takie samo, jak w zwykłem ropnem zapaleniu opłucnej, to jest operacyjne. Czy się tu zastosuje tylko nacięcie klatki piersiowej, czy też i wycięcie żeber, jest to rzecz poszczególnego przypadku, w każdym jednak razie zalecić należy możliwie wczesne operowanie doszczętne we wszystkich przypadkach, w których wogóle ze względu na stan chorego dokonać jeszcze można zabiegu operacyjnego.

Jeśli operacya doszczętna jest przeciwwskazana, czy to wobec rozległej gruźlicy ogólnej i powstałego na tem tle ropniaka opłucnej, czy też wobec znacznego osłabienia chorego i t. d., ograniczyć się można do nakłucia ropniaka i wypuszczenia ropy, powtórzonego w miarę potrzeby z ewentualnem wstrzykiwaniem do jamy opłucnej — odpowiednio do osobistego poglądu operatora — jakich środków odkażających lub przyspieszających wessanie.

Chociaż jednak teoretycznie doradza się zawsze w przypadkach ropniaka opłucnej zabieg operacyjny możliwie rychły, to jednak w praktyce, wobec tętniącego ropniaka opłucnej, zwykle następuje zwłoka, właśnie z powodu obawy, że mimo wszystko okazać się tu może tętniak. Tem się objaśnia, że tętniące ropniaki zazwyczaj późno były operowane i przecinano tylko ropniaki na przebiciu (*empyema necessitatis*); istotę ropniaków tętniących bez guza zewnętrznego stwierdzano zaś dopiero przeważnie na sekcyi.

Co do naszego przypadku, to wobec tego, że ropień był ograniczony, nie mieliśmy wskazania do resekcyi żebra, tembardziej, że po złamaniu odłamki rozeszły się i otwór łączący z jamą opłucnej był dość szeroki. Zwykłe przecięcie ropnia zewnętrznego wystarczyło do jego opróżnienia, późniejsze zaś wydzielanie się cieczy ropiastej trwało 4 miesiące, aż wreszcie przetoka zasklepiła się i chorego uważać można było za wyleczonego z tej choroby.

Z następstw powstały u niego zrosty osierdzia z opłucną, (co dawało się jednak stwierdzić tylko przez pierwsze 3 miesiące), oraz znaczna bolesność w okolicy złamanego żebra, które nie zrosło się, tak że oba jego odłamki można było wyczuć do końca obserwacyi. Badanie to stale było bolesne i chory nawet w chwili opuszczania zakładu, t. j. w 9 miesięcy po chorobie nie mógł jeszcze z tego powodu sypiać na lewym boku.

Przypuszczać jednak, że pozostałości te będą miały dalsze jakie następstwa, nie mamy na razie żadnego powodu.

Tak tedy uważać możemy, że w naszym przypadku tętniący ropniak opłucnej zakończył się względnem wyzdrowieniem.

Ze spostrzeganego przez nas przypadku tętniącego ropniaka opłucnej, po uwzględnieniu całego piśmiennictwa, odnoszącego się do tej sprawy, wysnuć możemy następujące wnioski praktyczne:

1. Tętniące wysięki opłucnej należą do bardzo wielkich rzadkości klinicznych.

2. Wysięk w tych przypadkach bywa ropny i lewostronny. Wyjątki są niezmiernie rzadkie.

3. Najczęstszą postacią tętniącego ropniaka opłucnej jest guz zewnętrzny (*Empyema necessitatis s. perforans*).

4. Wbrew zdaniu, spotykanemu u większości autorów, obfitość wysięku opłucnego nie jest koniecznym warunkiem do powstania ropniaka tętniącego, gdyż tętnienie może wystąpić i przy ograniczonym wysięku otorbionym.

5. Do opisanych dotąd etyologicznych czynników, mogących wywołać ropniaki tętniące, należy włączyć złamanie żebra.

6. Patogeneza tętniącego ropniaka opłucnej nie jest dotychczas ustalona; do najważniejszych jednak warunków zdaje się należeć znaczne napięcie wysięku ropnego w lewej jamie opłucnej z bezpośrednim uciskiem na serce i przesunięciem jego na prawo.

7. W rozpoznaniu różniczkowem tętniącego ropniaka opłucnej wyłączyć należy tętniaka tętnicy głównej i ropnie tętniące klatki piersiowej.

8. Leczenie tętniącego ropniaka opłucnej jest operacyjne.

Piśmiennictwo. 1. Aran. Société méd. des hôpitaux de Paris 9. VI. 1858 t. IV., s. 91 (przyt. według Dieulafoy). — 2. Bérard. Du diagnostic dans les maladies chirurgicales, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs. Paris 1836, p. 179 (według Dieulafoy). — 3. Biegański W. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych wyd. II. 1896, s. 195. — 4. Bouveret. Traité de l'empyème 1888, s. 571 (według Dieulafoy). — 5. Comby. De l'empyème pulsatile. Thèse de Paris 1881 (według Dieulafoy). — 6. Comby. Arch. génér. de médécine IV. 1889 (według Dieulafoy). — 7. Comby. L'empyème pulsatile. Bibliothèque médicale 1895 (według Dieulafoy). — 8. Dieulafoy G. Manuel de pathologie interne X. édition 1897. Rosyjskie tłom. 1899 t. I., s. 320—321. — 9. Dieulafoy G. Clinique médicale de l'Hôtel de Paris 1897—1898. Paris 1899. Ros. tłom. 1900, s. 81—102. — 10. Dunin. Gazeta lekarska 1878 XXIV., s. 352. — 11. Eichhorst H. Lehrbuch der spez. Pathologie u. Therapie V. wyd. — Ros. tłom. 1897 I. t. s. 675 i 676. — 12. Féréol. Soc. médic. des hôpitaux 1883. Contribution à l'histoire des pleurésies pulsatiles (według Dieulafoy). — 13. Fraentzel. Ziemssen's Handb. der spez. Pathol. u. Ther. T. IV. c. II. według Dunina). — 14. Haeser H. Historya medycyny — pol. tłom. Prof. Łuczkiewicza 1886 r. — 15. Hochenegg J. Lehrbuch der speziellen Chirurgie t. I. 1907, s. 668 i 716. — 16. Jaworski W. Nauka o chorobach wewnętrznych 1904 t. II. z. 2., s. 247 (L. Korczyński). — 17. Keppler. Ueber pleuritis pulsans. Deutsches Archiv f. klin. Medicin 1887 (według Biegańskiego). — 18. Lépine. La province médicale 1896, s. 95 (według Dieulafoy). — 19. Livierato. Gaz. degli Osped. 1906 XXVII. 144 (według Schmidt's Jahrb. f. die ges. Medic. 1907 B. 295, s. 181). — 20. Mahl J. Przegląd lek. 1883 XXII., s. 291. — 21. Osler-Hoke. Handbuch der internen Medizin 1909, s. 458. — 22. Pagel. Biograph. Lexicon hervorragender Aerzte des XIX. Jahrhunderts 1901. — 23. Peyrot. Congrès franç. de chirurgie 20. X. 1907 (według Dieulafoy). — 24. Piussan. Journ. de médéc. de Bordeaux 22. VIII. 1892 (według Dieulafoy). — 25. Potain. Médécine moderne 29. XI. 1893 (według Dieulafoy). — 26. Schwalbe D. J. Grundriss der spez. Path. u. Therapie 2. Auflage. Ros. tłom. 1902, s. 243. — 27. Sokołowski A. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych t. III., s. 1906, s. 116—117. — 28. Walshe. Physical diagnosis of diseases of the lungs 1843. — 29. Wintrich. Virchow's Handb. d. spez. Pathol. u. Ther. t. IV. c. II (według Dunina).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Doc. Schade: **W sprawie tworzenia się złogów moczowych.** (*Münch. med. Wochft* Nr 1—2 1909). W pracy swej zajmuje się S. sprawą tworzenia się złogów i kamieni moczowych. Dotąd panuje mniemanie, że kamienie moczowe tworzą się wskutek wypadania soli z rozczynu wodnego, jakim jest mocz. Tymczasem wiemy, że kamienie nie są poprostu konglomeratem kryształów, ale mają właściwą sobie budowę, wspierającą się na organicznem rusztowaniu. Wypadnięcie soli z rozczynu nie może więc samo być przyczyną spółśrodkowej i warstwowej, nieraz bardzo złożonej, budowy kamienia. Moczu nie można uważać za prosty wodny rozczyn soli, bo zawiera on prócz soli także substancye koloidalne (urochrom, białko, śluz i t. p.), które sprawiają, że rozczyn moczu może być różnie wysycony, t. j. że może zawierać różne ilości soli od najmniejszych aż do tych ilości, które w takiej samej ilości czystej wody w żaden sposób z powodu nasycenia jużby rozpuścić się nie mogły. Sole są wtedy w moczu zawieszone niejako w tych substancyach koloidalnych. Jeżeli ze zwykłego rozczynu wodnego wysyconego wypadną kryształy, w takim razie mogą one każdej chwili znowu uledz rozpuszczeniu, jeżeli dodamy do nich rozczynu nienasyconego. Tymczasem utworzone już kamienie, pomimo tego, że nieraz mają zupełnie odpowiednie warunki rozpuszczania się, nietylko, że nie znikają, ale nawet powiększają się jeszcze. Przyczyną tego są właśnie substancye koloidalne, stanowiące zrąb kamieni, a mianowicie te, które przy wypadaniu zmieniają się w ciała nierozpuszczalne. W prawidłowym moczu nie ma ich, natomiast w warunkach chorobowych zjawiają się, i one właśnie wywołują tworzenie się kamieni. Należy tu przedewszystkiem włóknik. Doświadczalnie udało się S. otrzymać z moczu zapomocą włóknika twory, przypominające zupełnie kamienie moczowe naturalne. Zawartość włóknika może być przytem bardzo mała, bo nawet tylko 0,07—0,1%. Usposabia i przyspiesza tworzenie się złogów odpowiednia ciepłota i ciśnienie (np. nagromadzanie się stałe moczu w pęcherzu). Powierzchnia sztucznych kamieni jest gładka lub chropowata, zależnie od warunków, w których się te kamienie tworzą. Warstwową budowę kamieni wywołuje właśnie włóknik, który jak wiadomo ma skłonność do warstwowego układania się (złogi włóknika w jamie opłucnej, otrzewnej, w skrzepach i t. p.). Zapewne i prócz włóknika muszą jeszcze inne substancye mieć podobne własności. Powszechnie panuje mniemanie, że ciało obce w pęcherzu może stać się przyczyną wytworzenia kamienia. Nie jest to zupełnie ścisłe. Jeżeli braknie odpowiednich warunków do wytworzenia się kamienia koło ciała obcego utworzyć się mogą co najwyżej inkrustacye; ciało obce o tyle przyczyniać się może do wytworzenia się kamienia, że drażniąc pęcherz, wywołuje sprawę zapalną, a ta dopiero dostarcza materyału do zrębu kamienia. Te dane może wpłyną na udoskonalenie naszych sposobów leczenia kamicy moczowej. Dotychczasowe sposoby dążą tylko do rozpuszczania złogów, co, jak z powyższych danych wynika, jest zupełnie bezcelowe. Nasze działanie zapobiegawcze i lecznicze powinno obecnie dążyć nietylko do rozpuszczania wypadniętych soli, ale, co główniejsza, do zapobiegania wypadaniu głównych sprawców kamieni, t. j. substancyi koloidalnych, co wcale nie jest rzeczą niemożliwą, jak o tem świadczą między innemi doświadczenia K. Spiro nad wpływem pewnych ciał na zdolność krzepnięcia białka. *K.*

Bergel: **Rozkładający tłuszcz zaczyn w limfocytach.** (*Münch. med. Wochft* Nr 2, 1909). Podczas trawienia zwiększa się, jak wiadomo, liczba ciałek białych i to, jak dowiodły badania Pohla, Buriana i t. p., zwiększa się podczas dyety białkowej liczba ciałek wielojądrzastych, a podczas dyety węglowodanowej i tłuszczowej liczba limfocytów. Müller i Jochman stwierdzili, że w ciałkach wielojądrzastych znajduje się zaczyn, trawiący białko, należy więc przypuścić, że w limfocytach znajduje się zaczyn trawiący tłuszcz. Chcąc się o tem rozkładającem tłuszcz działaniu limfocytów przekonać, robił B. próby, zalewając pożywki z tłuszczami ropą gruźliczą, wysiękiem powstałym po wstrzyknięciu podskórnem tuberkuliny, miazgą ze śledziony, gruczołów limfatycznych i t. p. Z tłuszczów używał B. stearyny, palmityny, tłuszczu masła, oleju kostnego, migdałowego, oliwy, lecytyny i t. p. Trawienie okazało się najwyraźniejszem na wosku, oleju kostnym i maśle i to już po kilku godzinach. Podobne wyżarcia pożywki ukazały się po użyciu krwi z białaczki limfatycznej. Natomiast ropa »gorąca« (zawierająca ciałka wielojądrzaste) nie okazywała zaczynu, rozkładającego tłuszcz. W rureczkach włosowatych, napełnionych woskiem, włożonych pod skórę lub do jamy otrzewnej królików i świnek morskich, w 24—48 godzin stwierdzano znikanie wosku a występowanie obfite limfocytów i igiełek kwasów tłuszczowych. Może być, że tę własność limfocytów uda się nam w przyszłości wyzyskać w celach leczniczych. *K.*

Szirokogorow. **W sprawie czynności fagocytarnej nadnercza.** (*Wraczebn. Gaz.* 1908, Nr 44). Autor z polecenia Miecznikowa wykonał cały szereg doświadczeń, mających na celu sprawdzenie myśli, rzuconej przez Schaudinna o roli nadnercza w fagocytozie. Autor wstrzykiwał królikom i świnkom morskim hodowle rozmaitych mikrobów, a potem badał mikroskopowo nadnercze. Wyniki tych badań są następujące. 1) Po wprowadzeniu do krwi bakteryi można je znaleźć w wielkiej ilości w nadnerczu bądźto leżące swobodnie, bądź też pochwycone przez mikrofagi i makrofagi. W nabłonku gruczołowym

nigdy nie można było wykazać bakteryi. 2) Wobec tego nie można przyznawać nadnerczu roli narządu fagocytarnego.

Dr L. Mańkowski.

Claude i Schmiergeld. **Stan gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu w padaczce.** (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 1908, Nr 25, 26, 27). Fizyologia patologiczna padaczki jest dotychczas sprawą dość ciemną. Jednakowoż wszyscy klinicyści zgadzają się na to, że rozmaitego rodzaju zatrucia mogą wywoływać napady padaczki lub zwiększać ich częstość. Ponieważ doświadczenia dowiodły, że zwiększona działalność gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem wywiera działanie trujące na ustrój, więc zamiarem autorów było zbadać, jakie zmiany istnieją w padaczce w owych tak zwanych gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu. Materyał poczerpnęli autorowie z sekcyi 17 kobiet, dotkniętych padaczką. Do porównania służyły gruczoły osobników, zmarłych na inne choroby nerwowe. Gruczoł tarczowy makroskopowo miał mniejszą, niż zwykle, objętość i wagę, przy nierównomiernym rozwoju płatów. Co się tyczy zmian mikroskopowych, to zauważono: zmniejszenie się ilości koloidu, zwyrodnienie nabłonka, bujanie tkanki łącznej; nie było zaś objawów zapalenia ostrego. Wogóle zmiany, znalezione w tarczycy, wskazują zdaniem autorów na dystyreoidyę, jeżeli nie na hypotyreoidyę. Gruczoły przytarczyczne przedstawiały się bardzo rozmaicie: niektóre były bardzo zmienione, inne zupełnie prawidłowe i to u jednego i tego samego osobnika. W gruczołach zmienionych można było zauważyć martwicę, wybroczyny, zwyrodnienie włókniste i zanik. Przysadka mózgowa w większości przypadków była przerosła (gruczoł ważył więcej, niż prawidłowy o 0,60). Histologicznie stwierdzano zwyrodnienie włókniste. Nadnercza okazywały zmiany, które w jednych przypadkach wskazywały na zwiększoną czynność gruczołu, w drugich zaś odwrotnie — na zmniejszenie się czynności. W jajnikach kobiet zmarłych przed okresem przekwitania było uderzająco mało mieszków Graafa w okresie rozwoju, bardzo mało było też ciałek żółtych; unaczynienie słabe. Autorowie mniemają, że wyżej opisane zmiany w gruczołach możnaby postawić w pewnym przyczynowym związku z zaburzeniami czynnościowemi w padaczce.

Dr L. Mańkowski.

Medycyna wewnętrzna.

John i Valhard: **Leczenie tuberkuliną w praktyce.** (*Münch. med. Wochft* Nr 47, 1908). W czasie tego leczenia trzeba prócz odczynu gorączkowego nadzorować odczyn ogniska chorobowego w płucu (wzmożenie się ilości rzężeń, zwiększenie kaszlu), odczyn miejscowy na skórze, oraz niejednokrotnie występujący odczyn ogólny. Już z tego wynika, że ani co do dawkowania, ani co do odstępów, w jakich wstrzykiwać należy, ogólnych reguł podać nie można, w każdym razie załączona przez autora tabela daje o tych sprawach ogólne pojęcie. W tych przypadkach, w których niewątpliwie trzeba z góry źle rokować (szybkie bardzo tętno nawet przy niewielkiej gorączce) przy gruźlicy płucnej, powikłanej gruźlicą innych narządów, najlepiej od wstrzykiwań odstąpić. Wysokość natomiast gorączki nie stanowi przeciwwskazania, przeciwnie tuberkulina okazuje się nieraz jedynym sposobem zwalczenia gorączki. W rachubę wchodzą tu oczywiście różne przetwory. Nowa tuberkulina ma jednak tę wyższość nad starą (Kocha, Beranecka, Denysa), że nawet u wysoko gorączkujących chorych ze skutkiem stosowana być może.

Dr M. Godlewski.

Mayer. **O odporności bakteryi typu paratyfus B. w wysuszonych odchodach ludzkich.** (*Münch. med. Wochft* Nr 43, 1908). Z doświadczeń autora wynika, że bakterye paratyfusu mogą w stanie wysuszonym zachowywać żywotność przez $1\frac{1}{2}$ roku, natomiast prątki durowe w tych samych warunkach giną już po 3 miesiącach. Okoliczność ta tłómaczy fakty niezwykle długiego nieraz trwania jednej epidemii paratyfusu.

Dr M. Godlewski.

Stäubli: **Przyczynek do wykrycia pasorzytów we krwi** (*Münch. med. Wochft* Nr 50, 1908). Przeszkodę, którą w tego rodzaju badaniach stanowią liczne ciałka czerwone, usunąć można wedle autora przez rozcieńczenie przynajmniej dziesięciokrotne krwi w rurce włoskowatej (poprzednio wymytej rozczynem 3% kw. octowego), zapomocą 3% rozczynu kwasu octowego. Po odcentryfugowaniu znajdą się w osadzie, prócz jąder ciałek białych, ewentualnie we krwi krążące bakterye.

Dr M. Godlewski.

1) Teissier i Tanon. **Ciśnienie krwi w płonicy u osób dorosłych.** (*Journ. de phys. et path. génér.* 1908, Nr 3).
2) Nobecourt i Tixier. **Ciśnienie krwi w płonicy u dzieci** (*ibidem*). Autorowie podają szczegółowo opis 35 spostrzeżeń, w których ciśnienie krwi mierzono na tętnicy promieniowej zapomocą sfigmomanometru Potaina. Ze spostrzeżeń tych wynika, że u osób dorosłych w płonicy, jak i w innych chorobach zakaźnych, ciśnienie krwi obniża się. W każdym razie wpływ obniżający płonicy jest daleko mniejszy, niż duru brzusznego. Obniżenie to spostrzega się bardzo wcześnie już w czasie wysypki. Dyeta (zwykła, bezsolna, mleczna), jak się zdaje, niema wpływu na zmianę ciśnienia. W postaciach prawidłowych i lekkich płonicy stopień spadku ciśnienia nie jest w związku przyczynowym z podniesieniem się ciepłoty i przyspieszeniem tętna. W postaciach ciężkich, gdzie spadek ciśnienia jest daleko silniej zaznaczony, wzrasta on z podniesieniem się ciepłoty i przyspieszeniem tętna. Spadek ciśnienia utrzymuje się rozmaicie długo, od dni 6 do 40. Wszelkie powikłania płonicy nie wywierają, jak się zdaje, żadnego wpływu na ciśnienie. Zdarza się to tylko rzadko w przypadkach późnego zapalenia nerek z wielką ilością białka. Autorowie sądzą, że spadek ciśnienia ma takież same znaczenie objawowe i przepowiednie (prognostyczne), jak i przyspieszenie tętna i wysokość gorączki. Jednakowoż wielki i nagły spadek ciśnienia rokuje źle.

Badania Nobécourta i Tixiera, robione u dzieci w wieku od 2—16 lat, potwierdzają wyniki poprzednich autorów i poniekąd pogłębiają je. Wszystkich spostrzeżeń zebrali N. i T. 33, w tej liczbie w 30 przypadkach, poczynając już od 1—3 dnia choroby. Z tych 30 przypadkach u 15 dzieci ciśnienie krwi było na 8. dzień choroby obniżone w stosunku do ciśnienia w początku choroby; u 11 dzieci ciśnienie zostało bez zmiany, u 4 było wyższe. W 2-gim tygodniu choroby ciśnienie krwi w pierwszej grupie jeszcze więcej spadło; spadło też u 7 dzieci z grupy drugiej i u jednego dziecka z grupy trzeciej. Tym sposobem w ciągu pierwszych 16 dni choroby spadek ciśnienia zauważono u 23 dzieci z 30. W 3-cim tygodniu choroby ciśnienia krwi niższe, niż w początkach choroby, zauważono tylko u jednego dziecka; u 8 było takie same; u 18 wyższe. Dyeta, o ile można było zauważyć, nie wywierała żadnego wpływu na ciśnienie. Autorowie wysnuwają z tego wszystkiego wniosek, że w pewnej ilości przypadków płonica w początku choroby wywołuje podwyższenie ciśnienia, ale już poczynając od 2-go tygodnia, wpływ ten znika. Wobec tego więc podwyższenie ciśnienia przy popłoniczem zapaleniu nerek należy przypisywać temu powikłaniu, ale nie samej płonicy.

Dr L. Mańkowski.

Friedjung: **O częstości i czynnikach wywołujących zmazy u człowieka zdrowego.** (*Münch. med. Wochft* Nr 51, 1908). Obawa częstych zmaz (polucyi) jest, zdaniem autora, przesadzona. Nie odpowiada też istocie rzeczy przypuszczenie, że polucye tylko wtedy nie są szkodliwe, jeżeli występują nie częściej, niż co 3 lub 2 tygodnie. Nawet znacznie częstsze ich występowanie przechodzi bez szkody. O wpływach, które zwiększają lub zmniejszają ich częstość, nie wiemy prawie nic.

Dr M. Godlewski.

Ehret: **W sprawie starczego znieczulenia.** (*Munch. med. Wochft* Nr 51, 1908). Znieczulenie to przypomina znieczulenia w przebiegu nerwic. Zależy ono od starczych zmian tak w układzie nerwowym ośrodkowym i obwodowym, jakoteż od zmian w skórze. Starcze zmiany w naczyniach nie pozostają tu też prawdopodobnie bez wpływu.

Dr M. Godlewski.

Pedyatrya.

Czerny: **O skazie wysiękowej.** (*Monatsschrift f. Kinderh.*, T. V, Nr 5, 1908).

W niniejszej pracy autor zwraca uwagę na stosunek między psycho- i neuropatyą, a skazą wysiękową. Przedewszystkiem daje się stwierdzić, że dzieci nerwowych rodziców rzadko kiedy są wolne od objawów skazy wysiękowej. Następnie częstokroć już u niemowląt z objawami omawianej choroby występują również objawy ze strony układu nerwowego. Tak np. u niektórych dzieci z ogniopiórem, lub ognikiem *(strophulus)* występuje nadzwyczaj silne swędzenie, u innych zaś daje się stwierdzić prawie zupełny brak tego objawu. U pierwszych jednocześnie występują i inne objawy ze strony układu nerwowego, jak: nadmierna bojaźliwość, bezsenność i t. d. O związku pewnych objawów skazy wysiękowej z podrażnieniem określonych splotów nerwowych świadczy dalej fakt, że niektóre objawy, jak wyprysk, ustępują wtedy dopiero, kiedy uda się nam zmienić warunki życia dziecka (wyjazd na letnie mieszkanie, pobyt w sanatoryum morskiem); inne zaś objawy występują pod wpływem psychi-

cznych wzburzeń, lub podrażnień określonych splotów nerwowych; wiadomo n. p., że ognik u niektórych dzieci powstaje po spożyciu jaj, u innych możemy umyślnie wywołać zjawienie się tego objawu przez włożenie trykotów, lub koszuli wełnianej.

Co do pozostałych objawów, nie posiadamy podobnych ścisłych spostrzeżeń, świadczących o związku tych objawów z układem nerwowym, jednak i tutaj niejednokrotnie daje się stwierdzić ten związek; wzmożone pocenie się tych dzieci występuje często po wzburzeniu psychicznem; w powstawaniu objawów ze strony nosa, gardła, neuro- i psychopatya gra również pewną rolę, o czem świadczy fakt, że u niektórych nerwowych dzieci przekrwienie i obrzęk błony śluzowej nosa występuje po wzburzeniu, wywołanem gniewem, strachem, rozczarowaniem itd. Stwierdzenie związku między objawami skazy wysiękowej a układem nerwowym ma wielkie znaczenie przy leczeniu omawianego cierpienia, gdyż tylko wtedy możemy spodziewać się pomyślnego wyniku leczenia, jeżeli będziemy leczyli nietylko skazę wysiękową, lecz również zazwyczaj występującą jednocześnie z nią psycho- i neuropatyę. *Wl. Schoenaich.*

H. Kowarski: **O krzywicy** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Ergänzungsheft,* 1908).

Autor opiera swoje poglądy na materyale ambulatoryjnym w szpitalu św. Jakóba w Wilnie. Przez okres dwuletni z 3681 dzieci do lat 15 u 1000 zanotowano krzywicę, czyli w 27%; u chrześcian w 25%, u żydów w 31% przypadków. Najczęściej występowała krzywica u dzieci od 6 miesięcy do 2 lat. Od marca do sierpnia spostrzegano nieco więcej przypadków krzywicy, niż w miesiącach zimowych; najwięcej ciężkich przypadków było w kwietniu i maju. W 71% wszystkich przypadków krzywicy stwierdzono niehigieniczne mieszkania (wilgotne i ciemne); 76% dzieci było karmionych piersią lub karmionych pożywieniem mieszanem. Z objawów krzywicy najczęściej występował różaniec (90%), zwiększenie czaszki (28%) i spóźnione zarośnięcie ciemiączka (25%); powiększenie śledziony (9·7%), poty (33%). Do objawów nerwowych krzywicy zalicza autor i kurcz głośni i drgawki, zwraca również uwagę na objaw, nie opisywany dotąd, — bolesność przed oddawaniem moczu (*dysuria spastica*), spotykaną w 0,5% przypadków. W leczeniu krzywicy zaleca autor fosfor z tranem; przetworów grasicy i nadnercza nie stosował. Spermina nie dała dodatnich wyników. *Dr Mogilnicki.*

Gamaleja. **O drobnoustroju płonicy.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 40). W 25 przypadkach płonicy stwierdził autor istnienie drobnoustroju, któremu nadał miano »Lynanthozoon scarlatinae«. Drobnoustrój należy do pasorzytów zwierzęcych i ma zdolność tworzenia kolonii. Klasyczną postać drobnoustroju przedstawia »Myosotis«, pośrodku kulka, otoczona ściśle geometrycznem kołem z 5 kulek. Stałość i prawidłowość wyżej opisanej postaci zdaje się zależeć od grubej torebki, otaczającej wszystkie 6 kulek. Pasorzyta spotyka się w skórze, w gardle i w narządach wewnętrznych. Na preparatach drobnowidowych spotyka się pasorzyta zarówno leżącego swobodnie, jakoteż w wielojądrzastych ciałkach białych. *M. Michałowicz.*

L. Kuttner. **O częstości wrzodu dwunastnicy u dzieci do lat 10.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 45). Autor uważa za mylne powszechnie przyjęte zdanie, że wrzód dwunastnicy jest chorobą bardzo rzadką. Świeżo ogłoszone statystyki 4 amerykańskich i angielskich autorów podają liczbę operowanych przez nich osobiście przypadków na 398. Statystyka zakładu patologicznego w Kiel wykazuje, że wrzód dwunastnicy spotyka się w 0,44% badań pośmiertnych. Statystyka Collina z 1894 r. obejmuje 279 przypadków, z tych 42 przypadki przypada na dzieci, z których 17 na dzieci w pierwszym roku życia. Sam autor podaje historyę choroby i wyniki badania pośmiertnego dwojga dzieci: 1-miesięcznego i 4-letniego dziecka. Przyczyny cierpienia są u osesków różne, najczęstszą przyczyną bywa zakrzep żyły pępkowej, nadmierna kwaśność soku żołądkowego, prątek okrężnicy.—Obecny podczas dyskusyi Finkelstein zwraca uwagę na nader częsty związek wrzodu dwunastnicy z zanikiem ogólnym dziecięcym; zdaniem jego wrzód stoi w związku z zanikiem i ze zmniejszeniem się odporności nabłonka jelit. *M. Michałowicz.*

T. Glaser. **Grzybek strzygący** (*trichophytie*) **głowy u dzieci.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 45). Opis paru przypadków rzadkiej w Niemczech choroby grzybka strzygącego. *M. Michałowicz.*

L. Huismans. **Dwa przypadki śmierci wskutek ucisku narządów sąsiednich przez grasicę.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 45) Że śmierć została w danych przypadkach wywołana mechanicznym uciskiem przez grasicę, świadczą zdaniem autora niezwykle wielka grasica, obrzęk mózgu, wskazujący na ucisk górnej żyły głównej (v. cav. s.), niezwykłe skrzepy w lewym przedsionku i lewej komorze i silny obrzęk płuc, świadczący o zastoju w żyłach płucnych. *M. Michałowicz.*

F. Schleissner. **W sprawie wiązania komplementów przy płonicy.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 40). Autor dokonał 20 badań u dzieci chorych na płonicę; we wszystkich przypadkach rozpuszczanie się krwinek czerwonych wypadło dodatnio. Dokonane jednocześnie badania Jochmanna, Töpfera, Boasa i Hanga dały wszystkie ten sam wynik. Wstrzymanie rozpuszczania się krwinek czerwonych zależy tylko od złego odczynnika. Płonica nie daje odczynu Wassermanna. *M. Michałowicz.*

Otto Aronade i Albert Fuchs. **Wpływ przekrwienia biernego na miejscowy odczyn tuberkulinowy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 50). Dokonane w 90 przypadkach badania stwierdziły, że przekrwienie, wywołane zastosowaniem opaski gumowej lub bańki, pociąga za sobą przekrwienie wyraźne nakłuć igłą Pirqueta, o ile one dały poprzednio dodatni odczyn tuberkulinowy. Nakłucia kontrolujące w powyższych przypadkach nie wykazały przekrwienia. Takiż sam wynik dały badania nad przekrwieniem miejsc, gdzie poprzednio wcierana była maść tuberkulinowa Moro. *M. Michałowicz.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIV. Posiedzenie naukowe w d. 18. grudnia 1908.

Przewodniczący poświęca kilka gorących słów pamięci ś. p. kol. Barzyckiego i Badera. Następuje wybór członków komisyi-matki. Dr Ziembicki W. z ramienia komisyi bojkotowej przedstawia mikroskop franc. firmy Verick (obecnie Stiassny) i polarymetr Friča z Pragi.

I. Dr Wyhowski *a)* przedstawia **próbę fenolftaleinową.** Polega ona na dodaniu do wodnoalkoholowego dowolnego roztczynu fenolftaleiny kroplami 5% ługu sodowego, poczem występuje zabarwienie fioletowe z odcieniem purpurowym. W. przedstawia ten odczyn w moczu chorego po zażyciu 4 tabletek purgenu. Fakt ten świadczy o wessaniu się tego składnika w przewodzie pokarmowym. W dyskusyi Dr Ziembicki W. podaje, że zauważył objawy zatrucia w jednym przypadku po zażyciu dużej ilości purgenu. *b)* Dr Wyhowski mówi: **O znaczeniu nitroprusydkowego odczynu Arnolda.**

II. Dr Ziembicki W. mówi **o ilościowem oznaczaniu białka** w moczu i innych płynach, w szczególności o nowym odczynniku, jaki do tego celu podał Tsuchiya. Odczynnik ten nadaje się bardzo do codziennego użytku. — W dyskusyi przemawiali: Dr Hornowski i prym. Pisek.

III. Prof. Wiczkowski: **Polyserositis** (na podstawie 35 przypadków, spostrzeganych na oddziale wewn. II. szpitala powsz. we Lwowie). W. stara się wykazać w swej pracy, że *polyserositis serosa* występuje na tle gruźliczem i że ze względu na znamienne cechy zasługuje na osobny poddział w dziale gruźlicy. W wywodach swych oparł się W. na 4 przypadkach sekcyjnych i 30 klinicznie spostrzeganych, nadto przedstawia jedną chorą. Omawia krytycznie ogólny obraz choroby, a więc dane wywiadowe, objawy ogólne i szczegółowe, podstawy rozpoznania, opierające się także na badaniach chemiczno-mikroskopowych i bakteryologicznych, podaje rozpoznanie różniczkowe, sposób leczenia i roztrząsa istotę choroby. W. stara się dowieść, że w tej chorobie jest wyłącznie zajęty tylko narząd chłonny, a więc błony surowicze i gruczoły, że choroba tylko tym szlakiem prowadzi dzieło zniszczenia, oszczędzając do końca życia główne etapy prątka gruźliczego, t. j. narząd oddechowy i pokarmowy. W. uważa przeto zapalenie błon surowiczych za skutek działania nie prątków, ale ich endotoksyn.

Dyskusya: Prof. Gluziński zaznacza, że dziś już ogólnie zgadzamy się na tło gruźlicze tej sprawy: nowa myśl, tu poruszona, to wrota wtargnięcia sprawy G. podnosi młody wiek i częstsze występowanie sprawy tej u kobiet, gdzie bramą wejścia niejednokrotnie może być narząd płciowy. Końcowe objawy nie muszą być takie, jak je przedstawia prelegent. Jedni chorzy zgłaszają się ze zwężeniem jelit, inni z marskością wątroby, nie-

domogą serca i t. p. Ze prelegent w płynach badanych nie znajdował prątków, to niczego nie dowodzi. W końcu zauważa G., że nie wszystkie przedstawione przypadki uważałby za sprawy pochodzenia gruźliczego i wspomina wreszcie o leczeniu. — Dr Stauber wspomina o pokrewieństwie tej sprawy z zołzami, sprawy, którą Czerny nazywa *diathesis exsudativa*. — Prof. Raczyński uważa ją za dziecięcą postać gruźlicy u dorosłych. Skazę wysiękową (*diathesis exsudat.*) uważa za sprawę inną. Co do toksyn gruźliczych, to R. nie porównywałby ich z jadem błoniczym, jak to czyni prelegent. — Dr Ziembicki W. zgadza się z Prof. Gl., że nie należy operować zapaleń otrzewnej w tej sprawie u gorączkujących. Co do inoskopii, to przekonał się kilkakrotnie, że nie jest ona sposobem bardzo pewnym. — Dr Nowicki zaznacza, że *polyserositis* i jej tło już oddawna znane są anatomowi. Gdy w początkowych okresach rzeczywiście niejednokrotnie wykazanie zmian gruźliczych jest bardzo trudne, to w okresach dalszych już bardzo często się je stwierdza. Sprawa przypomina w wysokim stopniu gruźlicę dziecięcą. Zajęcie narządu płciowego przy zajęciu otrzewnej przy *polyserositis* spotykamy nierzadko. — Dr Hornowski co do inoskopii nie może się zgodzić z poprzednimi mowcami. Metoda ta daje bardzo dokładne wyniki, musi być tylko dokładnie wykonana.

Nowicki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 17. listopada 1908 r.

1) Anastazy Landau wygłosił rzecz, napisaną przez siebie i Tadeusza Wilczyńskiego pod tytułem: **Badania doświadczalne nad powstawaniem obrzęków w zapaleniu nerek.** Autorzy przeprowadzili szereg doświadczeń na królikach, u których zapomocą podskórnych wstrzykiwań azotanu uranu wywoływali ostre zapalenie nerek z obrzękami; zwierzętom jednocześnie wlewano do żołądka rozczyny soli kuchennej, mocznika, fosforanu sodu, oraz czystą wodę. Wytyczne punkty poszukiwań, przeprowadzonych przez autorów, streścić się dają w następujący sposób: 1) Czy dodanie do wlewanej zwierzętom wody krystaloidów wpływa na natężenie obrzęków, a zwłaszcza, jakie jest pod tym względem działanie soli kuchennej i mocznika? 2) Czy narządy mogą nagromadzić w sobie pewien nadmiar chloru bez wody i jaki jest ewentualnie zakres owej historetencyi? 3) Czy między wydzielaniem, resp. zatrzymywaniem się wody i soli kuchennej zachodzi jakaś równoległość? Z badań autorów wynika przedewszystkiem, że wprowadzanie nadmiernych ilości soli kuchennej w zapaleniu nerek jest czynnikiem bezwarunkowo szkodliwym, albowiem chlorek sodu niedomogę nerek powiększa i stopień obrzęków potęguje. Zatrzymanie soli kuchennej w ustroju nie jest jednak w mechanizmie powstawania obrzęków warunkiem niezbędnym, gdyż obrzęki występowały również u królików, u których stosowano czystą wodę, przy minimalnym dowozie Cl z pokarmami (najwyżej 0,3 NaCl na dobę). Dalej stwierdzili autorzy, iż powiększonej ilości NaCl w narządach towarzyszy stale wzmożona ilość wody, resp. limfy, wskutek czego L. i W. odrzucają teoryę o zatrzymywaniu się suchego chloru w narządach, czyli t. zw. historetencyę w ścisłem tego słowa znaczeniu, i twierdzą, iż nadmiar soli kuchennej w narządach daje się wytłómaczyć ich obrzękiem. Wydzielanie, resp. zatrzymywanie NaCl i wody są to, zdaniem L. i W., sprawy od siebie w znacznym stopniu niezależne, gdyż w doświadczeniach autorów zawartość NaCl w krwi i sokach ulegała wybitnym wahaniom, zależnie od jego dowozu.

Halpern sądzi, że wyniki badań autorów nie są dosyć przekonywające i nie dadzą się bezpośrednio przenieść na patologię ludzką. Autorzy twierdzą, że zatrzymywanie wody odgrywa w powstawaniu obrzęków pierwotną rolę, a zatrzymanie chlorków wtórną; jednakże niektóre fakty kliniczne niewątpliwie przemawiają za czynną rolą zatrzymania chlorków. Do takich faktów zaliczyć przedewszystkiem należy znane badania Widala, który, dodając sól kuchenną do niezmienionej dyety, zdołał dowolnie parokrotnie wywoływać obrzęki u chorych na nerki i przeciwnie usuwać je przez wyłączenie soli z dyety. Liczne badania rozmaitych autorów, jakoteż własne badania Halperna wykazują prawie stale prawidłową ilość chlorków we krwi chorych na nerki. Dane, zebrane przez klinikę, zdaje się, przemawiają za istnieniem historetencyi soli kuchennej. Gdyby istotnie sól kuchenna zatrzymywała się w ustroju jedynie w postaci płynu obrzękowego, to chorzy, tracąc nadmiar zatrzymanych chlorków w okresie dechloruracyi, powinniby tracić jej tyle, aby ostatecznie ujawniła się utrata płynu w zawartości soli kuchennej 0·6—0,8% (tyle bowiem soli zawierają przeważnie płyny obrzękowe). W miarę utraty wody zauważamy w tych razach utratę na wadze: z chwilą ustalenia się wagi ciała powinna wystąpić równowaga chlorowa. Tymczasem liczne badania, między innemi i własne doświadczenia Halperna wykazują, że chorzy na nerki tracą zazwyczaj znacznie więcej chlorków, niżby odpowiadało zawartości ich w płynach obrzękowych nawet 0,8%-owych. Obliczanie wykazywało nieraz utratę płynów w znacznie większej zawartości chlorków, 3—4, a nawet do 7%. To dowodziłoby, że poza płynami obrzękowymi w najszerszem tego słowa rozumieniu, istnieje jeszcze pewien nadmiar chlorków, prawdopodobnie w tkankach. W jakiej postaci zatrzymuje się ten nadmiar soli kuchennej, tego nikt jeszcze nie rozstrzygnął. Podnieść jeszcze w końcu trzeba, że zachowanie się chlorków u królików i u ludzi może być choćby z tego względu różne, że króliki pod względem spożywania soli kuchennej znacznie się różnią od innych zwierząt i ludzi.

Stanisław Mutermilch podnosi, że nie można wyników doświadczeń na królikach przenosić w całości na patologię ludzką. Sprawa chorobowa, powstająca u królików w nerkach po wstrzyknięciu soli uranu, nie da się utożsamiać z cierpieniem przewlekłem, jakiem jest choroba Brighta u ludzi. Mowca podaje w wątpliwość, czy zebrane przez autorów fakty mogą przemawiać przeciw historetencyi soli kuchennej. Zatrzymanie się w ustroju NaCl, oraz zatrzymanie się wody, są zjawiskami mniej lub więcej ściśle od siebie zależnemi, ponieważ ustrój dąży do zachowania pewnego stałego zgęszczenia swoich cieczy, jak surowicy krwi, limfy i t. p. Dlatego też wszędzie tam, gdzie pierwotnie zatrzymuje się w ustroju woda, bez względu na przyczynę powstawania obrzęków, zatrzymaniu ulega również NaCl w ilości niezbędnej do zachowania prawidłowego zgęszczenia jonowego cieczy ustrojowych, — i odwrotnie pierwotne zatrzymanie się NaCl prędzej lub później wywołać powinno zatrzymanie się pewnej ilości wody, aczkolwiek dwie te sprawy niekoniecznie muszą w danym okresie czasu przebiegać ściśle równolegle. Zasadniczem pytaniem w sprawie zachowywania się chlorków u chorych na zapalenie nerek jest, czy chlorki zatrzymują się w ustroju pierwotnie, t. j. bądź wskutek niedomogi wydzielniczej nerek względem chlorków, bądź wskutek czynnego pierwotnego zatrzymania ich przez tkanki, czy też wtórnie, dzięki niedostatecznemu wydzielaniu się wody przez nerki. Za teoryą historetencyi przemawiają między innemi spostrzeżenia kliniczne, gdzie po zastosowaniu dyety bezchlorowej następuje dechloruracya, znacznie przewyższająca tę ilość NaCl, jaka odpowiada ilości wydzielonej wody (t. j. moczu). Że pierwotne zatrzymywanie się NaCl w tkankach jest możliwe, dowodzą przypadki chorób zakaźnych, gdzie powstaje znaczne zatrzymanie się chlorków bez jednoczesnego widocznego zatrzymywania się wody. Mowca sądzi, że autorzy nie rozstrzygnęli, co jest istotną, pierwotną przyczyną zatrzymywania się chlorków, t. j. czy zatrzymują się one wtórnie, czy też pierwotnie. Przyszłość pokaże, czy pytanie to uda się kiedykolwiek rozwiązać zapomocą doświadczeń na zwierzętach.

Rzętkowski zaznacza, że wyniki doświadczeń L. i W., o ile dotyczą udziału NaCl w powstawaniu obrzęków, są zgodne z tem, o czem poucza spostrzeganie kliniczne. Co się zaś tyczy historetencyi, to wnioski autorów, obalające ją, są w sprzeczności z kliniką, która dostarcza poważnych, choć nie bezpośrednich dowodów zatrzymywania NaCl. Tu mowca przytacza własne spostrzeżenie, dotyczące zachowania się przemiany chlorowej. Badana chora utraciła około 10 kg wagi w przeciągu 8 dni. Płyny obrzękowe zawierają około 0,4—0,5% NaCl, t. j. 4 grm na 1000. Stąd też utrata 10 kg wagi płynu obrzękowego, równoważną być powinna utracie 40 grm NaCl. Chora spożywała dziennie około 1700 grm mleka (około 0,2% NaCl), czyli spożyła przez te 8 dni około 35 grm NaCl, wydzieliła zaś 259,6, bilans przeto ujemny chlorowy przedstawia się tu w postaci około 224 grm, które uległy zatrzymaniu, t. j. z górą 5 razy więcej, niż to przypada na NaCl rozpuszczone w obrzęku (40 grm). Jeżeli przypuścimy, że w płynie obrzękowym uległo zatrzymaniu istotnie 40 grm NaCl, to 224—40, czyli 187 musiało uledz zatrzymaniu gdzieindziej, nie w płynie, t. j. w tkankach. Jeżeliby uznać, że i te 184 grm uległy zatrzymaniu w postaci obrzęków, które chora utraciła, to chora powinnaby utracić na wadze w tym 8-dniowym okresie dechloruracyi nie 10 kgrm, lecz $10 + {}^{184}/_{4}$, t. j. 56 klg, stała zaś jej waga wynosiła około 66—68 kg. W ten sposób, rozciągając poglądy L. i W. na klinikę, musielibyśmy dojść do absurdu. Tego rodzaju liczne już doświadczenia przemawiają na korzyść historetencyi NaCl. Za tem przemawia też zjawisko zatrzymania NaCl

bez zatrzymania płynów, bez wzrastania wagi, w t. zw. okresie przedobrzękowym. Atoli wyniki badania L. i W., chociaż nie znajdują zgoła potwierdzenia w klinice, są jednak rzeczywiste i nie pozwalają na wyciągnięcie innych wniosków, niż te, do jakich autorowie doszli. Skąd ta sprzeczność? Najprawdopodobniej stąd, że ostrego zapalenia nerek uranowego u królików nie można porównywać z zapaleniem nerek u ludzi.

Dunin sądzi, iż do nauki o obrzękach, dotąd zagmatwanej, wprowadzenie przez Widala teoryi nieprzepuszczalności nerek dla soli kuchennej było czynnikiem jasnym i prostym; historetencyi soli należy przyznać rolę bardzo poważną. Doświadczenia prelegentów nie przeczą faktom z kliniki. Historetencya na człowieku jest udowodnioną.

Wilczyński wyjaśnia, że wyniki pracy jego i Landaua nie są bynajmniej w sprzeczności z kliniką. Nie można przypisywać wyłącznej, a nawet głównej roli chlorkowi sodu w powstawaniu obrzęków w zapaleniu nerek, choćby już z tego względu, że nawet zwolennicy chlorowej teoryi przyznają, że niezawsze powstaje zatrzymywanie przy powstawaniu obrzęków, a następnie często widuje się w popłoniczem zapaleniu nerek, że chorzy od pierwszego dnia choroby pozostają na dyecie mlecznej, a więc bezchlorowej; gdy zaś następnie dostaną zapalenia nerek, obrzęki występują u nich nieraz bardzo znacznie. Trzeba więc w myśl teoryi Lichtheim-Cohnheima główną rolę w powstawaniu obrzęków przypisywać naczyniom podskórnym, czy to będzie ich wzmożona przepuszczalność, czy też zaburzenia krążenia. *J. L.*

W sprawie wyparcia obcych przetworów i narzędzi lekarskich.

Sprawozdanie krakowskiego »Komitetu popierania krajowego przemysłu lekarskiego«.

Bojkot wyrobów pruskich z zakresu przemysłu lekarskiego napotyka liczne trudności i to w tym stopniu, że nareszcie da się przeprowadzić tylko częściowo; natomiast widoki na przyszłość byłyby pomyślne, gdyby przedewszystkiem lekarze wytrwali w zamiarze i energii, gdyby nie zniechęcali się pierwszemi trudnościami, które z natury samego przedsięwzięcia muszą istnieć.

I. Bojkot w dziale farmaceutycznym przedstawia najszersze pole i przyniósłby największe korzyści; niestety, jest on najtrudniejszy do przeprowadzenia: ze strony lekarzy stoi na przeszkodzie nabyta podczas studyów wiedza, będąca u nas pod wpływem nauki niemieckiej, jednostronne u nas informowanie się w piśmiennictwie niemieckiem, wreszcie przyzwyczajenie się do stosowania w praktyce przetworów niemieckich. Ze strony zaś aptekarzy utrudniają bojkot wytworzone już długoletnie stosunki handlowe prawie wyłącznie z firmami niemieckiemi, utarte w ciągu lat drogi, uzyskane dogodności i zobowiązania kredytowe itd. Jednym z powodów prawdziwie zdrożnych, utrudniających bojkot przetworów niemieckich, jest polecanie przez lekarzy »specyfików«; nie mówimy tu o przetworach opatentowanych, lecz o takich lekach, jak przetwory żelaza, tran w zawiesinie itd. Metoda ta jest pod każdym względem zdrożna, bo ze stanowiska terapeutycznego utrudnia indywidualizowanie chorych, przyzwyczaja laików do nabywania leków bez pośrednictwa lekarza, a aptece nadaje charakter sklepikarskiego biernego pośrednictwa między fabryką a odbiorcą. Lecz przytoczone sposoby bojkotowania niemieckich przetworów leczniczych nie przyniosłyby wybitnych korzyści, gdyby przyszło na nich poprzestać: nie byłby to stały dokonany zwrot w tej sprawie. Gruntowną zmianę stanowiłoby założenie po myśli magistra farmacyi p. Bolesława Jawornickiego hurtownego składu aptecznego (centralnej drogueryi), zaopatrzonej w przetwory fabryk niemieckich. Mamy podstawę utrzymywać, że znalazłby się bez trudu człowiek do takiego przedsiębiorstwa uzdolniony, jak również, że znajdzie się kapitał zakładowy, jeśli przedsiębiorstwo znajdzie w kraju poparcie. Rękojmię taką mógłby dać Wydział krajowy, gdyby zobowiązał się zaopatrywać wszystkie szpitale krajowe w leki z takiego »centralnego składu«. Pewny, stały i tak poważny odbiorca usunąłby wszelkie ryzyko tak pomyślanego przedsiębiorstwa, przeciwnie — byłby to nader zyskowny interes, który wiedeńskiej drogueryi zapewnił i przysporzył wielkie korzyści pieniężne. Wydział krajowy mógłby zobowiązać »centralną drogueryę«, ażeby utrzymywała na składzie wszystkie przetwory farmaceutyczne, wyrabiane w kraju, zwłaszcza w pracowniach chemicznych Królestwa Polskiego, oczywiście — o ile dobroć ich dorównywa przetworom fabryk zagranicznych. Tym sposobem wytworzyłaby się podstawa do zapoczątkowania własnego przemysłu aptecznego, i to byłby najwyższy szczyt i ostateczny cel bojkotu, gdyby powiodło się zastąpić przetwory farmaceutyczne niemieckie nie wyrobami innych fabryk zagranicznych, lecz produktami własnego przemysłu.

II. W sprawie bojkotowania uzdrowisk i zdrojowisk niemieckich referent tego działu, Dr Maryan Godlewski, oparł się na zestawieniu zdrojowisk niemieckich z polskiemi, dokładnie opracowanem przez Dr H. Dobrzyckiego; z tego zestawienia każdy lekarz może wysnuć praktyczne wnioski przy polecaniu leczenia balneo-terapeutycznego. Zestawienie Dra H. Dobrzyckiego było w ciągu roku 1908 ogłoszone w kilku czasopismach, a umieścił je w całości »Kalendarz lekarski krakowski« na rok 1909. Komisya bojkotowa świadoma jest braków w zdrojowiskach i uzdrowiskach naszych i dopatruje się najdoskonalszego środka bojkotu w podniesieniu naszych miejsc kąpielowych; w tym względzie odwołuje się Komisya bojkotowa do Towarzystwa balneologicznego, ażeby, jako poważne ciało zbiorowe, nie ustawało w gorliwości i wpłynęło na sfery decydujące w celu podniesienia, udogodnienia, a nawet uzdrowotnienia polskich zdrojowisk i uzdrowisk.

Co się tyczy kąpieli morskich, to pomimo pewnych zalet, które wyróżniają Połągę na wybrzeżu baltyckiem, nie odpowiada ona wszystkim warunkom stacyi morskiej. W bojkotowaniu niemieckich wybrzeży morskich należy odmiennie traktować Soboty i Kołobrzeg: w obu tych miejscowościach przebywa sporo rdzennej ludności polskiej, istnieją firmy polskie, pensyonaty polskie; w wielu hotelach niemieckich utrzymuje się służbę polską ze względu na polską klientelę; owoż bojkotowanie tych dwóch stacyi morskich jest właściwie bojkotowaniem tamtejszych Polaków, wyparciem pierwiastku polskiego, który nieraz w tych okolicach odegrał wybitną rolę przy wyborach. Więcej należy zwrócić uwagi na wybrzeża Morza Czarnego (Odessa, Krym), ze względu na geograficzne położenie dla południowych okolic naszego kraju, oraz licznie tu zamieszkałych Polaków. W sezonie zimowym, jesiennym i wiosennym stacye morskie niemieckie nie wchodzą w rachubę, idzie tylko o sezon letni: w tym względzie stacyom morskim niemieckim należy przeciwstawić wybrzeża belgijskie, holenderskie i duńskie, na których obok renomowanych i drogich stacyi pierwszorzędnych są i miejscowości tanie, a jednak nie pozbawione wygód. Zresztą nie należy spuszczać z oka nabytego w ostatnich latach doświadczenia, że wybrzeża Morza Adryatyckiego nie są w lecie tak upalne, jak to się przypuszcza, że wiele osób wiarygodnych, które w kilku ostatnich sezonach spędziły z dziećmi letnie miesiące w Grado, Abbazyi itd., zapewnia, iż upał letni nie dał się im ujemnie uczuć, natomiast podnoszą zbawienny wpływ rozgrzanego piasku w wielu chorobach, w połączeniu z łatwością i względną taniością pobytu.

III. Co się tyczy narzędzi chirurgicznych itd., to bojkot wyrobów niemieckich tego działu może byłby najwięcej wykonalny, gdyby z jednej strony ogół lekarzy, a zwłaszcza szpitalnych i profesorów przedmiotów klinicznych i praktycznych, zechciał przejąć się tą myślą przewodnią, a przedewszystkiem zobowiązał do bojkotu właścicieli składów narzędzi chirurgicznych, upewniając ich, że nie sprowadzając wyrobów niemieckich, nie poniosą żadnej straty, a wreszcie, że pod żadnym warunkiem kupować nie będą narzędzi, pochodzących z fabryk niemieckich. Referent tej sprawy, Doc. Dr Chlumsky, po skomunikowaniu się z fabrykami niemal całej Europy, prócz oczywiście niemieckich, doszedł do wniosku, że najlepsze warunki daje fabryka Schärera w Bernie szwajcarskim z filiami w Brukseli i Lozannie; dalej idą wyroby fabryki Quinion w Paryżu i braci Čižek w Pradze. Wszystkie te zakłady przyobiecują znaczne zniżki, sięgające do 20%. Fabryka braci Čižek dostarcza również materyałów opatrunkowych i przyborów ze szkła. Z innych firm, które opust przyobiecały, wymienia Dr Chlumsky następujące: Porges w Paryżu (instrumenta urologiczne), Stille w Stokholmie, Hoffmann i Rychlik w Pradze.

Urządzenie sal operacyjnych (umywalnie, autoklawy, sterylizatory) można prawie w całości przeprowadzić w kraju; a o ile by to w pewnej mierze wykonać się nie dało, braki można korzystnie uzupełnić według koreferenta tego działu, Dra Tymoteusza Piotrowskiego, wyrobami francuskimi (Quinion, Mathieu, Adnet). Według Dra Piotrowskiego stoły operacyjne i umeblowanie sal operacyjnych wyrabiają następujące firmy polskie: Gostyński w Warszawie, Gorecki, Gramatyka, Staszczyk w Krakowie. Subtelne roboty w tym zakresie z korzyścią nabywać

można w fabrykach francuskich pp. Vast, Quinion, Mathieu i szwajcarskich p. Schärera i in. Umeblowanie izb szpitalnych w zupełności można wykonać u firm krajowych, mianowicie (prócz wyżej wymienionych) w zakładach pp. Kaczkowskiego w Lublinie, Jarnuszkiewicza w Warszawie, Piotrowskiego we Lwowie — wreszcie w fabrykach austryackich.

Co do narzędzi położniczych i ginekologicznych, to na podstawie zestawienia katalogów stwierdził Dr Piotrowski, że w cenie, równej cenom francuskim, a czasem i niższej, dostarczają firmy: Jodłowski w Warszawie, Odelga w Wiedniu, Nowakowski w Wiedniu, Rychlik, bracia Čižek w Pradze. Lepsze, lecz droższe narzędzia z tego działu wyrabiają firmy francuskie: Collin, Aubry, Vast i in.

IV. W sprawie wyparcia wyrobów pruskich z działu okulistyki zadanie nasze według referenta, Prof. Majewskiego, może najłatwiejsze, gdyż wyroby niemieckie tego działu nigdy nie cieszyły się tem uznaniem, co narzędzia firm francuskich. Prof. Majewski ilustruje swoje twierdzenie przykładami używania wyrobów firm francuskich i wykazuje ich nadzwyczajną trwałość, co w rezultacie czyni je istotnie tańszymi. W dalszym ciągu podaje Prof. Majewski, że np. klinika okulistyczna krakowska wysyłała dawniej narzędzia do ostrzenia do Paryża; od pewnego czasu, po wypróbowaniu pracowni jednego z mechaników krakowskich, klinika nie ostrzy narzędzi w Paryżu, gdyż czynność tę wykonywa mechanik p. Ornatowski równie dobrze; podejmuje się on także wykonywania niektórych narzędzi okulistycznych i to w stopniu, nie pozostawiającym nic do życzenia. Referent jest zdania, że i inni mechanicy nasi są również uzdolnieni do tego rodzaju wyrobów i że większość narzędzi okulistycznych da się wyrabiać w kraju bez najmniejszej szkody dla okulistów; tam jednak, gdzie nasza wytwórczość nie wystarcza, zwracać się należy do przemysłu francuskiego, zwłaszcza, że wskutek przeprowadzonej korespondencyi otrzymał referent deklaracye poważnych zniżek od pierwszorzędnych firm francuskich (Gentil 15%, Cornet 10%, Giroux 10—20%, Collin 10%). Nieznaczna nadwyżka cen wyrobów francuskich wynagradza się ich trwałością i dokładnością. W jednym względzie lekarze nie będą mogli według referenta obejść się bez produkcyi niemieckiej: to w dziale przyrządów i instalacyi elektrycznych, którym zawładnęła wielka firma pruska Reiniger, Gebbert i Schall; firmy wiedeńskie biorą towar z Prus. Istnieje zakład w Bregencyi (Vorarlberg) pod nazwą »Elektra«, wyrabiający niektóre przyrządy elektryczne lekarskie po cenach przystępnych.

Wyrób sztucznych oczu jest do tej pory w rękach Niemców, a Wiesbadeńska fabryka Müllera przysyła do nas corocznie współpracownika, który na miejscu dorabia protezy potrzebującym. Zaprzeczyć się nie da, powiada Prof. Majewski, że wyroby fabryki Müllera są pierwszorzędnej jakości, ale przypuszczać należy, że oczy sztuczne, wyrabiane we Francyi, nie są gorsze, a tylko nam nieznane; należałoby i pod tym względem zwrócić się do producentów francuskich. Z tych na pierwszy plan wybija się Dr Colomb, który wydał nawet książkę o protezie ocznej. Referent kończy swoje wyczerpujące sprawozdanie przytoczeniem firm francuskich, a po części i innych krajów, z podaniem szczegółowych adresów.

Wyciągając ze wszystkich referatów ogólny wniosek, dochodzi się do przekonania, że bojkot wyrobów niemieckich z zakresu lekarskiego na razie może być tylko częściowy, lecz, że nie ustając w działaniu, można go nietylko rozwinąć, ale i wzmódz własną wytwórczość w tym kierunku; wszystkie jednak czynniki: lekarze, aptekarze, właściciele składów narzędzi chirurgicznych, muszą zgodnie iść do jasno wytkniętego celu. Główna atoli rola przypada obok prymaryuszy szpitali profesorom klinicznym i przedmiotów praktycznych, którzy z jednej strony bez cienia agitacyi z katedry mogą i powinni nauczać o lekach i przyrządach pochodzenia nieniemieckiego i sami nimi się posługiwać w klinikach, a z drugiej strony oni jedni mogą wywrzeć skuteczny nacisk na krajowe pracownie i składy narzędzi chirurgicznych, oświadczając stanowczo, że dalsze zakupy dla klinik, szpitali, sanatoryów i własnego użytku czynić będą u nich pod tym tylko warunkiem, jeśli te narzędzia będą pochodzić nie z pracowni niemieckich, lecz z tych zakładów, które oni wskażą. Zapatrywanie to na czynną rolę, która przypada profesorom klinik i prymaryuszom szpitali w przeprowadzeniu bojkotu przetworów i wyrobów niemieckich, wymaga zmiany w składzie osobowym Komisyi bojkotowej i tym wnioskiem należy zakończyć obecne sprawozdanie z dotychczasowej działalności tej Komisyi.

Sprawozdawca: *Dr August Kwaśnicki*,
Przewodniczący Komitetu.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska odbyła 23. I. 1909 pełne posiedzenie, na którem zajmowano się następującemi sprawami:

1) Prezydent odczytał rezygnacyę Dra Kijasa z godności członka Izby z powodu złego stanu zdrowia.

2) Prezydent zdał sprawę z czynności Wydziału i Rady honorowej.

Z powodu sprawy Dra H. z N., któremu odmówiono honoraryum za udzielenie porady lekarskiej żołnierzowi na mocy rozporządzenia z r. 1859, uchwalono przedstawić rzecz jako wniosek Izby zach.-galic. na wiecu Izb.

Prezydent przedstawia sprawę Dra E. z K., która poruszyła umysły i wywołała szereg publikacyi i pogłosek, przedstawiających ją niejasno. Dr. E. zgłosił się do Izby z prośbą o obronę z powodu wypowiedzenia mu posady lekarza kolei półn. po 16-letniej służbie, rzekomo z powodu, że podczas swego urlopu wykonywał praktykę lekarską w Marienbadzie. Zeznania Dra E. co do przebiegu sprawy w oryginale, spisanym przez Dra E., odczytano. Wydział Izby, przyjmując zeznania Dra E. za prawdziwe, nie mógł jeszcze z natury rzeczy wyrobić sobie zdania, czy interwencya Izby jest uzasadniona, toteż na posiedzenie dn. 20. X. 1908 zaprosił, jako znawcę, konsulenta kolei państwowej, Dra J. Tenże po wysłuchaniu sprawozdania Dra E. i na pytania członków Wydziału przyznał, że Drowi E. wyrządzono krzywdę, że Drowi E. przysługuje prawo 3-miesięcznego urlopu, że płacąc sobie zastępcę, mógł w czasie urlopu robić, co mu się podoba. Zgodził się również na to, że Izba ma powód tą sprawą się zająć. Z wyjaśnień jego wynikało również, że zarząd kolei nie ma ustawowego środka do zmuszenia innych lekarzy kolejowych do objęcia zakresu czynności Dra E. Wobec tego wystosował Wydział pismo do Dyrekcyi kolei półn., w którem, przytaczając wszystkie motywa zeznania Dra E., prosił o podanie powodów pozbawienia Dra E. posady. Ponieważ odpowiedź nie nadchodziła, zwrócono się do Ministerstwa kolei, a równocześnie ogłoszono ostrzeżenie do kolegów, by posady ani zastępstwa nie przyjmowali. Mimo to dowiedział się Wydział, że kilku lekarzy podało się o rzeczoną posadę i że jeden z lekarzy kolejowych objął zastępstwo. Przez to siłą faktów bojkot przestał istnieć i Wydział uchwalił ogłosić komunikat w tej sprawie. Może być, że to przyznanie się do niepowodzenia bojkotu nie było praktyczne. Gdy wówczas 2 kolegów zwróciło się do Prezydenta z zapytaniem, czy o tę posadę podać się mogą, oświadczył im, by wobec tego stanu rzeczy postąpili według upodobania, w tem przekonaniu, że nie należało właśnie tych, którzy się lojalnie zachowali, pozbawiać szans na korzyść tamtych, którzy się do ostrzeżenia nie zastosowali. Izba uchwaliła wyjaśnienia te przyjąć do wiadomości i uznała postępowanie Wydziału w tej sprawie za zupełnie prawidłowe.

3) Na wniosek komisyi kontrolującej udzielono skarbnikowi absolutoryum.

4) Skarbnik przedstawił preliminarz budżetu na r. 1909. Przyjęto.

5) Zastępca delegata do kraj. Rady zdrowia zdał sprawę ze swej czynności.

6) Uchwały XIII. Wiecu Izb ratyfikowano w całości.

7) Delegatem na XIV. Wiec Izb obrano Prezydenta, upoważniając go do wyznaczenia ewentualnego zastępcy.

8) W sprawie nowego regulaminu poruczono Wydziałowi opracowanie projektu.

9) Izba zgodziła się na proponowane przez Wydział zmiany w ustawie rządowej o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych. Izba uchwaliła oświadczyć się za pauszalowanem wynagrodzeniem za donoszenie o przypadkach chorób zakaźnych.

10) Komisya weryfikacyjna wykazała pewne nieprawidłowości w postępowaniu niektórych starostw przy wyborach ostatnich do Izby; uchwalono odnieść się z tem do Prezydyum Namiestnictwa.

11) Ponieważ przepisy deontologii lekarskiej obowiązują tylko lekarzy przynależnych do Izby, polecono Wydziałowi zająć

się ewentualnem porozumieniem się w tej sprawie z nowopow stałą organizacyą lekarzy rządowych.

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie odbyło się w dniu 21. stycznia r. b. posiedzenie w sprawach, dotyczących bytu lekarzy.

Kol. K. Łazarowicz wniósł projekt utworzenia przy Stowarzyszeniu Wydziału należytości, którego celem byłoby ściąganie zaległych honoraryów lekarskich w tych przypadkach, gdy dłużnik wzbrania się je wypłacić. Wzorując się na regulaminie oddziału należytości przy Towarzystwie Samopomocy lekarzy w Krakowie, kol. Łazarowicz przedstawił regulamin Wydziału dla Warszawy, w którym wymagane jest złożenie 1) pełnomocnictwa dla adwokata Stowarzyszenia, 2) deklaracyi, mocą której powód na przypadek nieściągalności pretensyi obowiązany jest zwrócić Stowarzyszeniu poniesione koszta, 3) kwestyonaryusza, dotyczącego stosunków majątkowych dłużnika, oraz 4) szczegółowego rachunku lekarskiego. Za pośrednictwo Wydział pobiera od każdej odzyskanej sumy prowizyę w wysokości 10%, resztę przesyła koledze, o ile nią nie rozporządził inaczej. Zarząd Wydziału składałby się z 4 osób, wybranych przez zebranie ogólne, oraz delegata zarządu Stowarzyszenia. Projekt kol. Łazarowicza jednomyślnie przyjęto. — Drugim punktem porządku dziennego była sprawa utworzenia przy Stowarzyszeniu Kasy chorych na wypadek choroby. W sprawie tej zarząd rozesłał w roku zeszłym kwestyonaryusz do wszystkich członków Stowarzyszenia z zapytaniem, czy członek uważa utworzenie Kasy chorych lekarzy przy Stowarzyszeniu za potrzebne, czy będzie do niej należał, jaki sposób opodatkowania na korzyść Kasy uważa za najwłaściwszy. Na 300 zapytań otrzymano 260 odpowiedzi, z których ogromna większość oświadcza się za taką Kasą. Co do sposobu opodatkowania zaś, to zdania były podzielone: większość oświadczyła się za podatkiem dochodowym, inni za podatkiem równym, niewielka liczba za systemem znaczków na receptach. Wobec tego kol. Józef Zawadzki przedstawił projekt mieszany, który uwzględnia stan majątkowy członków Kasy. Według tego projektu podzielonoby członków według ich dochodów na 9 grup, z których każda, wnosząc obowiązkową roczną składkę 5 rb., opłacałaby jeszcze nieznaczny odsetek od swych dochodów, n. p. grupa pierwsza: lekarze zarabiający nie więcej nad 1000 rb. rocznie, opłacają tylko 5 rb. rocznie; grupa II: dochód do 1500 rb., składka 5 rb., oraz $1/2$% od dochodu, t. j. razem $12 1/2$ rb. rocznie; grupa III: dochód 2000 rb., składka 5 rb. + $1/2$% od dochodu: razem 15 rb.; grupa IV: dochód 2500, składka $17 1/2$ rb.; V: dochód 3000 rb., składka 20 rb. i t. d.; grupa IX: dochód 6000 rb., składka 35 rb. Dochód pobierany w sposób powyższy wystarczyłby zdaniem prelegenta na wypłacanie w razie choroby uczestnikowi nieżonatemu po 3 rb., żonatemu zaś po 5 rb. dziennie. — Kol. W. Szumlański przedstawił swój własny projekt opodatkowania członków. Wychodząc z założenia, że trudno przewidzieć wydatki Kasy na przypadek choroby uczestników, proponuje mowca utworzenie Kasy tytułem próby na lat trzy według następującej zasady opodatkowania. Każdy członek wnosi jednorazowo 5 rb., gdy zaś kapitał Kasy w ten sposób nagromadzony skutkiem wypłat zmniejszy się o 20%, każdy z uczestników wnosi ponownie 1 rb. Mowca przewiduje, że wydatek w ten sposób nie przekroczy 15 rb. na uczestnika. Sposób zbierania składek, oraz szczegóły mogłyby być opracowane przez osobną komisyę. — Dyskusyę szczegółową nad przytoczonymi projektami odłożono do posiedzenia następnego. *W. K.*

Państwowa służba zdrowia w Galicyi w budżecie austr. na r. 1909. Rząd preliminuje na rok 1909 dla Galicyi następujące systemizowane posady lekarzy państwowych: jedną w randze VI., 3 w VII., 16 w VIII., 50 w IX., 19 w X. i ośmiu asystentów sanitarnych, razem 97 osób. (Czechy mają 115 lekarzy państwowych). W preliminarzu tym mieszczą się dwie nowe posady koncepistów sanitarnych dla dwóch nowych starostw, oraz jedna nowa posada w randze IX.; te nowe posady zapewne jednak nie będą prędzej, niż z d. 1. października obsadzone, gdyż od tego terminu preliminowany jest na nie kredyt. Koszt całej państwowej służby zdrowia dla Galicyi wyniesie 369.919 kor., z czego 18.600 kor. przypada na adjuta. Dotacya dla krajowej Rady zdrowia preliminowana jest w kwocie 4.000 kor., na rozmaite wydatki sanitarne 6.000 kor., (obie pozycye, jak w r. poprzednim), gdy dla Czech wstawiono 15.000 kor., zaś dla Austryi niższej 41.800 kor. Na powstać mający we Lwowie państwowy zakład badania środków żywności nie wstawiono na ten rok jeszcze żadnego kredytu. (*Kuryer lw. Nr.* 28). *K.*

Felczerzy w Rosyi podali do Dumy memoryał w sprawie konieczności zachowania nadal ich stanu i nadania im prawa samodzielnej praktyki lekarskiej. *X.*

Nowy cudowny lekarz zjawił się niedawno na widowni. Jest nim pastor Felke w Repelen. W czasie swoich studyów uniwersyteckich uczęszczał on także na wykłady lekarskie i pochwytał lekarskie wiadomości. Niedawno celem naocznego zbadania sprawy udali się do Felkego trzej lekarze: Dr Cossmann, Liebreich i Neustätter. Felke wyczytuje z kalendarzy i gazet o nowych środkach i stosuje je bez żadnych skrupułów. Skład środków nic go nie obchodzi; twierdzi on n. p., że aspiryna stoi bardzo blisko arsenu i ma działanie zupełnie podobne. Dr Neustätter nawołuje lekarzy, by zawczasu pomyśleli o obronie przeciw temu partaczowi, który znajduje poparcie w prasie codziennej i zatacza coraz szersze kręgi swej działalności. *X.*

Wystawa przeciwko alkoholizmowi i partactwu w Dreznie wywołała protest 1500 osób, które stanęły w obronie partaczy na osobno odbytem zgromadzeniu, twierdząc, że od partactwa odróżniać należy wszystkie »naturalne sposoby leczenia« i że nie wolno krępować nikogo w wyborze odpowiadającego mu najwięcej sposobu leczenia. Natomiast zgromadzenie pochwala zwalczanie środków tajemnych i oszukańczych reklam. *X.*

Towarzystwo wyjaławiania mleka powstało w Bukareszcie za inicyatywą Drów Botesca i Mirona. Towarzystwo to w kilku rozsianych po mieście stacyach wyjaławia w odpowiednich naczyniach nadsyłane do miasta mleko i oddaje je potem do użytku kupujących. *X.*,

Ryby, a mór. Wydarza się, że szczury, padłe na dżumę wyrzucają marynarze do morza, gdzie je naturalnie zjadają ryby. Otóż Dr Fürth, z Instytutu higieny w Hamburgu, postanowił zbadać, czy też ryby, które zjadły szczury, padłe na dżumę, mogą być rozsadnikiem zarazy. Dawał w tym celu rybom pożerać części wątroby, śledziony i płuc pochodzące z zadżumionych szczurów, a nadto wstrzykiwał rybom jużto w mięśnie, już pod skórę hodowle dżumowe. Żadna ryba nie zachorowała. Ale przekonał się J., że bakterye dżumowe mogą utrzymywać się w jelitach rybich kilka dni, aż do chwili, kiedy z kałem dostają się znowu na zewnątrz. A więc ryby mogą także szerzyć dżumę i nie powinno się padłych na dżumę szczurów rzucać do wody, lecz palić. *Stahr.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. I. do 16. I. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 9, Markowa 13), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 3, Bratkowice 2), Kołomyja (Słobódka polna 12, Chomiakówka 1), Jaworów (Krakowiec 1, zmarł Dr Emil Kozłowski lekarz okręgowy w Wielkich oczach, który zakaził się, pełniąc obowiązki lekarza epidemicznego w Kobylnicy ruskiej), Nadwórna Łuh 1), Skałat (Rożyska 1); ospy pow. Brody (Popowce 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. I. do 23. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 2 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 5, płonicy 9 † 2 (4 † 2), odry 4 † — (— † —), duru brzusznego 4 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 17. I. do 23. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych 1), krztuśca 2, płonicy 17 † 3 (3 † —), odry 1 † —, duru brzusznego 4 † 1 (1 † 1), nagminnego zapalenia opon 1 (1). *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galic. zajmował się na posiedzeniu w d. 22. I. 1909 następującemi sprawami; 1) Prezydent przedłożył uchwały XIII. Wiecu Izb lekarskich w Pradze, które Wydział postanowił w całości przedstawić pełnej Izbie do ratyfikacyi. 2) Uchwalono pewne zmiany w projekcie rządowym ustawy przeciwepidemicznej przedłożyć pełnej Izbie. 3) Drowi K. z T. w sprawie posady przy kierownictwie regulacyi Wisły uchwalono odpowiedzieć, że Izba z małemi zmianami zgadza się na podane warunki. 4) W sprawie Dra S., któ-

remu zarząd Kasy chorych uczniów krawieckich wypowiedział bez powodu posadę, którą za mniejszem wynagrodzeniem ma oddać Drowi M., uchwalono zwrócić się do Dra M. z poleceniem, by posady tej nie przyjmował. — Dnia 23. I. 1909 odbyło się posiedzenie pełnej Izby lek. zachodnio-gal., z którego dokładniejsze sprawozdanie znajduje się w rubryce »Wiadomości zawodowe« dzisiejszego numeru.

— Towarzystwo lek. krakowskie odbyło w d. 29. I. posiedzenie, na którem 1) Dr Jarecki przedstawił przypadek pęknięcia szyjki macicy w 5. miesiącu ciąży, 2) Dr Schlank przedstawił hodowlę paciorkowców hemolitycznych z przypadku zakażenia połogowego, 3) Prof. Kader przedstawił wyciętą nerkę, oraz chorego, u którego wykona operacyę Freunda, 4) Dr Radliński przedstawił oznaczanie dolnej granicy żołądka sposobem Obrazcowa. W dyskusyach przemawiali: Dr Blassberg, Prof. Bujwid, Prof. Dobrowolski, Prof. Kader, Doc. Migsowicz.

Lwów. Miejska komisya sanitarna zajmowała się na posiedzeniu w d. 23. I. b. r. srawą reformy miejskiej służby zdrowia i uchwaliła podnieść konieczność reorganizacyi tej służby; projekt instrukcyi dla rządowych lekarzy policyjnych, których miałoby być we Lwowie 8, uznała komisya za nieodpowiedni, jako wkraczający w autonomiczne atrybucye gminy; wreszcie rozpatrywano sprawę organizacyi leczenia ubogich.

— Towarzystwo ginekologiczne lwowskie wybrało 13. I. 1909 prezesem Dra W. Hojnackiego, wiceprezesem Dra St. Kwiatkiewicza, sekretarzem Dra Dauma, skarbnikiem Dra M. Rappaporta.

— Dr Kazimierz Orzechowski z Wiednia mianowany został prymaryuszem oddziału chorób nerwowych i umysłowych w krajowym szpitalu we Lwowie.

— W dniu 30. I. odbyć się ma konferencya przedstawicieli Namiestnictwa, Wydziału krajowego, Wydziału lekarskiego i innych czynników interesowanych w sprawie budowy Domu porodowego (mieszczącego klinikę uniwersytecką, szkołę położnych i oddział szpitalny) w Krakowie. Należy mieć nadzieję, że konferencya ta stanowić będzie w tej piekącej sprawie punkt zwrotny i stanie się początkiem jej ostatecznego załatwienia.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało 19. I. 1909 wiceprezesem swym Dra O. Hewelkego, członkiem komitetu bibliotecznego Dra Giedroycia.

— Dr Michał Sadowski, wieloletni redaktor »Medycyny«, a obecnie współredaktor »Medycyny i Kroniki lek.« obchodził 25. I. b. r. 25-letni jubileusz pracy lekarskiej. Dr Sadowski ukończywszy medycynę w Warszawie, został ordynatorem kliniki chorób wewnętrznych, następnie był ordynatorem szpitala św. Rocha do r. 1892, potem ordynatorem szpitala Dz. Jezus, a od lat 7 lekarzem naczelnym szpitala na Woli. Redakcyę »Medycyny« objął przed laty 15; w tem piśmie głównie ogłaszał też liczne swe prace. Obchód jubileuszowy odbył się w d. 25. I. 1909, przyczem przemawiali: Dr Dobrzycki, Giedroyć, Rzętkowski, Srebrny, Szumlański, J. Zawadzki i i. Zasłużonemu szermierzowi pióra, który w dziejach czasopiśmiennictwa polskiego wytrwałą swą pracą zdobył zaszczytną kartę dla kierowanego przez siebie pisma, składa Redakcya »Przeglądu lekarskiego« najszczersze życzenia, by na żmudnej niwie redaktorskiej z równym, jak dotąd dla społeczeństwa pożytkiem mógł pracować w jaknajdłuższe lata.

Łódź. Jak donoszą dzienniki, powstać ma w Łodzi akcyjne Towarzystwo sanitarne z kapitałem zakładowym 300,000 rb., mające na celu uzdrowotnienie miasta. Na pierwszem zebraniu organizatorów tego Towarzystwa, mającego nosić nazwę »Sanitas«, zadeklarowano na cele Towarzystwa 10,000 rb.

— Szpital św. Rocha i przytułek w Kalwaryi uzyskają wkrótce znaczniejszą fundacyę (60,000 rb.) z dokonanego jeszcze w r. 1817 przez Aug. Pręgowskiego zapisu, który według woli testatora wchodzi w życie obecnie, gdy zapis pierwotny doszedł do sumy 400,000 dawnych złotych polskich.

— Okolica Klembowa za Wołominem odczuwa brak lekarza. Informacyi udziela ks. St. Kuczyński, proboszcz w Klembowie, poczta Radzymin.

Z różnych stron. Zawiązane w Maryenbadzie Towarzystwo »Lekarskiego Domu Zdrowia« (Ärztliches Erholungsheim) pod przewodnictwem Dra Grimma, zdołało już w pierwszym roku swego istnienia ułatwić pobyt i leczenie się w Maryenbadzie znaczniejszej liczbie kolegów. Na cele Towarzystwa płyną dary od wszystkich Towarzystw, Izb lekarskich itp. Nawet Towarzystwa mniejsze, jak np. lekarzy wschodniego Śląska w Cieszynie, złożyły poważne kwoty. Posiadając już grunt, zamierza Towarzystwo Maryenbadzkie w najbliższym czasie rozpocząć budowę własnego budynku, potrzebując jednak na to znaczniejszego kapitału, zwraca się do wszystkich kolegów z prośbą o poparcie przez przystępowanie na członków i dobrowolne składki. W tym celu rozesłano obecnie odezwę do lekarzy wraz z wykazem zebranych już kwot, statutami i ogłoszeniem ściennem, zachęcającem do zapisywania się, aby wszystkie Towarzystwa lekarskie w swych lokalach ogłoszenie to umieściły.

— »Spolek českych lekarů« utworzył w swem łonie 4 sekcye naukowe: medycyny teoretycznej, medycyny wewnętrznej (łącznie z pedyatryą, neurologią, psychiatryą i dermatologią), medycyny zewnętrznej (chirurgia, ginekologia, położnictwo, okulistyka, laryngo-otologia i dentystyka) i medycyny publicznej (medycyna społeczna, higiena).

— Dwa higieniczne czasopisma czeskie »Zdravi lidu« i »Časopis pro verejne zdravotnictvi« połączyły się w jedno, które wychodzić będzie jako miesięcznik pod redakcyą Prof. Kabrhela, Dra Vrat. Kučery, Panyrka, Šimsy i Prof. Velicha.

— Do parlamentu austryackiego wniósł rząd projekt ustawy o zwalczaniu opilstwa.

— Czasopismo »Therapie der Gegenwart« dobiegło 50 lat istnienia.

— W Lubece wprowadzono (oprócz dawniej już istniejącego donoszenia o przypadkach śmierci z gruźlicy) obowiązek donoszenia o przypadkach »otwartej« gruźlicy płuc lub krtani, jeżeli chory opuszcza mieszkanie, jeżeli jego zachowanie się lub stosunki mieszkania zagrażają wielkiem niebezpieczeństwem dla osób otaczających, jeżeli chory pracuje przy sporządzaniu lub sprzedaży środków spożywczych, wreszcie jeżeli przebywa w takich warunkach, iż powstaje obawa zakażenia znaczniejszej liczby ludzi (przytułki dla sierot, dla ubogich, hotele, pensyonaty, szkoły).

— Międzynarodowy konkurs im. Alvarengi na dowolny temat, z terminem do 1. V. 1909, a nagrodą 180 dolarów, ogłasza »College of physicians of Philadelphia«. Prace konkursowe (pisane na maszynie) nadsyłać należy do sekretarza Kollegium, Thomas R. Nelsona.

— Konkurs na temat: »Jakie znaczenie ma cukier mleczny dla odżywiania niemowląt« ogłoszono z terminem do 1. IX. b. r., a nagrodami 2000, 1000 i 500 Mk. Prace konkursowe (po niemiecku) należy przesyłać pod adresem Prof. Schlossmana (Düsseldorf, Breitestrasse 8).

Mianowani: Dr M. Kalmus-Scheidrowa sekundaryuszką oddziału położniczego Prof. Czyżewicza w lwowskim szpitalu krajowym; Dr Kazimierz Lipski, dotychczasowy dyrektor szpitala w Skałacie, dyrektorem szpitala w Sokalu; Dr Władysław Wiszniewski, sekundaryusz szpitala lwowskiego, dyrektorem szpitala w Skałacie; Dr Tadeusz Gabryszewski dyrektorem szpitala w Bóbrce.

Zmarli:

Dr Jan Kochański

zakończył życie w d. 5/18 stycznia r. bieżącego w Kamieńcu Podolskim. Po ukończeniu studyów lekarskich na uniwersytecie w Kijowie, osiadł Dr Kochański w r. 1883 w m. Dunajowcach w pobliżu Kamieńca, gdzie stale przez ćwierć wieku pracował. Biegły i poważny lekarz, oraz człowiek zacnego serca, od początku zjednał sobie szeroką wziętość wśród rozmaitych warstw miejscowej i okolicznej ludności. Pracując bez wytchnienia, z zaniedbaniem własnego zdrowia, zgasł przedwcześnie, bo zaledwo w 54. roku życia, opłakiwany szczerze przez swych licznych pacyentów oraz przyjaciół. Wszyscy znający Go koledzy wysoko Go cenili i szanowali, to też na grób Jego od lekarzy m. Kamieńca złożono wieńce, a trumnę ze zwłokami ponieśli na miejsce wiecznego spoczynku koledzy. Nad grobem wygłosił kol. C. Neyman kilka serdecznych słów pożegnania. Cześć pamięci dobrego kolegi i zacnego człowieka! *Dr W. A.*

Dr Kazimierz Gąsiorowski

dyrektor służby zdrowia w Belgradzie. Po ukończeniu Wydziału lekarskiego w Kijowie rozpoczął ś. p. Gąsiorowski praktykę w Sokołowie, skąd w r. 1863 musiał emigrować za granicę. Osiadłszy w Serajewie, a następnie w Belgradzie, głęboką swą wiedzą i nieskazitelną prawością zyskał sobie ogólny szacunek u obcych. Prócz zajęć zawodowych zajmował się z wielkiem zamiłowaniem botaniką. Gorąco przywiązany do kraju, odwiedzał co kilka lat Galicyę, a ostatnie lata spędzał w Zakopanem.

Dr Emil Kozłowski, emer. lekarz pułkowy, lekarz okręgowy w Wielkich Oczach, padł ofiarą zawodu przy zwalczaniu duru osutkowego, w 58 r. ż.

Dr Douglas Argyll-Robertson (odkrywca znanego objawu wiądu) w 72 r. ż. w Gondal w Indyach.

Redakcya otrzymała: Simmonds: Über Form u. Lage des Magens. Jena (Fischer 1907). — Wretowski: Dwa nowe sposoby aglutynacyi. »Gaz. lek.« 1908. — Kruszewski: O odkażaniu chemicznem wody studziennej. »Chemik polsk.« 1908 — Wiśniewski: Hodowanie dwoinek Neissera w pożywkach stałych. »Gaz. lek.« 1908.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w końcu grudnia 1908 i w styczniu 1909.

Gazeta lekarska Nr 52 1908: Wiśniewski: Hodowanie dwoinek Neissera na pożywkach stałych (dok.). Nowiński: O pneumokokowem zapaleniu otrzewnej u dzieci (dok). — Nr 1. 1909: Biernacki: W sprawie symptomatologii i dyagnostyki »skazy moczanowej«. Karwacki: Wiązanie aleksyny jako metoda dyagnostyczna. — Nr 2. Hornowski. O przyczynie śmierci po zabiegach operacyjnych. Karwacki (dok.).— Nr 3. Ant. Rydygier: Dalsze doświadczenia nad leczeniem twardzieli nosa i gardła zapomocą promieni Roentgena. Hornowski (dok.). — Nr 4. Bornstein: O t. zw. porażeniu okresowem. Zebrowski Al.: Przypadek ropnego zapalenia obudwu wyrostków sutkowych po urazowem pęknięciu błon bębenkowych.

Medycyna i Kronika lek. Nr 1: Halpern: O wpływie soku żołądkowego na procesy gnicia w kiszkach. Władysław Sterling: O porażeniach n. odwodzącego pochodzenia usznego. — Nr 2. Chybczyński: O dotychczasowych sposobach stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych i wynikach prób osobistych z wcieraniem maści tuberkulinowej według metody E. Moro. Sterling (dok.). — Nr 3. Batawia i Okuszko: Przypadek septycznego zakrzepu poprzecznej zatoki mózgowej z zajęciem błędnika. Chybczyński: (c. d.). — Nr 4. Kopytowski: Przyczynek do zmian w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią pyrogallolu. Chybczyński (cd.).

Tygodnik lek. Nr 52. 1908. Ziembicki W.: Śpiączka cukrzycza (dok.). — Nr 1: Gluziński: Anaemia perniciosa distomiatica. Pruszyński: O wpływie wydzielania wewnętrznego na ustrój i zastosowanie jego do celów medycyny praktycznej. Jurasz: Przyczynek do polskiego mianownictwa lekarskiego.— Nr 2. Jurasz: O fizyologicznej czynności jam nosowych jako przewodu oddechowego. Gluziński (dok.). Pruszyński (c. d.). Nr 3. Franke: O leczeniu przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego. Pruszyński (dok.).

Nowiny lek. Nr 1. Wrzosek: O dobrym lekarzu. Hornowski: Z patologii jamy brzusznej. Maciesza: Znaczenie przewodu pokarmowego w powstaniu pylicy płuc i organów jamy brzusznej. Ziarko: Rzut oka na statystykę przypadków raka przewodu pokarmowego i wrzodu okrągłego żołądka. Matusewicz i Rosenhauch: Badania doświadczalne i kliniczne nad działaniem przetworów nadnercza. Brudnicki: O własnościach przecinkowca cholerycznego. Kasprzak: Potworek dwugłowy. Klęsk: Z dziedziny nauki cierpień urazowych i ubezpieczeń od wypadku. Bieliński: Wydział lekarski królewskiego Warszawskiego Uniwersytetu (1817—1831). Bieliński: Mianowski Mikołaj.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Zeszyt IV. za 1908: An. Landau: Przemiana ciał purynowych w ustroju ludzkim i wpływ na nią alkoholu; przyczynek do nauki o powstawaniu dny. Otto: Zmiany anatomo-patologiczne w kiszkach i gruczołach krezkowych w tyfusie brzusznym (c. d.). Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny (c. d.).

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 9. i 10. 1908: Krzyształowicz i Siedlecki: Morfologia krętka bladego. Giedroyć: Nauka o chorobach wenerycznych w piśmiennictwie lekarskiem polskiem.

Postęp okulistyczny Nr 12. 1908. Wicherkiewicz: Kilka uwag o znaczeniu zabiegów okulistycznych przeciw jaskrze i o wartości nowego zabiegu: krzyżowa sklerotomia powierzchowna. Noiszewski: Bezład wzrokowy (dok.).

Kronika dentyst. Nr 1. Wilga: Zęby w medycynie sądowej.

Głos lekarzy Nr 1. W sprawie wynagrodzeń za orzeczenia psychiatryczne. Salpeter. W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej. Ćwiklicer: Śruba podatkowa. Gilnreiner i Bednarski: Organizacya lekarzy okręgowych. — Ankieta międzynarodowa w sprawie tajemnicy lekarskiej. Przesmycki i Siegel: Kapitulacya Izby lekarskiej. — Nr 2. Mikołajski. Opinia Izby lekarskiej wschodnio-gal. o rządowym projekcie ustawy o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu. — W sprawie kapitulacyi Izby lekarskiej. Flis: W sprawie opłacania podatków przez lekarzy.

Przegląd higieniczny Nr 1. Popielski: Czynność gruczołów ślinowych pod wpływem ciał, wprowadzonych do jamy ustnej. Mołczański: Do kwestyi ogrzewania ciepłą wodą pojedynczych pięter.

Zdrowie Nr 1. Korczyński L.: Psychiczne rysy histerycznej nerwowości Hewelke: Kilka uwag w sprawie wychowania jedynaków.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 3. lutego 1909 o godz. 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) kol. Rutkowski: Przedstawienie przypadków chorobowych. 2) kol. T. Janiszewski: Kilka uwag o domach izolacyjnych.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Dr Kahlbaum, Görlitz
Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i umysłowych.
Otwarty zakład leczniczy dla chorych nerwowych.
Zakład leczniczo-wychowawczy
dla młodocianych chorych nerwowych i umysłowych. 125

NATURALNA SÓL SZPRUDLA
jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami
124

Szczawa Krondorfska
uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok LXVIII. Kraków, dnia 6. lutego 1909. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny. **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prym. Radca Dr Krokiewicz).

O chorobie Bantiego i sprawach pokrewnych.

Podał

Dr Maryan Godlewski.

Dnia 10/VI 1907 przyjęty został na oddział chorób wewnętrznych tutejszego szpitala chory G. lat 25, zatrudniony jako wyrobnik w fabryce żelaza. Ojciec umarł na dur brzuszny, matka ze starości, rodzeństwo żyje zdrowe. G. miał być — aż do obecnej choroby — zawsze zdrów, podnosi jednak, że już od lat kilku zauważył trapiące go często, zwłaszcza podczas forsowniejszej pracy, krwawienia z nosa. Napojów wyskokowych nie nadużywał.

Przed niespełna dwoma laty zauważył gniecenie w lewem podżebrzu, a potem powiększanie się obwodu brzucha; czy miał wtedy żółtaczkę, nie pamięta, przypomina sobie jednak, że lekarz, do którego zgłosił się po poradę, rozpoznał już wtedy »chorobę śledziony i wątroby«. Chory, stosunkowo inteligentny, wspomina, że objętość brzucha powiększyła się z biegiem czasu do tego stopnia, że nie mógł wcale siedzieć, puchlina ta jednak ustąpiła samoistnie niemal zupełnie.

Chory, nad wiek młodo wyglądający, o miernej budowie i odżywieniu, ma zabarwienie skóry żółtaczkowe. Na skórze brzucha charakterystyczne rozszerzenie żył (*caput Medusae*). Brak powiększonych gruczołów, brak obrzęków na kończynach. Narząd oddechowy bez zmian. Uderzanie końca serca nieco na zewnątrz przesunięte, wyraźny szmer nad końcem serca, brak zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucną. Tętno regularne, nieco zwolnione (nigdy nie dochodziło 70 uderzeń na minutę, zwykle ponad 60). Stan przepony wysoki, a to skutkiem olbrzymich rozmiarów śledziony, która ku przodowi dochodzi do środkowej linii ciała, ku dołowi nie dochodzi na 2 palce do wysokości kolca kości biodrowej. Wątroba macalna, lewy jej płat zmniejszony, twardy. Nad lewą połową brzucha, zwłaszcza w okolicy śledziony, wysłuchuje się głośny szum, pochodzący z przepełnionych naczyń żylnych, słychać go też nad mostkiem, zwłaszcza w dolnej jego części, gdzie również rysują się grube, porozszerzane żyły. Narząd trawienia bez zmian, na uwagę zasługuje tylko zupełne odbarwienie stolców. Krwotoków jelitowych, ani wybroczyn na skórze, nigdy nie zauważono. Niema żadnych znamion kiły. Badanie rynologiczno-laryngologiczne poważniejszych zmian nie stwierdza. (*Crista* nosowa, *pharyngitis sicca*). Charakterystyczne zmiany znaleziono we krwi: niedokrwistość miernego stopnia (80% hemoglobiny hemometrem Sahle'go), ilość ciałek czerwonych 3,000.000; zauważono również bardzo wybitną różnicę w wielkości poszczególnych krwinek, stosunkowo dużo mikrocytów; jądrzastych ciałek czerwonych nie stwierdzono. Ilość ciałek białych znacznie zmniejszona — 2.800; stosunek wielojądrowych do jednojądrowych, prawidłowy. W moczu brak nieprawidłowych składników i barwików żółciowych — urobilina zwiększona. Szczegółowego badania przemiany materyi uskutecznić nie było można z powodów od nas niezależnych, co uważam za wielką lukę w całej obserwacyi. Choremu podawano przedewszystkiem arsen, następnie jodek potasu, bez żadnego skutku. Ponieważ stan ogólny chorego był zupełnie dobry, niedokrwistość stosunkowo niezbyt wielka, ponieważ stosowanie wszelkich środków wewnętrznych nie przynosiło — co zresztą było do przewidzenia — żadnych wyników, a nawet rozmiary śledziony się zwiększały, czuliśmy się uprawnieni namawiać chorego do operacyi wyjęcia śledziony, na co się też zgodził.

Po otwarciu jamy brzusznej (Prof. Dr Bossowski) ukazała się olbrzymia śledziona. Bardzo liczne i obfite, krótkie, nadzwyczaj silnie unaczynione zrosty uczyniły wyłuszczenie śledziony technicznie niemożliwem. Krwotok bowiem był tak gwałtowny, że choremu mimo wszelkich wysiłków operatora groziła śmierć z utraty krwi na stole operacyjnym. To też Prof. Bossowski odstąpił w toku zabiegu od dokończenia wyłuszczenia, a wytamponowawszy jamę brzuszną, zaszył ją.

W kilka dni po operacyi nastąpiło zejście śmiertelne.

Z badania pośmiertnego przytaczam jedynie szczegóły dotyczące narządów chorobowo zmienionych, t. j. wątroby i śledziony. Wątroba przedstawiała makroskopowo obraz daleko posuniętego zwyrodnienia włóknistego; była bardzo twarda, brzeg był ostry, płat lewy wyraźnie pomniejszony. Waga 1600 gr. (według Testuta prawidłowo. 1500). Olbrzymia śledziona ważyła 1040 gr. (zam. 180—200 Testuta). Współczynnik Posselta wynosił zatem 0·65 (zam. $^1/_{10}$ = 0·10).

Badania mikroskopowe:

Kawałki śledziony i wątroby utrwalono w sublimacie zgęszczonym z dodaniem pięcioprocentowego kwasu octowego.

Utrwalony materyał przeprowadzono przez alkohol o wzrastającem zgęszczeniu aż do absolutnego, następnie przez chloroform i parafinę, w której też materyał został zatopiony. Po pokrajaniu zabarwiono skrawki hematoksyliną i bordeaux.

Badanie mikroskopowe skrawków wątroby stwierdza na pierwszy rzut oka ogromny rozrost tkanki łącznej. Torebka wątroby jest bardzo znacznie zgrubiała. Wśród miąższu widać mnogie, rozmaicie się krzyżujące pasma tkanki łącznej włóknistej znacznej grubości; pomiędzy niemi leżą wyspy miąższu wątrobnego. Wyspy te są różnej wielkości, bądź większe, bądź mniejsze od zrazika; smugi tkanki łącznej biegną nieregularnie, nieraz dzieląc zrazik na kilka części. Naczynia centralne zrazików mają światło rozszerzone. W naczyniach międzyzrazikowych widać znaczne zgrubienie ścianki. Zmiany drobnowidowe śledziony były również bardzo znaczne. Przedewszystkiem uderzało ogromne zgrubienie torebki (*tunica albuginea*). Pokłady tkanki łącznej w tej warstwie są liczniejsze i znacznie grubsze, aniżeli w prawidłowej śledzionie. Dalej widać znaczne zgrubienie beleczek, wciskających się wewnątrz śledziony (*trabeculae lienis*), przez co oczywiście oczka siatki łączno-tkankowej śledziony uległy znacznemu zaciśnięciu. Grudki limfatyczne (*noduli limphatici lienales*), tylko tu i owdzie zachowują charakterystyczną swoją budowę. Po większej części limfatyczne komórki rozsiane są nierównomiernie wśród masy tkanki łącznej. Jeżeli komórki te występują w skupieniach, to są znacznie mniejsze, aniżeli w prawidłowej śledzionie. Zmian wybitniejszych w budowie naczyń śledziony stwierdzić nie mogłem.

Tak zwana choroba Bantiego, należy w ogóle do chorób rzadkich. Choroba ta nie stanowi też dotąd ściśle określonego typu, a istnienie jej jako odrębnej klinicznej jednostki, bywa nawet podawane w wątpliwość. Stąd też w obszernych nawet i bardzo cenionych podręcznikach patologii szczegółowej, albo żadnej zgoła o chorobie Ban-

tiego nie spotykamy wzmianki, albo tylko krótką i zbyt pobieżną. Korzystny pod tym względem wyjątek stanowi polski zbiorowy podręcznik medycyny wewnętrznej, gdzie chorobę tę omawia Pisek stosunkowo dokładniej, niż nawet w większych dziełach niemieckich. Natomiast w czasopismach lekarskich, oraz w sprawozdaniach ze zjazdów i posiedzeń lekarskich towarzystw naukowych, widać w tym względzie ruch bardzo ożywiony, co dowodzi, że w sprawie tej akta jeszcze nie są zamknięte, ani poglądy ustalone.

Sądzę przeto, że będzie na czasie nawiązać do powyższego przypadku krótki zarys poglądów, obecnie w tej sprawie panujących.

Przed kilkunastu laty (1894) ogłosił Banti ([4]) swoje pierwsze spostrzeżenia sprawy chorobowej, którą dokładnie określa pojęcie: *Splenomegalia cum cirrhosi hepatis*.

Banti odróżnia trzy okresy tej sprawy. Okres pierwszy — zwany okresem niedokrwistości — cechuje olbrzymie powiększanie się śledziony, oraz niedokrwistość. Okres ten sprawia choremu tylko nieznaczne dolegliwości, dlatego często trudno oznaczyć jego początek; trwa on średnio 3—5 lat, rzadziej dłużej (aż do 11). Po nim następuje okres drugi — przejściowy. Ilość moczu się zmniejsza, pojawiają się w nim obficie moczany, często bilirubina lub barwiki żółciowe. Trwanie tego drugiego okresu nie przenosi kilku miesięcy, poczem następuje okres trzeci — okres puchliny brzusznej z mniejszemi lub większemi zmianami włóknistemi w wątrobie. Czas trwania tego ostatniego okresu zwykle nie dochodzi roku; wśród coraz bardziej postępującej niedokrwistości chory umiera, jeżeli na czas wykonane wyjęcie śledziony nie zdoła uleczyć choroby.

Patogenezy tej choroby dopatruje się Banti w swoistych zmianach śledziony, przyrody najprawdopodobniej zakaźnej. Sprawa, odbywająca się w wątrobie, jest więc wedle Bantiego zjawiskiem wtórnem. Zmiany chorobowe w śledzionie toczą się przedewszystkiem wzdłuż naczyń tętniczych grudek śledzionowych; tam właśnie buja tkanka łączna, rozrastając się stopniowo tak obficie, że niemal cały miąższ śledzionowy zająć może *(fibroadenia)*. Ale i naczynia żylne również ulegają zmianom; świadczą o tem zgrubienia ich błony wewnętrznej *(intima)*, która może w daleko posuniętych przypadkach, przedstawiać obraz zupełnie — według Bantiego — analogiczny do miażdżycy tętnicy głównej. Zmiany te nie ograniczają się do żyły śledzionowej, ale szerzyć się one mogą i na żyłę wrotną, aż ku wątrobie, znacząc niejako ślad drogi, którą zakażenie ze śledziony ku wątrobie zdążało. Prócz tych danych anatomiczno-patologicznych zwraca Banti uwagę i na pewne właściwości kliniczne tej sprawy. Niedokrwistość ma w tej chorobie, zdaniem Bantiego, również pewne charakterystyczne cechy. Zmiejszenie się ilości hemoglobiny przeważa nad zmniejszeniem się ilości krwinek czerwonych, znamienny ma być brak krwinek czerwonych jądrzastych oraz nierówna wielkość krwinek; ilość ciałek białych jest zdaniem Bantiego prawidłowa.

Badania Bantiego stały się bodźcem do całego szeregu prac autorów włoskich, poza Włochami jednak, opisy owej nowej postaci chorobowej mnożyć się zaczęły dopiero od czasu pracy Senatora, ogłoszonej w roku 1901. Senator ([23]) podziela mniemanie Bantiego, że zmiany pierwotnie sadowią się w śledzionie. Przyczyny ich dopatruje się ten autor najprawdopodobniej w samozatruciu ustroju i to najprawdopodobniej z przewodu pokarmowego. Senator rozszerza też pojęcie choroby Bantiego — i na te przypadki nadmiernego, pozornie pierwotnego przerostu śledziony z niedokrwistością, gdzie występuje puchlina brzuszna, bez wybitnych zmian w wątrobie. Oczywiście w tym razie musi być puchlina sprawą tylko miejscową, a nie jednym z objawów ogólnej wodnistości ktwi (*hydraemia*). Prócz tego rozszerzenia ram pojęcia samej choroby, są niewątpliwą zasługą Senatora krytyczne uwagi, dotyczące puchliny brzusznej w tej chorobie. Senator pierwszy zwrócił uwagę, że wybitna nawet puchlina brzuszna może w tej chorobie, czego pospolicie nie spotykamy przy zwykłych sprawach włóknistych wątroby — zniknąć samorodnie, lub po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej nie odnowić się i to nawet wtedy, gdy śledziona nietylko się nie zmniejsza, ale nawet wzrasta. Wynika stąd, że w chorobie Bantiego puchlinę brzuszną, nie koniecznie i nie zawsze należy odnosić do marskości wątroby. Przypuszczalnie, według Senatora, ma ona swe źródło w niedrożności czasowej, naczyń limfatycznych bo liczne drogi uboczne mogą ułatwić i umożliwić wyrównanie krążenia. Ważną dalej niewątpliwie zasługą Senatora są badania nad zachowaniem się krwi w chorobie Bantiego. Z badań tych wynika szczególne zachowanie się ciałek białych, a mianowicie: w przeciwieństwie do badań Bantiego — znaczne zmniejszenie się ich ilości często z przewagą jednojądrowych (*leucopenia*), co stanowi niewątpliwie ważny szczegół rozpoznawczy.

Z wielkim naciskiem podnosi również Senator, skłonność do skazy krwotocznej. Prócz krwotoków z przewodu pokarmowego, spotykano krwotoki z jamy ustnej i nosowej, krwioplucie, krwiomocz, krwotoki do tkanki podskórnej, a nawet do ciałka szklistego. (Senator).

Taką jest w zarysie treść badań Bantiego i Senatora.

Jak już wspomniałem dopiero Senator poddał całą sprawę ogólnej dyskusyi, a w sprawie nowej jednostki chorobowej odezwały się też wkrótce głosy opozycyi. Pierwszy Chiari ([8]) poruszył myśl, że choroba Bantiego może być anatomiczno-patologicznym obrazem późnej kiły dziedzicznej. Z czterech przypadków, które miał sposobność badać pośmiertnie można było w jednym na pewno, a w 3 z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznawać późną kiłę dziedziczną.

I w przypadku Hochhausa ([13]), zakończonym śmiercią po operacyi, stwierdzono zmiany kiłowe. Autor ten jednak nie wątpi, że inne przypadki choroby Bantiego, toczyć się mogą nie na tem, ale na innem tle i skłonnym byłby przyjąć odrębną postać marskości wątroby, wśród której śledziona powiększa się nadmiernie. Dla wytłómaczenia tych zmian śledziony przyjmuje Hochhaus ([13]) możliwość pobudzenia tkanki śledziony do nadmiernego rozrostu, przez zarazek zimniczy, który na tę śledzionę kiedyś działał. Podobnie zapatruje się i Minkowski, który nazywa taką postać białaczkową postacią marskości wątroby. Blizki tym poglądom Simmond ([24]) zwraca uwagę, że oprócz wyskoku mogą także inne trucizny, działać nietylko na wątrobę, ale też i na śledzionę. Na dowód przytacza przypadek sekcyonowany, gdzie obok marskości wątroby,

było znaczne powiększenie śledziony. Kiła była w tym przypadku niewątpliwą przyczyną zmian anatomiczno-patologicznych w obu narządach. Ale i inne przyczyny mogą wywoływać podobne zmiany. Simmond przytacza przypadek, dotyczący młodego majtka okrętowego, gdzie prócz zmian włóknistych wątroby znaleziono przy sekcyi bardzo powiększoną, bo $1^1/_2$ kg. ważącą śledzionę. W tym przypadku wywiady przemawiały za dyzenteryą i zimnicą.

(Dok. nast.)

Rozczłonkowanie histeryi tradycyjnej. Pityatyzm.

Napisał

Dr J. Babiński,

lekarz szpitala »Pitié« w Paryżu.

(Ciąg dalszy).

2) W dziejach histeryi ciągle się natrafia na udawanie (symulacyę). Zresztą jest to prawda dawno znana, i już Charcot kładł na to szczególny nacisk. Lecz chociaż w zasadzie nikt temu nie zaprzecza, jednak mnóstwo lekarzy w poszczególnych przypadkach daje się zwieść przez mniej lub więcej zręczne kłamstwo i przypisuje histeryi objawy wynikające z szalbierstwa. Te przypadki trzeba podzielić na kilka odrębnych kategoryi.

Do jednej z nich należy naśladowanie takich zaburzeń, które wywołuje sugestya i leczy namowa, perswazya, słowem zaburzeń pityatycznych (podam niżej dokładne określenie tej nazwy), a więc naśladowanie pewnego rodzaju bezwładu, przykurczenia, znieczulenia itd., — zaburzeń, jednomyślnie zaliczanych do histeryi. Odróżnienie przedmiotowe obu tych rodzajów faktów jest całkiem niemożliwe, co się łatwo tłómaczy, gdyż mechanizm zjawiska jest w obu przypadkach jednaki, a odróżniają się one tylko stanem psychicznym jednostek, wprawiających ów mechanizm w ruch. Symulant ma całkowitą świadomość co do istoty swych skarg i swych czynów, tymczasem osobnik zasugestyonowany tej świadomości nie posiada, lub raczej ma tylko podświadomość, jest on jakby nawpół symulantem. Toteż możliwość udawania musi być zawsze brana w rachubę, gdy się ma przed sobą objawy, posiadające cechy pityatyczne; sprawa ta nie zawsze może być rozstrzygniętą z pewnością bezwzględną, i niewątpliwie w wielu przypadkach jednostki uważane za histeryczne, poprostu bawiły się kosztem lekarza i swego otoczenia.

Czasami ścisły dozór daje możność wykazania oszukaństwa; stanie się ono oczywistem, gdy, naprzykład, chory na porażenie poprzeczne wstanie i zacznie chodzić, przypuszczając, że nikt go nie widzi; jednak zazwyczaj symulant ma się na baczności i nie da się tak łatwo przyłapać. Na czem więc mamy się opierać, by w poszczególnym przypadku rozstrzygnąć, czy chodzi o symulacyę, czy też o sugestyę? Tylko na dowodach natury moralnej. Nadto, choć może się to wydać paradoksalnem, uważam, iż bezowocność leczenia psychicznego, zastosowanego w odpowiednich warunkach i z dostateczną wytrwałością, przemawia za przypuszczeniem symulacyi. Oto na czem opieram swe zdanie. Wśród olbrzymiej ilości przypadków, spostrzeganych przeze mnie, ta metoda okazała się bezskuteczną jedynie w zastosowaniu do jednostek, które ze znacznem prawdopodobieństwem mogły być podejrzywane o nieszczerość; były to bądź wrzekome ofiary nieszczęśliwych wypadków, które domagały się odszkodowania, bądź też byli to nędzarze, bez zajęcia i przytułku, którzy mieli niewątpliwe wyrachowanie zainstalować się na stałe w szpitalu, lub też wreszcie chodziło o osoby, które już w innych okolicznościach przyłapano na oczywistem kłamstwie, i których zapewnienia wobec tego nie mogły mieć żadnej wartości. W każdym razie, jakkolwiek każdy z poszczególnych wypadków może ulegać dyskusyi, to jednak na ogół biorąc, niewątpliwem jest, że dziedzina histeryi została ogromnie rozszerzona przez domieszkę niezliczonych przypadków udawania, podobnych do wyżej przytoczonych.

Do drugiej grupy należą zaburzenia również zmyślone, które jednak w przeciwieństwie do poprzednich nie mogą wynikać z sugestyi. Za przykłady mogą służyć gorączka i bezmocz. Znane są sposoby, używane do sztucznego podniesienia słupa rtęci w termometrze i nie ulega wątpliwości, że wiele z ogłoszonych przypadków domniemanej gorączki histerycznej jest takiego właśnie pochodzenia. Wykrycie oszukaństwa nie sprawia trudności: do tego wystarczy samemu zmierzyć ciepłotę za pomocą zwykłego sprawdzonego termometru i przy tem uważnie śledzić badanego, nie zadawalniając się, jak to się często zdarza, wynikami, otrzymanymi na termometrze maksymalnym, gdyż osoba zainteresowana może je z łatwością sfałszować. Że dawniej częstokroć ulegano podobnym oszukaństwom, widać choćby z tego, że odkąd specyalnie zwrócono uwagę w tym kierunku, t. zw. gorączka histeryczna zupełnie zniknęła ze szpitali paryskich. To samo da się powiedzieć o domniemanym histerycznym bezmoczu.

Trzecią grupę stanowią zjawiska nie zmyślone, lecz istotne. Są to rumienie, pryszczyki, wybroczyny, owrzodzenia, zgorzele, obrzęki. W tych przypadkach kłamstwo polega na tem, że chorzy obstają przy samorodnem powstaniu tych zaburzeń, gdy tymczasem zostały one sztucznie wywołane przez zastosowanie środka drażniącego, przez wprowadzenie pod skórę ciała obcego, przez ucisk kończyny opaską lub innym jakim sposobem. Trzeba też pamiętać, że prócz przypadków, w których udawanie wynika z interesu materyalnego danych jednostek, jest wiele innych, gdzie nie ma ono żadnej widocznej pobudki, chyba że jest to ze strony tych »mytomanów«, jak ich nazwał Dr Dupré, chorobliwą żądzą wzbudzenia ciekawości, podziwu lub współczucia, słowem wyróżnienia się w ten lub inny sposób. Ogromną ilość podobnych faktów zaliczono do histeryi tylko wskutek stwierdzenia domniemanych znamion histerycznych, oraz dlatego, że nie znajdowano dla nich innej odpowiedniejszej etykietki. Przy tej sposobności przypomnę dowcipny aforyzm Lasègue'a: »Histerya jest koszem, do którego się wrzuca papiery, które nie wiadomo, gdzie zarejestrować«. Dr Vaguez ze swej strony również wypowiedział myśl podobną. Obecnie mając się pod tym względem na baczności, daleko częściej, niż dawniej, demaskuje się oszukaństwo; niedawno właśnie Prof. Dieulafoy przedstawił Akademii lekarskiej nadzwyczaj charakterystyczny przypadek tego rodzaju.

Ale — powiedzą mi zapewne moi przeciwnicy — chętnie uznajemy, że zakres histeryi został nadmiernie rozsze-

rzony przez popełnione błędy w rozpoznaniach i przez niedostateczne wystrzeganie się oszukaństwa; uznajemy też, w przeciwieństwie do dawnych poglądów, że zaburzenia naczynioruchowe, wydzielnicze, odżywcze, krwotoki, gorączka, bezmocz nie mogą być odtworzone drogą sugestyi; to wszystko jednak jeszcze nie dowodzi, by podobne zaburzenia nie mogły być w pewnych przypadkach przejawami histeryi. Istotnie, nie skończyłem jeszcze swego dowodzenia, do tego właśnie przystąpię.

3) Skoro uznamy, że śród zaburzeń do histeryi odnoszonych jedne dadzą się wywołać przez sugestyę, inne zaś przez sugestyę wywołane być nie mogą, to przez to samo stwierdzimy, że zaburzenia t. zw. histeryczne nie są co do swego mechanizmu wszystkie do siebie podobne, że powinny one być podzielone na grupy, i w ten sposób już wyzbędziemy się dawnego zamieszania.

a) Mamy tu więc jedną grupę zjawisk, charakteryzujących się tem, że mogą one być wywołane przez sugestyę. Chodzi mi jednak o zwrócenie uwagi na to, gdyż ma to pierwszorzędne znaczenie, iż dla przypisania pewnego zjawiska sugestyi, nie wystarcza, aby zjawisko to powstało pod wpływem zaburzenia psychicznego, wywołanego wolą. Niezbędnem jest po temu, aby wola była również zdolną usunąć owe zjawisko, które sama wywołała. Mam prawo twierdzić, naprzykład, że napad drgawkowy jest wynikiem sugestyi, o ile, po wywołaniu go drogą doświadczalną zdołam też powstrzymać go w dowolnej chwili. Takie określenie sugestyi zawiera w sobie myśl, że wola jest panią zaburzeń przez nią wytworzonych, tudzież że jest ona zdolną jak gdyby drogą powrotną usunąć to, co sama wywołała. Dwie te właściwości ściśle są ze sobą związane; chociaż wskutek pewnych okoliczności związek ten nie we wszystkich poszczególnych przypadkach da się ustalić, można jednak w ogólności powiedzieć, że każda z tych właściwości tylko przez współistnienie z drugą stwierdza swą rzeczywistość [1]).

W jakiż sposób oznaczyć granicę dziedziny zjawisk, wywoływanych przez sugestyę? Przez obserwacyę i doświadczenia nad osobami sugestyi się poddającemi. Lekarze, którzy zechcą sobie pod tym względem wyrobić swe własne zdanie, będą musieli przedewszystkiem wybrać jako przedmiot swych badań jednostki wybitnie wrażliwe na poddawanie, podobne do tych, które dawniej nazywano »grands hypnotiques«.

Do takich wyników dojść można w drodze odtwarzania — na samym sobie lub na innych prawidłowych a poddających się tym badaniom osobach — objawów pozornie chorobowych, które mogą być zrodzone oraz następnie usunięte samym tylko wysiłkiem woli. Dodać należy, że tego rodzaju doświadczenia powinny być dokonywane na znacznej liczbie osób, gdyż pod tym względem zakres działania woli może być bardzo rozmaity u różnych osób. Nie trzeba więc wyłączać z dziedziny sugestyi tego lub owego zjawiska tylko na tej zasadzie, że się nie znalazło narazie kogoś, ktoby w danych warunkach był zdolny je odtworzyć; dopiero po wielokrotnych poszukiwaniach będzie się mieć prawo do takiego twierdzenia, jednak z tem zastrzeżeniem, że nowe doświadczenia mogą zmusić do uzupełnienia zdobytych poprzednio wywodów. Nie będę szczegółowo się zastanawiać nad zaburzeniami, wywołanemi przez sugestyę — zaprowadziłoby to mnie zbyt daleko. Ograniczę się do wyliczenia tylko najważniejszych z pośród nich. Są to mianowicie: napady drgawkowe, bezwłady, przykurczenia bardzo różnorodne co do swej siedziby i stopnia, drżenie, ruchy pląsawicze, czasem nieprawidłowe, ale po większej części miarowe, zaburzenia głosowe, oddechowe, zboczenia czucia, objawiające się w bezczułości lub przeczulicy, zaburzenia zmysłowe, zaburzenia pęcherzowe.

Odwrotnie sugestya, jak już zaznaczałem, nie zdoła wywołać wzmożenia lub zniesienia odruchów ścięgnistych, wywołać zaburzenia odruchów źrenicznych lub odruchów skórnych; może ona co najwyżej utrudnić spostrzeganie tych zjawisk, stwarzając pewne przeszkody, które wprawdzie zdołają zmylić nowicyusza, ale powinny być przezwyciężone przez doświadczonego badacza. Sugestya nie może wywołać zaburzeń naczynioruchowych, wydzielniczych, odżywczych, nie może własną swą siłą zrodzić krwotoków, bezmoczu, białkomoczu, gorączki. Co do tych poszczególnych objawów, to w ostatniej dyskusyi paryskiego Towarzystwa neurologicznego, nie było, rzec można, żadnej różnicy zdań, co dobitnie świadczy o zwrocie w opinii nawet tych, którzy się zdawali najbardziej przywiązani do tradycyjnego pojęcia histeryi.

Musimy tu poruszyć doniosłe zagadnienie, będące uzupełnieniem wytoczonej powyżej sprawy. Czy obraz przypadowy zjawisk, zrodzonych przez sugestyę, posiada cechy swoiste, jemu tylko właściwe, czy też może on również należeć do zaburzeń wywołanych bądź cierpieniem organicznem, bądź chorobą czynnościową, posiadającą mechanizm od sugestyi odmienny. W chwili obecnej pytanie to nie da się jeszcze rozstrzygnąć ostatecznie. Powiodło mi się, naprzykład, przez sugestyę zmusić pewną jednostkę do odtworzenia drogą naśladowania z taką dokładnością ruchów pląsawicy Sydenhama, że sam nie byłbym zdołał odróżnić kopii od oryginału. Lecz ta niemożność odróżnienia zależy, być może, od tego, że nasze badanie kliniczne nie posiada jeszcze dostatecznej przenikliwości, możemy jednak mieć nadzieję, że potrafimy z czasem odróżniać zupełnie dokładnie objawy sugestyjne od zaburzeń, wywołanych przez inne cierpienia, tylko na podstawie ich obrazu przypadowego. Trzeba wreszcie przyznać, że dziś już posiadamy li

---

[1]) Ponieważ znaczenie nazwy jest sprawą porozumienia się, możnaby słowu »sugestya« nadać treść obszerniejszą. Weźmy, naprzykład, chorego na chorobliwą obawę, który po wysłuchaniu wykładu o przymiocie, zostaje dotknięty obawą dotykania się, nieuleczalną przez leczenie psychiczne. Zaliż powiemy, że ta obawa chorobowa została poddaną przez prelegenta? Przypuśćmy, że tak. Ale jeśli tu była sugestya, to musimy przyznać, że różni się ona zasadniczo od sugestyi innego rodzaju, której wyniki dają się usunąć przez perswazyę, i że w takim razie zastosowaliśmy jedną i tę samą nazwę do dwu różnych zjawisk, z których każde powinnoby być oznaczone osobno.

Skoro już mowa o definicyi, przypomnę, że z drugiej strony według jednych słowo sugestya oznacza wpływ, przez który się zmusza inną osobę do przyjęcia jakiejkolwiekbądź idei bez względu na to, czy jest ona bezsensowną, czy też rozsądną; według innych zaś, i do tych też siebie zaliczam, nazwie tej należy nadać znaczenie wyłącznie ujemne. Jest to również sprawa porozumienia się. Bezsprzecznie jednak stan psychiczny człowieka, który przyjmuje podsuwaną mu rozsądną myśl, chociażby jej nie poddał ścisłemu sprawdzeniu, nie może być utożsamiony z umysłowością osobnika, którego się zmusza przyjmować »igły za widły«. Jeśli w pierwszym przypadku mówimy o sugestyi, w drugim przypadku musielibyśmy widzieć conajmniej »hypersugestyę«, przyczem ta przystawka »hyper« wyrażałaby właśnie odcień ujemny.

czne oznaki, pozwalające nam, w wielu przypadkach przynajmniej, na rozpoznanie prawie bezwzględnie pewne. Śród tych oznak jedne są dodatnie: tak naprzykład bez obawy pomyłki możemy twierdzić, że napad nerwowy z wielkimi ruchami drgawkowymi i tężcem tylnym (*arc de cercle*), lub też pląsawica miarowa są zjawiskami, zrodzonemi przez sugestyę lub udawanie, gdyż nie znamy innych przyczyn, któreby mogły wywołać takie zaburzenia. Inne oznaki są ujemne: powiem, naprzykład, że dany bezwład jest z wielkiem prawdopodobieństwem wynikiem sugestyi, o ile nie mogę stwierdzić żadnego z objawów, które towarzyszą w większej lub mniejszej liczbie bezwładowi innego pochodzenia. Dodam, nawiasem mówiąc, że rozpoznanie przypadków natury sugestyjnej o wiele częściej opiera się na oznakach ujemnych, niż dodatnich.

(C. d. n.).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Jeaunin i V. Cathala: **O rokowaniach i wskazaniach przy cięciu przyłonowem (hebotomii).** (*L'Obstétrique* Nr. 5, 1908).

I. Przedewszystkiem autorowie zastanawiając się nad rokowaniem przy tym zabiegu w ogólności omawiają wszystkie wydarzenia i powikłania, jakie bezpośrednio lub później zajść mogą. I tak:

A) Wydarzenia bezpośrednie (wczesne):

a) Krwotoki znaczniejsze zdarzają się rzadko i to wskutek skaleczenia: 1) ciała jamistego łechtaczki, 2) splotu pęcherzowego, 3) opuszki przedsionkowej i żył przepony miedniczej, 4) z powodu przedarć i okaleczeń pęcherza i pochwy.

b) Krwiak, powstający najczęściej wskutek rozdarcia ciał jamistych, dochodzi do wielkości jaja i większej, ulega wessaniu wolno i może sprawiać bole i przebiegać z obrzękiem sromu. Niepomyślnem jego zejściem jest ropienie.

c) Rozdarcia pochwy i sromu — dosyć częste (10%), stwarzają warunki złamania powikłanego, mogąc stanowić źródło zakażenia dla rany kostnej. Są one najczęstsze u pierwiastek. Sprzyjają im wązkość miednicy, duży płód, zły stan części miękkich — dalej zanadto gwałtowne rozwarcie się przeciętych kości, zanadto szybkie wydobycie płodu (obrót, kleszcze).

d) Uszkodzenia pęcherza powstają wskutek rozwarcia się pierścienia miednicy, przez co pęcherz traci podporę i pociągany więzadłami ulega przedarciu, lub ulega temu, będąc przypartym przy wydobyciu sztucznem płodu przez główkę do ostrego brzegu przepiłowanej kości. Drugą przyczynę stanowi okaleczenie pęcherza igłą do hebotomii, zwłaszcza przy metodzie podskórnej. Skaleczenia narzędziem mają skłonność do zgojenia się samoistnego, skaleczenia przez rozejście się łuki mogą dawać powód do zacieku moczowego i nawet zejścia śmiertelnego oraz wytworzenia się przetok moczowych.

e) Przypadki zakażenia są bardzo częste (41%), a śmiertelność podług statystyki Gigliego wynosi 5%. Zakażenie wywołują przeważnie uszkodzenie pęcherza i okaleczenia pochwy, komunikujące z raną kostną. Może nastąpić zakażenie rany operacyjnej, zropienie krwiaków, zapalenie otrzewnej, zakażenie ogólne, wreszcie zakrzepy, bardzo częste po hebotomii, wskutek uszkodzenia splotów żylnych przedpęcherzowych.

B) Wydarzenia późniejsze po hebotomii są stosunkowo rzadkie. Należą tutaj:

a) Niemożność pracy fizycznej (b. rzadka). W warunkach prawidłowych operowane wstają z łóżka około dnia 20-go i chodzą dobrze, bez bolesności. Chód bywa zupełnie dobry lub tylko nieznacznie kołyszący. Badając miednicę, w miejscu przeciętem można stwierdzić nieznaczne przesunięcie odłamków kostnych, nie mające żadnych następstw. Około 8—10 dnia kostnina jest wytworzona, bezbolesna i nie wystaje ku miednicy. Zwykle wytwarza się blizna włóknista, może jednak powstać i blizna kostna.

b) Zboczenie w położeniu i wypadanie narządów rodnych, również bardzo rzadkie, a przytem trudno udowodnić, że bez operacyi nie mogłyby wystąpić.

c) Niemożność utrzymania moczu z powodu częściowego lub zupełnego porażenia zwieracza pęcherza.

d) Przepukliny pachwinowe wskutek przesunięcia pierścienia kanału pachwinowego, wydarzają się bardzo rzadko i to tylko 1) o ile cięcie kostne poprowadzono daleko od linii środkowej, 2) jeżeli nastąpił silny rozstęp kości, 3) jeżeli odcinki przepiłowanej kości wadliwie się złożyły.

C) Śmiertelność matek (5—7%), w ostatnich czasach znacznie mniejsza. Przyczyną śmierci prawie wyłącznie jest zakażenie — wyjątkowo tylko krwotok (dotąd znany tylko 1 przypadek).

D) Śmiertelność dzieci (7%). Zależy od mnóstwa czynników, niezależnych od samego zabiegu, statystyka więc nie może odpowiadać rzeczywistości. Zależy ona również od tego, że hebotomię zrobiono za późno, dopiero po nieudaniu się kleszczy, pępowina była okręcona koło główki itp.; wogóle ocenienie bardzo zawiłe. Dalej np. wpływa na śmiertelność dzieci konieczność szybkiego ukończenia porodu kleszczami lub obrotem.

II. Rokowanie porównawcze różnych metod hebotomii.

Zanim przystąpi się do przecięcia kości, należy się starać o możliwie szybkie rozszerzenie zupełne ujścia — o ile więc poród się przewleka, należy użyć któregoś ze sposobów rozszerzenia ujścia, zwłaszcza po odejściu wód (balony, Bossi). Również zakładają niektórzy balon do pochwy dla jej rozszerzenia, gdzie obawiamy się pęknięć (np. u pierwiastek). Po przecięciu łuku jedni kończą poród odrazu, pozostawienie jednak dalszego porodu siłom przyrody daje lepsze wyniki.

A) Z metod mających na celu otrzymanie trwałego rozszerzenia miednicy: *a)* jedne polegają na niezakładaniu żadnego opatrunku i utrzymaniu tym sposobem rozwarcia łuku łonowego, *b)* inne polegają na heteroplazyi, dążąc do niezrośnięcia się kości przez wkładanie w miejsce przecięte blaszek metalowych, celuloidowych itp.; wreszcie należą tu *c)* metody osteoplastyczne. Wszystkie te metody mają tę wspólną wadę, że dążą do wywołania niezrośnięcia się przeciętych odcinków, przez co naruszają prawa statyki miednicy i przeciwdziałają powrotowi do stanu prawidłowego (»restitutio ad integrum«), co powinno być końcowym celem hebotomii.

B) Metody rozszerzenia miednicy chwilowego: Obecnie są stosowane tylko zabiegi jednostronne i tutaj możemy rozróżnić 1) Metody z raną zewnętrzną, 2) Metody t. zw. podskórne, które można podzielić na: *a)* Metody częściowo podskórne, (Döderlein-Seligmann Henkel metoda podokostna), *b)* Metody całkowicie podskórne (Walcher-Bum-Stoeckel). Wszystkie te metody są równie proste i równie szybkie, wymagające 1—2 minut czasu, a jakkolwiek metoda Buma jest stosunkowo nieco szybszą, lecz szczegół ten przy tej operacyi nie ma żadnej doniosłości.

Co do powikłań przy różnych metodach, to: *a)* Krwawienia są nieco częstsze przy metodach podskórnych, a tamowanie ich łatwiejsze przy ranie otwartej. *b)* Krwiaki również częstsze wskutek tego przy metodach podskórnych. *c)* Przedarcia pochwy i sromu częstsze i cięższe, jak wykazują statystyki, przy metodach podskórnych, gdyż miejsce przecięte komunikuje wówczas z raną w okolicy, nie dającej się odkazić. *d)* Uszkodzenia pęcherza spostrzegano zarówno przy obydwu rodzajach metod, skaleczenia cięższe spotykano przecież częściej przy metodach podskórnych; przy otwartych łatwiej ich uniknąć. *e)* Przypadki zakażenia przy obydwu rodzajach metod równie częste (około 40%).

Co do powikłań późniejszych, to zależą one od naruszenia w mniejszym stopniu całości statyki miednicy i z tego punktu widzenia metoda podskórna byłaby doskonalszą, ponieważ części miękkie regulują do pewnego stopnia rozwarcie się pierścienia miednicy, utrzymując przecięte odcinki w zetknięciu. Metoda Buma zabezpiecza przed powstaniem przepuklin pachwinowych. (Powikłanie to jest zresztą b. rzadkie).

Porównując wszystkie za i przeciw rozmaitych metod dochodzi autor do wniosku, że metody otwarte stoją wyżej chirurgicznie, chociażby tylko dlatego, że nie narażają pęcherza na skaleczenia narzędziem. Co do śmiertelności, to wynosi ona ogólnie 6% i to przy metodach otwartych 10%, przy podskórnych 4,2%; ponieważ jednak statystyki nie odpowiadają sobie liczbowo, więc możliwe są i znaczne pomyłki, a stąd i błędne wnioski statystyczne. Nadto statystyka metody otwartej, jako dawniejszej, zawiera wiele mniej pomyślnych początkowych wyników, zanim zabieg przepiłowania kości udoskonalono. Logicznie metody otwarte lepsze są od podskórnych, pozwalają bowiem na wygodne tamowanie krwawienia i lepiej się zgadzają z zasadami nowoczesnej chirurgii, t. j. operowania o ile możności pod

nadzorem wzroku. Podług zdania Króniga, metoda Buma jest najelegantszą, metody otwarte zaś najkorzystniejsze tak dla matki, jak i dla dziecka. Najlepszym zdaje się autorom sposób Döderleina, jako najprostszy. Co do miejsca przepiłowania, najlepszem jest cięcie podług Calderiniego, które, jako leżące w pośrodku pomiędzy spojeniem a otworem zasłonionym nie uszkadza z jednej strony więzów łonowo-pęcherzowych i zwojów Santoriniego, z drugiej zaś leży w dostatecznej odległości od tętnicy zasłonowej.

III. Porównanie cięcia przyłonowego i cięcia łonowego.

Obydwa te zabiegi są technicznie równie łatwe. Pod względem rozszerzenia miednicy bezpośredniego dają z pewnością ten sam wynik, a co do rozszerzenia trwałego również wyniki zdaje się są równe. Zaletą hebotomii jest stworzenie rany kostnej, a nie stawowej, zwłaszcza w okolicy tak trudnej do odkażenia. Rozcięcie spojenia łonowego, jako zabieg operacyjny, jest niebezpieczniejsze ze względu na bezpośrednie sąsiedztwo: 1) pęcherza i cewki, 2) splotów żylnych przedpęcherzowych i łechtaczki, 3) więzadeł łonowo-pęcherzowych, które następnie pociągając za pęcherz mogą stać się powodem jego uszkodzenia. Przy cięciu przyłonowem teren operacyjny jest pewniejszy, bo: 1) więcej oddalony od cewki i splotów żylnych przedpęcherzowych. 2) cięcie przypada poza więzadłami łonowo-pęcherzowemi (jedynie ciała jamiste obchodzą operującego). Przy hebotomii mniej bywa okaleczeń bezpośrednich, również rzadsze są późniejsze powikłania, gdyż zasady statyki są więcej uwzględniane, a temsamem i chód lepszy.

Cięcie przyłonowe jest więc udoskonaleniem cięcia łonowego, dając to samo bezpośrednie rozszerzenie miednicy, te same korzyści na przyszłość, jest operacyą chirurgicznie poprawniejszą, nie stwarzając rany stawowej w pobliżu ogniska zakaźnego, wywołuje mniej okaleczeń bezpośrednich i późniejszych następstw, śmiertelność matek jest cokolwiek, a płodów znacznie mniejsza, niż przy rozcięciu spojenia.

IV. Wskazania do cięcia przyłonowego.

Wskazania do hebotomii zostały w ostatnich czasach nieco ograniczone i dzisiaj ma ona zastosowanie tylko przy zwężeniach miednicy. Sprawa wskazań porównawczych różnych sposobów konkurencyjnych przy zwężeniach miednicy (poród przedwczesny, obrót, kleszcze wysokie, embryotomia, cięcie cesarskie), była już wielokrotnie przez wielu autorów roztrząsana, autor więc ją pomija, jako zupełnie już wyjaśnioną, stara się jedynie rozstrzygnąć pytanie: kiedy uciec się do cięcia cesarskiego, a kiedy wybrać hebotomię u rodzącej ze zwężeniem miednicy, aby ją rozwiązać jak najkorzystniej tak dla niej, jak i dla zdrowia jej dziecka?

Porównanie cięcia cesarskiego z cięciem przyłonowem.

Z wyjątkiem miednicy garbatych, przy której hebotomia daje znakomite wyniki, jedynie przy miednicy krzywiczej możnaby się wahać z wyborem pomiędzy hebotomią a cięciem cesarskiem, w przypadkach wątpliwych lepsze jest cięcie cesarskie, jako usuwające sam akt porodowy, chyba że w danym przypadku nie możemy się odważyć na otwarcie otrzewnej.

Klasyczne zasady postępowania przy tego rodzaju zwężeniach dają się ująć w dwie reguły: *a*) Przy miednicy krzywiczej, skoro poród się dopiero rozpoczął, szyjka mało rozwarta, błony całe, rodząca mało badana, stan ogólny dobry, lepszem jest cięcie cesarskie, jeżeli sprzężna prawdziwa wynosi mniej niż 7 cm; jeżeli sprzężna jest większa, należy czekać na zupełne rozwarcie ujścia, poczem wykonać hebotomię. *b*) Jeżeli poród trwa długo, pęcherz pękł, przypuszczać można zakażenie, to cięcie cesarskie jest wyłączone; hebotomia możliwa, o ile kobieta niezakażona a płód nieomdlały; przy braku tych warunków wykonać należy ćwiertowanie płodu, cięcie cesarskie sposobem Porro lub wycięcie macicy.

Autorzy nie uważają tych ogólnie przyjętych zasad za niewzruszalne i omawiają swoje zapatrywania w tym względzie, dzieląc nadające się przypadki na kilka grup, zależnie od tego, czy istnieją t. zw. idealne warunki do cięcia cesarskiego lub nie:

1) Przy istnieniu t. zw. idealnych warunków do cięcia cesarskiego będzie przemawiał za:

cięciem cesarskiem	hebotomią
wymiar sprzężnej prawdziwej poniżej 8 cm.	Ewentualna hebotomia będzie się nadawała przy wymiarze sprzężnej większym od 8,5 cm.

W granicach wymiarów sprzężnej prawdziwej pomiędzy 8—8,5 cm będą następujące okoliczności przemawiały za:

cięciem cesarskiem	hebotomią
a) pierwiastka	*a*) wieloródka
b) płód duży	*b*) płód średni lub mały
c) miednica ogólnie ścieśniona	*c*) miednica płaska
d) niedrożność części miękkich	*d*) dobry stan części miękkich

2) Przy braku idealnych warunków do cięcia cesarskiego.

A) Rodząca nie okazuje objawów wyraźnego zakażenia. Wybór zależy wtedy od oceny.

a) długości trwania porodu

cięcie cesarskie	hebotomia
Trwanie porodu odgrywa o tyle rolę, o ile przyczyniło się do częstszego badania	Przeciąganie się porodu przy pęcherzu pękniętym, o ile rozszerzenie szyjki postępuje wolno, stwarza niebezpieczeństwo zakażenia (o ile więc można czekać, należy starać się sposobami niekrwawymi o rozszerzenie ujścia)

b) stanu pęcherza płodowego

Zależy od tego, jak dawno pękł pęcherz, czy wody jeszcze odchodzą, czy są czyste lub ze smołką, bez nieprawidłowej woni	Stan pęcherza płodowego nie jest przeciwskazaniem do hebotomii

c) czy już podejmowano inne zabiegi?

a) Zabiegi zmierzające do przyspieszenia porodu, o ile czysto wykonane, są mniej niebezpieczne	*a*) Zabiegi celem rozszerzenia ujścia nie są przeciwskazane
b) Po próbach nieudałych, obrótów, kleszczy, itd., cięcie cesarskie jest przeciwwskazane, gdyż i los dziecka niepewny.	*b*) Zabiegi na płodzie, o ile nie nastąpiło okaleczenie dróg porodowych, nie stanowią przeciwwskazania; w tych jednak przypadkach już ze względu na możliwość zakażenia lepszą jest hebotomia od cięcia cesarskiego.

d) O ile dziecko ucierpiało: ćwiertowanie płodu.

B) Rodząca okazuje objawy zakażenia.

a) Wiewiór nie zawsze jest przeciwwskazaniem dla cięcia ces. (po odpowiedniem oczyszczeniu sromu i pochwy nadmanganianem potasu).	W przypadkach zakażonych hebotomia jest niebezpieczniejszą, niż w niezakażonych. Istniejące zakażenie pogarsza rokowanie hebotomii, gdyż ona wywołuje:
b) Zakażenie połogowe (streptoc. staphyloc. bact. coli., beztlenowce), jest przeciwwskazaniem do cięcia cesarskiego zachowawczego.	1) pewien wstrząs przez sam zabieg, 2) ewent. krwawienie, 3) ewent. pęknięcie pochwy otwierające drogę dla zakażenia, 4) stworzyć może warunki złamania powikłanego (w takim zaś przypadku należy sączkować)

W przypadkach takich lepiej się nadaje operacya cięcia cesarskiego sposobem Porry.

Zaleca się więc wykonywać hebotomię u kobiet, nie przedstawiających obrazu zakażenia, a w przypadkach cięższego zakażenia zastosować operacyę Porry.

V. Ostateczne wnioski są następujące: Cięcie przyłonowe (hebotomia):

1) Jest zabiegiem doskonalszym od cięcia łonowego (symphyseotomia).

2) jedynie logiczną metodą operowania jest metoda z raną otwartą; metody podskórne sprzeciwiają się obecnym zasadom chirurgii ogólnej i łączą się z niebezpieczeństwem skaleczenia pęcherza narzędziem.

3) W chwili rozpoczęcia się porodu, cała wyższość hebotomii nad cięciem cesarskiem leży tylko w tem, że ona dozwalając czekać na zupełne rozwarcie się ujścia, liczy się z możliwością samorodnego wstawienia się główki. Z góry należy więc ją wybrać jedynie w przypadkach zwężeń, gdzie można na to liczyć (sprzężna większa niż 8,5 cm).

4) Przy ujściu zupełnie rozwartem, przy równych zresztą innych warunkach cięcie cesarskie jest co najmniej równie dobrym zabiegiem, jak hebotomia. Przy istnieniu objawów zakażenia odpowiedniejszą jest hebotomia (zaleca się w tych przypadkach sączkować ranę operacyjną).

5) Sączkowanie rany operacyjnej, bodaj krótkie, uważają autorzy za bardzo korzystne postępowanie, gdyż chroni to przed niektóremi wydarzeniami bezpośredniemi i zapobiega zakażeniu małych krwiaków międzyłonowych. *Dr Stanisław Przybylski.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Becker. **Rękawiczki i ich środki zastępcze.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 51). Mimo licznych zachwalań powłoczek na ręce, mających zastępować rękawiczki, t. j. chirosoteru i dermagumentu, B. na zasadzie swych badań ostrzega przed stosowaniem tych środków na rękę, przedtem nieodczyszczoną. Jeżeli chodzi o wielki pośpiech, to najlepiej jeszcze używać rękawiczek, które odkaża się przez wytarcie przez minutę 20% rozczynem formolu. *K.*

Werndorff. **O almateinie.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 23). Almateina, środek uzyskany na drodze syntetycznej z formaldehydu i hematoksyliny, jestto bezwonny ceglasty proszek, łatwo rozpuszczalny w glicerynie. Polecono go jako środek zastępczy jodoformu w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. Almateina ma działanie odkażające formaldehydu i ściągające hematoksyliny. Już Venus (Przegląd lek. i Zentralbl. f. Chir. 1908) doniósł o bardzo korzystnem działaniu almateiny; obecnie W. w zupełności to potwierdza. Almateinę stosował W. jako zasypkę, 10% gazę, 1% rozczyn glicerynowy i jako plombę kostną. Wogóle z wyników był bardzo zadowolony. Almateina wysusza rany, pobudza ziarninę, zmniejsza wydzielinę, a zwłaszcza nadaje się znakomicie zamiast jodoformu do plomby kostnej Mosetiga. Do ropni wstrzykuje się do 10 grm 1% rozczynu glicerynowego. Almateina działa też korzystnie jako zasypka przy odleżynie i wypryskach przyrannych. *Kl.*

Prof. Müller. **O zatruciu lizolem.** (*Tow. lek. Norymberga* 5. XI. 1908). Otrucia i zatrucia lizolem stają się obecnie w miarę rozpowszechniania się lizolu coraz częstsze, a odnosi się to tak do zatruć przypadkowych, jak i do samobójstw. Dawka trująca lizolu waha się zależnie od wieku, miejsca zastosowania, od 20—60 ctm. Od kiszki stolcowej działa lizol znacznie silniej trująco, niż od strony ust. Żołądek pusty oddziaływa na truciznę znacznie prędzej. Objawy poparzenia błon śluzowych są zwykle nieznaczne. Cechujące są zapach lizolu i brunatne smugi, ciągnące się od kącików ust ku brodzie. Wskutek działania krezolów chorzy tracą szybko przytomność, zjawia się świszczący oddech, sinica, zwężenie źrenic, odruchy kolanowe i rogówkowe znikają, tętno małe, a częste. Nawet w najrozpaczliwszych przypadkach nie należy opuszczać rąk, lecz płukać żołądek, podać środki pobudzające, mleko, calcaria sacharata i lewatywę z wyskoku. Jeżeli chorzy przyjdą do siebie, to grozi im jeszcze potem drugie niebezpieczeństwo, t. j. powikłania płucne. Mocz bywa typowo zabarwiony czarno-zielono, podobnie jak przy zatruciu karbolem i daje odczyn, opisany przez Baumgartena i Kaminera, t. j. po dodaniu kwasu siarkowego lub solnego barwi się niebiesko, a po dodaniu ługu sodowego czerwono. Odczyn ten pochodzi od bliżej nam nieznanego barwnika. *A.*

Goldenberg. **O zaczynowem leczeniu ropni gruźliczych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 1). W tymczasowem doniesieniu omawia G. sprawę leczenia zaczynowego ropnych spraw gruźliczych. Jochmann, Daetzner, Müller, Peiser, ogłosili niedawno swoje wyniki zaczynowego leczenia spraw gruźliczych i przeciwzaczynowego ostrych spraw ropnych. G. w leczeniu spraw gruźliczych postępuje nieco inaczej, a mianowicie nie wstrzykuje do ropni gotowego zaczynu, lecz stara się go otrzymać miejscowo, niejako *in statu nascendi.* Na podstawie badań Heilego wstrzykuje G. rozczyn nukleinianu sodu, przez co wywołuje nagromadzenie się miejscowe ciałek białych, a potem naświetla miejsce ropnia silnie promieniami Röntgena, przez co wywołuje rozpad ciałek białych i uwalnianie się wolnego zaczynu. W ostatnich czasach zamiast nukleinianu sodu, używa G. przetworów srebra, zwłaszcza protargolu. Wyniki miał G. bardzo dobre. *K.*

Krecke. **Chirurgiczne leczenie choroby Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 1). K. jest zwolennikiem teoryi o powstawaniu choroby Basedowa wskutek zmian gruczołu tarczowego i uważa zabieg operacyjny, wykonany w porę na gruczole tarczowym, za jeden z najracyonalniejszych sposobów leczenia. L. próbował leczenia promieniami Röntgena, ale bez skutku, a nawet spostrzegał pogorszenia. Wogóle operował 17 przypadków choroby Basedowa. Jeden przypadek zakończył się śmiercią, gdzie K. naraz operował po obu stronach, dlatego też radzi zawsze operować tylko po jednej stronie, a dopiero w razie, gdy skutek nie jest jeszcze zupełnie dobry, w pewien czas dopiero po stronie drugiej. W przypadkach cięższych należy nawet ograniczyć się na razie do podwiązania tętnic. K. operuje w uśpieniu, gdyż przekonał się, że jest ono mniej niebezpieczne dla serca, niż wstrząs nerwowy przy operacyi w znieczuleniu miejscowem. Wyniki wogóle ma bardzo dobre. Po operacyi u 12 chorych serce uspokoiło się zupełnie, podobnież objawy nerwowe, chorzy przybrali na wadze i wysadzenie gałek ocznych się zmniejszyło, a u jednego chorego znikło po jednej stronie zupełnie. Nie należy jednak do operacyi przystępować za późno. Kocher twierdzi, że chorobę Basedowa cechują następujące zmiany krwi: zwiększenie liczby ciałek czerwonych, zmniejszenie białych, zwłaszcza wielojądrzastych, a odsetkowe zwiększenie jednojądrzastych. K. spotykał czasem te zmiany, ale u wielu chorych krew przedstawiała znów zupełnie prawidłowe stosunki. *K.*

Gocht. **Uszkodzenia, wywołane promieniami Röntgena, zapobieganie im, leczenie i znaczenie sądowe.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 1—2). Uszkodzenia rentgenowskie powstać mogą przez krótkie, ale silne zadziałanie promieni, lub też przy działaniu przewlekłem, a dotyczą skóry, narządów limfatycznych, płciowych, nerwowych, wreszcie mogą promienie Röntgena działać niekorzystnie na wzrost i energię życia. Uszkodzenia skóry ostre, obejmują 4 okresy: 1) wypadanie włosów i zmiany barwikowe skóry, 2) objawy zapalne, naciek, swędzenie, w następstwie wypadanie włosów i łuszczenie się skóry, 3) wśród silnych bolów nacieki, pęcherze i ropienie, 4) silne zniszczenie skóry, owrzodzenia trudno się gojące. Zmiany pod 1) i 2) ustępują zwykle same, gdy dotknięty niemi, zaprzestanie narażać się na promienie. Uszkodzenia przewlekłe cechują się zmianami takiemi, jak pod 2), a dalej nadmiernem zrogowaceniem, łuszczeniem, zwłaszcza w okolicy paznokci, pęknięciami, ropieniem, brodawkowatemi wyroślami, rozszerzeniem naczyń włosowatych, kruchością paznokci i pękaniem ich, a w końcu głębokiemi owrzodzeniami, wiodącemi do wielkich zniszczeń, a nawet raków. Na narządy limfatyczne, (śledzionę, szpik kostny, krążące ciałka białe) działają promienie niszcząco; podobnie działają szkodliwie na narządy płciowe, wywołując zanik i zwyrodnienie (niepłodność). Zmiany w układzie nerwowym cechują: bole głowy, zawroty, osłabienie, ślinotok, bicie serca, senność; u zwierząt spostrzegano porażenia. U młodych zwierząt stwierdzono zgubny wpływ promieni na wzrost i to w dawkach, nie wywołujących nawet wypadania włosów. Im zwierzę młodsze, tem działanie silniejsze. Wprawdzie u dzieci dotąd złych skutków rentgenizacyi w tym kierunku nie spostrzegano, ale spostrzeżenia u zwierząt nakazują bądź co bądź zawsze ostrożność. Czasem w następstwie rentgenizacyi wystąpić mogą psychozy. Najwięcej narażeni są naturalnie lekarze, inżynierowie i służba pomocnicza. Chorzy narażają się na uszkodzenia przy zdjęciach rentgenowskich długo trwających, z powodu nieudania się powtarzanych, przy częstych prześwietlaniach, n. p. celem demonstracyi i przy leczeniu promieniami. Wobec dzisiejszego stanu rentgenologii powinny uszkodzenia należeć do wielkich rzadkości, o ile lekarz, zajmujący się rentgenizacyą, jest dokładnie i wszechstronnie obeznany z techniką tej metody i biologicznemi własnościami promieni i o ile zachowuje odpowiednie ostrożności tak co do ochrony, jak odpowiedniego dawkowania i zwraca uwagę na czułość miejsca naświetlanego. Stosowna dawka promieni zależy od ilości i jakości promieni i od oddalenia źródła promieni od ciała. Jakość promieni zależy znów od ilości gazu i obciążenia lampy. Lampa, zawierająca obficie gaz, przy odpowiedniem obciążeniu nazywa się miękką i wysyła promienie mało przenikające. Lampa, zawierająca mało gazu, zowie się twardą i wysyła promienie drążące w głąb. Ilość promieni zależy od długości naświetlania i rozległości obszaru naświetlanego. Do celów n. p. leczniczych używać należy lampy dobrze świecącej o średnim stopniu ewakuacyi. Dawka w takiej lampie zależy od odległości ogniska i czasu naświetlania. Obecnie znamy już sposoby odpowiedniego dawkowania i obliczania dawek promieni. Aby uniknąć odpowiedzialności, a raczej aby (w razie ew. procesu) udowodnić, że postępowało się odpowiednio, trzeba starać się pracować o ile możności w jednakich warunkach, zapisywać dokładnie wszelkie dane co do siły promieni w danej chwili (twardość, oddalenie ogniska, czas naświetlania i t. p.). Chcąc zadziałać w głąb, należy pokrywać skórę materyałami, do niej podobnymi, n. p. safianem i t. p. Ochrona polega na zakrywaniu ciała materyałami, zawierającymi ołów. Lekarz powinien stać zawsze za antykatodą. Pracownia rentgenowska powinna być odpowiednio urządzona i odosobniona. Leczenie uszkodzeń skóry polega przedewszystkiem na wstrzymaniu się zaraz od zajęć rentgenowskich, dalej od mycia rąk, zwłaszcza środkami przeciwgnilnymi

i od powalania rąk gipsem. Unikać też należy maści kokainowych, ortoformu, anestezyny. W przypadkach zapalnych dobrze działają okłady z wody ołowianej, dalej przetwory smołowe i maść: *Hydrarg. sulfur.* 1,0, *Sulfur. praec.* 10,0, *Litantral.* 10,0, *Ungt. Casein.* 100,0. Przy zrogowaceniach skutkują mydła salicylowe i plastry salicylowe, w razie koniecznym usuwanie miejsc zrogowaciałych ostrą łyżeczką. Przy owrzodzeniach stosuje się smarowania jodyną, eozyną, przypalanie, a nieraz dopiero wycięcie i szew lub plastyka pomagają, zwłaszcza, że na tle niegojących się wrzodów wytworzyć się mogą raki, przykurczenia stawów bliznowate i t. p. Co do sądowego znaczenia uszkodzeń rentgenowskich, to pamiętać należy: 1) Promienie stosować wolno jedynie w celach rozpoznawczych i leczniczych, i to przez lekarza, dokładnie z całą sprawą obeznanego. 2) Chorego należy ostrzedz, że mimo największych starań może wystąpić pewien odczyn (I. lub II. stopnia), a czasem umyślnie się go nawet wywołać musi w celach leczniczych. 3) Lekarz przed badaniem powinien się zapytać o dane co do drażliwości skóry chorego; podczas badania ani na chwilę nie opuszczać pokoju. 4) Należy zapisywać wszystkie dane, by w razie skargi znawcy (a powinni być nimi ludzie również dokładnie obeznani z rentgenologią) mogli mieć dokładny obraz postępowania lekarskiego. *K.*

Kollner. **Zagrożenie rogówki przez operacyjne usunięcie zwoju Gassera.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 49). Niektórzy chirurdzy wspominają o schorzeniach rogówki po usunięciu zwoju Gassera. Według Türka występują one w 22·9% po operacyi, jeżeli zaś zwój usunie się zupełnie, w 25·5%. K. zebrał 18 przypadków, operowanych w klinice Biera i z 12 następowo badanych (o 3 zmarłych donieśli lekarze), znalazł u 10 schorzenia rogówki. Zmiany prawie zawsze były jednakie, t. j. w środku ubytek nabłonka, a nawet wrzód, w przypadkach zaś dawniej operowanych blizna. Zwykle zmiany w rogówce występują w pierwszych tygodniach po operacyi, zwłaszcza jeżeli się oka odrazu nie chroni opatrunkiem. Przy odpowiedniem leczeniu zwykle sprawa się goi i rokowanie jest dobre, choć nawroty także się zdarzają. Rzadko tylko zdarzają się poważniejsze następstwa, jak zapalenia tęczówki, a nawet utrata wzroku. Przyczyny szukać należy w zmianach dróg nerwowych odżywczych (połączeń nerwu współczulnego ze zwojem, przerwanych przez operacyę). Zmiany w rogówce nabierają też o tyle większego znaczenia, że wobec utraty czucia chory nie zwraca wczas na nie uwagi. *A.*

Wertheim. **Przypadek uszkodzenia nerwu podjęzykowego.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1908, Nr 52). Uszkodzenia nerwu podjęzykowego należą do rzadkości. W przypadku autora powstało takie uszkodzenie po pchnięciu nożem w szyję w okolicę wielkiego rogu kości gnykowej po stronie lewej. Raniony był bardzo osłabiony utratą krwi, przystąpiono też zaraz bez uśpienia do operacyi i podwiązano przeciętą tętnicę i żyłę językową. Chory przyszedł rychło do siebie; wkrótce jednakże zaczęły występować objawy, świadczące o uszkodzeniu nerwu podjęzykowego. Mowa stała się niewyraźną i nosową, ruchy języka utrudnione, lewa połowa tegoż bledsza i cieńsza, przy wyciąganiu zbaczał język na lewo, po stronie lewej brak odczynu na prąd faradyczny, czyli obraz niedowładu nerwu językowego, pochodzący od niezupełnego przecięcia tego nerwu. Objawy zwolna zaczęły ustępować, tak że W. w tym przypadku rokuje dobrze. Nerw podjęzykowy zasila swemi włóknami ruchowemi wszystkie mięśnie języka, a nadto mięsień bródkowo-gnykowy (wyciąganie języka) i mięsień tarczowo-gnykowy (kurczenie i cofanie języka w tył). *K.*

Schäfer. **O żebrach szyjnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 51). Nieprawidłowość ta nie jest tak rzadka, jakby się wydawać mogło. Rozpoznanie, — nietrudne, jeśli się tylko o tej możliwości pamięta, — potwierdzone być może dzisiaj promieniami Roentgena. Najczęściej w tych razach bywają rozpoznawane gruźliczo powiększone gruczoły, lub — z powodu stłumienia — sprawa gruźlicza w szczycie płuca. *Dr M. Godlewski.*

Lotsch. **Dwa przypadki szwu płuca z powodu ciężkiego krwotoku.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 3). L. na podstawie 2 szczęśliwie operowanych przez siebie przypadków zranień płuca (nożem i kulą) zachęca do częstszych prób ratowania chorych zapomocą szwu płuc. Dotąd opisano 15 takich przypadków. Operować należy, gdy krwotok do opłucnej jest bardzo silny i po pierwszem nakłuciu nie ustępuje. Przy postępowaniu wyczekującem osiąga się najwyżej 60% wyleczeń. Do płuca dojść można z cięcia międzyżebrowego lub, co lepiej, po wycięciu kawałka 1—2 żeber (przez co o wiele lepiej zeszyć można potem ranę, zwłaszcza opłucnę). Ranę w płucu zwykle łatwo znaleść. Operować można i bez różnicy ciśnienia, bo płuco i tak jest już uciśnięte. Ranę należy zaszyć zupełnie i założyć celem uszczelnienia opatrunek napojony jałową oliwą. Jak dotąd, wikłają te operacye jeszcze często zakażenia, co jednak nie powinno odstraszać od dalszych prób. *Kl.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Ewald: **Nerwice urazowe i ustawodawstwo dotyczące urazów** (*Beihef. z. Med. Klinik* z. 12. 1908). Niniejsza broszura E. jest bardzo i u nas na czasie, ze względu na mające wejść w życie ogólne ubezpieczenie. E. omawia w niej stosunek i wpływ ustawodawstwa na rozwój i przebieg nerwic urazowych. Statystyka stanowczo dowodzi, że ubezpieczenie robotników wpłynęło pod tym względem ujemnie na moralny stan szerokich warstw i że w ostatnich czasach powiększyła się bardzo liczba robotników nerwowych, pozbawionych energii do pracy, a nadzieja otrzymania renty stała się u wielu myślą przewodnią. Także i ubezpieczenie na starość nakłania wielu do starania się o rentę, gdyż rzadko który robotnik może doczekać się wieku, w którym prawnie należy mu się zaopatrzenie. I przed wprowadzeniem ubezpieczenia w Niemczech istniały już nerwice urazowe, obecnie są one jednak częstsze i przebieg oraz rokowanie ich są znacznie gorsze. Starano się tym złym skutkom ubezpieczenia zapobiegać różnie. Bezwarunkowo pochwalić należy usiłowania, dążące do skrócenia całego postępowania prawnego, dalej do objęcia wczesnego leczenia chorych przez towarzystwa ubezpieczeń, oddawanie chorych do zakładów, gdzie z musu oddawać się muszą pracy, wprowadzenie kosztów postępowania, które ponosi skarżący, jeżeli pretensya jego nie jest słuszną. Wielce ujemnie na stan psychiczny uszkodzonych wpływają też liczne następowe badania, mające na celu uszczuplanie renty w razie poprawy stanu.

Jednorazowa odprawa jest znowu często krzywdząca, więc temu zapobiedz nie może. Przy ocenie udawania trzeba przy nerwicach urazowych postępować bardzo ostrożnie i lepiej w przypadkach wątpliwych stanąć po stronie uszkodzonego, gdyż często odprawa dopiero wywołuje znaczne pogorszenie. Obciążenie dziedziczne wywiera przy nerwicach urazowych także bardzo widoczny wpływ ujemny. Przy wydawaniu orzeczeń nie należy nigdy podawać ich w całości do wiadomości uszkodzonym, (gdyż potem doszukują się oni u siebie objawów, o których znawca wspomniał, że ich nie mają), lecz jedynie obznajomić ich z ogólnym wynikiem badania. Zmniejszanie renty nie powinno się odbywać w krótkich odstępach czasu, ale w długich, a przez ten czas chory powinien być leczony w zakładzie, gdzie między innymi jako środek leczniczy używa się pracy, odpowiedniej w danej chwili do zdolności zarobkowania osobnika. Sprawy te powinny odpowiednie czynniki dokładnie rozpatrzeć, aby zamiast dobrodziejstwa nie narazić społeczeństwa na wielką klęskę. *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne w dniu 13 stycznia, 1909.

Przewodniczący: prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków: 38.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes wita jako gościa Prof. Gluzińskiego ze Lwowa.

3) W miejsce kol. Bochenka, który zrezygnował z godności sekretarza stałego, wybrano jednomyślnie kol. Damskiego sekretarzem stałym na trzy lata.

4) Skarbnik kol. Dobrowolski składa sprawozdanie za rok 1908, które przyjęto.

5) Sekretarz stały kol. Zygmunt Wachtel zdaje sprawę z całorocznego ruchu w Towarzystwie lek. krak. w słowach następujących:

»Krakowskie Towarzystwo lekarskie liczyło z końcem roku 1907 członków zwyczajnych 177, czł. korespondentów 52, członków honorowych 16. Przybyło w ciągu roku członków zwyczajnych 4, zmarło 2, pozostaje zatem członków zwyczajnych 178. Członkiem honorowym zamianowało Tow. prof. Juliana Kosińskiego w uznaniu jego niepomiernych zasług około nauki polskiej. Członkiem korespondentem zamianowany został Dr Gundrum z Zagrzebia. Ciężką stratę poniosło Tow. przez śmierć dwóch kolegów: bł. p. Kirschnera i ś. p. Doc. Lembergera.

Posiedzeń odbyło Tow. 24, z tych dwa administracyjne, jedno uroczyste. Zebrań koleżeńskich odbyło się 7, prócz tego

kilka wieczorów towarzyskich. Średnia liczba członków na posiedzenia uczęszczających dochodziła 34. Na posiedzeniach naukowych odbyło się 24 wykładów i 45 demonstracyi.

Ze spraw przez dawny Wydział, nowemu przekazanych, pierwsza, dotycząca przyjmowania lekarzy wojskowych do Towarzystwa bez balotowania, przesłaną została do namiestnictwa, gdyż komenda wojskowa żądała wyraźnej zmiany odpowiedniego paragrafu statutu i uwidocznienia zmodyfikowanego paragrafu w statucie nowym.

Sprawa druga, pomieszczenia w Domu Towarzystwa podobizn wszystkich dotychczasowych prezesów Towarzystwa, po wielkich trudach i mozołach dochodzi teraz do skutku. Kol. prezesowi Borzęckiemu powiodło się nareszcie wydostać wszystkie fotografie i sprawa będzie załatwioną przez odsłonięcie podobizn w dniu dzisiejszym. Z końcem roku 1907 wniosło Towarzystwo memoryał do namiestnictwa w sprawie państwowej ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. W odpowiedzi przesłało namiestnictwo pismo, powiadamiające, że w lutym został wypracowany projekt takiej ustawy przez ministerstwo spraw wewnętrznych i że, o ile namiestnictwu wiadomo, projektowana jest ustawa w tak ogólnych zarysach, iż wszystkie szczegóły i odrębne stosunki poszczególnych krajów będą mogły być uwzględnione w rozporządzeniu wykonawczem do tej ustawy.

W marcu odbyło się uroczyste posiedzenie, na którem po przemówieniu kol. Borzęckiego rektor prof. Jakubowski przedstawił z własnych wspomnień dzieje założenia Towarzystwa, poczem odsłonił portret olejny założyciela Tow. Dra Al. Kremera. Imieniem rodziny dra Kremera przemówił Prof. Domański, życząc Towarzystwu dalszego pomyślnego rozwoju.

Na temże posiedzeniu uchwalono na wniosek kol. Ciechanowskiego wezwać zarząd Towarzystwa do zwołania organizacyjnego posiedzenia zachodnio-galicyjskiego komitetu badania i zwalczania raka. Zgromadzenie takie zostało przez prezesa zwołane i ukonstytuowało się, kooptując większą ilość lekarzy zachodnio-galicyjskich, a wybierając przewodniczącym komitetu prof. Browicza. Sprawa zwalczania gruźlicy, stojąca odłogiem u nas, posunięta została naprzód. Na jednem z posiedzeń na wniosek Prof. Kostaneckiego wybrano komisyę Tow. lek. krak. dla rozpatrzenia sprawy, poruszonej przez kol. Janiszewskiego w odczycie o opiece nad chorymi gruźliczymi. Celem tej komisyi było zmienić dotychczasowy statut lwowskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego tak, by położono nacisk na koła miejscowe, co pociąga za sobą korzystną decentralizacyę. Definitywne załatwienie sprawy polecono osobnemu komitetowi, którego delegaci po naradach z radcą dworu dr. Merunowiczem ułożyli pewne zmiany statutu lwowskiego Tow. walki z gruźlicą i uznali za najstosowniejsze wstąpić do tego Towarzystwa, jako oddział zachodnio-galicyjski; oddział ten w najbliższym czasie stanie się czynnym.

Sprawa zmiany statutu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, proponowana przez Towarzystwo lekarskie lwowskie, była traktowana na szeregu posiedzeń komitetu Tow. Brał w nich udział także prezes Towarzystw galicyjskich, Radca dworu dr Merunowicz; wynikiem tych posiedzeń była konferencya wspólna delegatów Towarzystw galicyjskich i Towarzystwa lek. lwowskiego z jednej strony, a Towarzystwa lek. krak. z drugiej strony. Stan rzeczy i wynik tych konferencyi przedstawią Szanownemu Zgromadzeniu uproszeni referenci z grona delegatów.

Akcya Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, zmierzająca do naprawy stosunków szpitalnictwa krajowego, odniosła pewien skutek, czego dowodem jest żywsze zajęcie się tą sprawą szerszych kół sejmowych, dziennikarstwa i społeczeństwa. Na memoryał, wniesiony przez Towarzystwo w tej sprawie, Wydział krajowy odpowiedział przychylnie«.

Sprawozdanie przyjęto.

6) Towarzystwo uchwaliło wyrazić uznanie »Towarzystwu Domu zdrowia uczącej się młodzieży« w Zakopanem za dotychczasową działalność.

7) Administrator »Przeglądu lekarskiego« kol. Wojciechowski zdaje sprawę ze swej czynności. Sprawozdanie przyjęto. Kol. prezes imieniem Towarzystwa dziękuje kol. Wojciechowskiemu za jego wydatną działalność.

8) Kol. Ciechanowski zdaje sprawę z administracyi »Słownika lek.«. Przyjęto.

9) Kol. Cercha imieniem komisyi kontrolującej zaznacza, że wszystkie rachunki znalazła komisya w największym porządku.

10) Kol. Kwaśnicki imieniem komisyi bojkotowej (»Komitetu dla popierania krajowego przemysłu lekarskiego«) odczytuje sprawozdanie z działalności tej komisyi, które zostało wydrukowane już w poprzednim numerze »Przegl. lek.«. Przyjęto i podziękowano oklaskami, a kol. Prezes w serdecznych słowach złożył komisyi podziękowanie za energiczną pracę.

11) Sprawozdanie z komisyi przemysłowo-lekarskiej w nieobecności jej członków odczytał kol. Morawski.

»Komisya przemysłowo-lekarska krak. Towarzystwa lekarskiego po przerwie w r. 1907 z powodu wyjazdu przewodniczącego Prof. Dra L. Korczyńskiego zaczęła w r. 1908 funkcyonować pod przewodnictwem nowo obranego przewodniczącego Dra G. Bielańskiego. W r. 1908 odbyto w dniu 26/VI posiedzenie komisyi. Przewodniczący Dr Bielański poświęcił parę słów ś. p. Doc. Lembergerowi. Przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia. Uchwalono kooptować do komisyi aptekarzy pp. Mikuckiego i chemika p. Hetpera. Wydelegowano komisyę złożoną z Dra Biera i Korolewicza celem przeprowadzenia kontroli w mleczarni p. Dobrzyńskiej. Przewodniczący odczytał pismo Dra H. Piltzera z Tarnowa, w którem tenże zwraca się do komisyi o poparcie wyrobu krajowego »wełny drzewnej« do wypychania sienników, fabryki tarnowskiej Izaaka Spiry. Uchwalono zwrócić się do firmy, aby w celu wypróbowania trwałości tej wełny nadesłała odpowiednią ilość do kliniki lekarskiej. Dr Korolewicz zawiadomił, iż Towarzystwo lek. krak. na posiedzeniu w dniu 10 marca 1908 uchwaliło uznać Syrup thymo-sulfo-gwajakolowy wyrobu aptekarza Armatysa jako lek polecenia godny. Uchwalono wydać odezwę do producentów, aby we własnym interesie zwracali się z wszelkimi nowymi przetworami po aprobatę do komisyi z tą uwagą, że jedynie takie przetwory, które komisya poleci, mogą liczyć na poparcie ogółu lekarzy. Uchwalono taką odezwę przesłać również do »Centralnego Związku fabrycznego«.

Sprawozdanie przyjęto.

12) Sprawozdanie z czynności bibliotekarza dra Flisa w nieobecności tegoż odczytał kol. Prezes:

»W r. b. w dalszym ciągu trwało inwentowanie biblioteki. Doprowadzono do końca przepisywanie inwentarza dzieł, starym katalogiem objętych. Pozostaje do wpisania w inwentarz to wszystko, co w roku bieżącym i poprzednim wpłynęło. W roku 1908 drogą daru przybyły dzieła od Dra Mączki i od Uniw. ludowego, oraz od Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«. Zakupiono z funduszu, na cele biblioteki wyasygnowanego, 6 roczników »Therapie der Gegenwart« Klemperera. Z biblioteki korzystało 22 członków, wypożyczających dzieła do domu, nadto wielu kolegów (ostatnich za drobną, regulaminem ustanowioną opłatą), którzy w lokalu Towarzystwa ze zbiorów korzystali«. Sprawozdanie przyjęto.

13) Kol. Kostanecki, jako przewodniczący komisyi przeciwgruźliczej, zdaje sprawę z jej czynności. Sprawozdanie przyjęto.

14) Kol. Kostanecki, jako pierwszy z uproszonych referentów dla sprawy układów, toczących się co do zmian projektowanych w statucie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a dotyczących stosunku Towarzystwa lek. krak. do Towarzystwa lek. galic. przedstawia w wyczerpującym wywodzie dotychczasowy przebieg tej sprawy.

Kol. Ciechanowski, jako drugi z uproszonych referentów, uzupełnia wywody poprzedniego referenta wyjaśnieniami, odnoszącemi się do sprawy »Przeglądu lekarskiego« i proponowanych w przyszłości zmian. Prof. Nowak popiera myśli poprzednich mowców. Prof. Kostanecki wnosi, aby komisyę w tej sprawie tworzył stały komitet Towarzystwa, prócz tego koledzy Borzęcki, Landau, Surzycki. Uchwalono.

15) Kol. Kwaśnicki wyraża ustępującemu prezesowi uznanie i podziękowanie, co przyjęto gorącymi oklaskami.

Sekretarz: *Dr. Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

I. Posiedzenie naukowe w d. 22 stycznia 1909.

I. Dr Nowicki przedstawia *a)* **pęknięcie wątroby noworodka.** Po omówieniu zmian anatomicznych, jakie towarzyszą takiemu pęknięciu, oraz rodzajów pęknięć, wylicza N. przyczyny i uspasabiające do pęknięcia warunki, szczególnie u noworodków. Na podstawie doświadczeń, wykonanych na zwłokach płodów donoszonych oraz noworodków, dochodzi N. do wniosku, że wątroba pęka najłatwiej przy silnem szarpnięciu za pępowinę w kierunku pionowym do osi ciała. Co do przypadku przedstawionego, to sądzi, że w czasie, zupełnie zresztą prawidłowego porodu powstało pęknięcie podtorebkowe i wytworzenie się rozległego krwiaka pod torebką, która następowo (po 24 godz.) przy braniu dziecka do rąk pękła, przez co powstał śmier-

telny krwotok do jamy brzusznej. Histologicznie wątroba zmian nie okazuje. W dyskusyi przemawiali: Dr Kwiatkiewicz, prof. Herman i prelegent; *b)* Dr N. przedstawia preparat **nowotworu mózgu** o wejrzeniu makroskopowem, podobnem do wejrzenia trzustki, a o utkaniu **naczyniakomięsaka** ze zmianami szklistemi w ścianach naczyń. Nowotwór wychodzi z wyściółki komory bocznej lewej. — W dyskusyi omawia dr Mazurkiewicz przebieg kliniczny, w którym uderzał brak drgawek mimo zajęcia ośrodków ruchowych, nadto wyjaśnia w odpowiedzi prym. Pisekowi, dlaczego wyłączył w przypadku tym kilaka.

II. Prof. Barącz: **O leczeniu promienicy** z przedstawieniem szeregu chorych. B. omawia sposoby leczenia dotąd znane, a wypróbowane przez siebie, przyczem za najlepszy uważa wstrzykiwanie 1% rozczynu siarkanu miedzi w ogniska promienicze. Na dowód przedstawia chorych, zupełnie wyleczonych przy stosowaniu tego środka. W dyskusyi przemawiał Dr Stauber.

Nowicki.

Posiedzenie lekarzy przemyskich

dnia 22 stycznia 1909 r.

I. Odczytano odpowiedź zarządu zarejestrowanej Kasy zapomogowej dla chorych w Przemyślu, zgadzającego się na wniosek Tow. lek. przem. co do zmiany § 6 statutu tej Kasy, aby osoby, nie podlegające przymusowemu obowiązkowi ubezpieczenia, przyjmowane były do ubezpieczenia tylko do 35. roku życia włącznie, a nie, jak to było dotychczas, do 60. roku życia.

II. Odczytano odpowiedź Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, która radzi, aby w zarejestrowanej Kasie zapomogowej w Przemyślu leczyli lekarze członków tej Kasy za wynagrodzeniem od poszczególnych czynności, nie niższem od minimalnych taks miejscowych.

III. Przewodniczący skreślił w krótkości działalność Towarzystwa w roku 1908, nadmieniając, że Towarzystwo uchwaliło taryfę lekarską, zatwierdzoną przez Izbę lekarską, zaznaczyło swoje stanowisko wobec kas chorych w Przemyślu, odbyło 8 posiedzeń naukowych, które zawdzięcza przeważnie kolegom szpitalnym. Dziękując tym kolegom za ich znakomite współpracownictwo dla celów Towarzystwa, wspomina przewodniczący o wybitnej działalności pod tym względem kol. Prof. Hermana, który przesiedlił się do Lwowa — i wyraża nadzieję, że jego następca, kol. Ślęk, jako dyrektor szpitalu powszechnego w Przemyślu, równie czynnie będzie popierał cele Towarzystwa.

IV. Wyboru wydziału dokonano jednomyślnie w tym samym składzie, co w roku 1908, — t. j. wybrano przewodniczącym kol. M. Kramarzyńskiego, jego zastępcą kol. M. Dolińskiego, a sekretarzem kol. J. Süssweina.

V. W sprawie przystąpienia do Związku krajowego lekarzy Galicyi i W. Ks. krakowskiego -- uchwalono odnieść się do Rady zawiadowczej Tow. lek. galicyjskich we Lwowie z prośbą o rychłe zawiadomienie o ostatecznym wyniku starań, podjętych w kierunku skupienia obu wspomnianych Towarzystw.

VI. Wreszcie z powodu zbliżających się wyborów do Rady miejskiej w Przemyślu uchwalono, aby przewodniczący zredagował artykuł do miejscowych 4 czasopism, mający na celu zwrócenie uwagi wyborców na konieczność zasiadania lekarzy w Radzie miejskiej w Przemyślu. *Dr. M. Kramarzyński.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 17. listopada 1908 r.

Otto wygłosił rzecz p. t. **Stosunek miażdżycy doświadczalnej do miażdżycy ludzkiej.** Prace nad miażdżycą u zwierząt dzieli prelegent na 3 grupy, w zależności od czynnika, który wywoływał zmianę w naczyniach. Do pierwszej grupy zalicza on prace, gdzie było działanie trucizn organicznych i mineralnych; do 2-giej — gdzie był wpływ trucizn pochodzenia bakteryjnego, do 3-ciej wreszcie, gdzie stosowano jedynie bodźce mechaniczne. Prace powyższe wykazują, że zmiany najwięcej zbliżone do miażdżycy ludzkiej otrzymywali Sałtykow i Klotz przy stosowaniu zabitych hodowli drobnoustrojów, a następnie Klotz i Israel przy bodźcach mechanicznych. Zmiany przy adrenalinie zaledwie zrzadka wykazywały pewne podobieństwa do miażdżycy ludzkiej. Własne doświadczenia prelegenta polegały na stosowaniu u 16 królików adrenaliny, u 4 królików — digalenu, u 4 — strofantyny, u 4 — adonidyny i u 4 psów — adrenaliny. Makroskopowe zmiany otrzymał prelegent u wszystkich zwierząt; przeważała postać wypukleń — w łuku i piersiowej części aorty; kilka razy znaleziono rzeczywiste tętniaki. Zmiany mikroskopowe polegały na martwicy włókien mięsnych w warstwie środkowej, następnie na stopniowem wyprostowywaniu i rozszczepianiu się włókien sprężystych około zmartwiałych włókien mięsnych. W błonie wewnętrznej nad guziczkami martwiczymi i na zwapniałych blaszkach, znajdowano włókna mięsne mocno zgrubiałe. Na obwodzie guziczka i blaszki była błona wewnętrzna zaledwie trochę zgrubiała w stosunku do stanu prawidłowego w początkowym okresie doświadczeń; w późniejszych okresach grubość błony wewnętrznej w tych miejscach dochodziła do $^1/_4$ lub nawet do $^1/_3$ grubości błony środkowej. Największe zgrubienie spostrzegano w błonie wewnętrznej około tętniaków; tutaj w najgłębszych warstwach błony wewnętrznej znaleziono szkliste zwyrodnienie. Błona sprężysta wewnętrzna pod nieznacznie zgrubiałą błoną wewnętrzną zmian wyraźnych nie okazywała, pod mocno zgrubiałą — była znacznie wyprostowana i rozszczepiona na drobniejsze włókienka elastyczne. W warstwie zewnętrznej (*adventitia)* przeważnie zmian nie spostrzegano, chociaż kilkakrotnie u psów po adrenalinie widziano w naczyniach odżywczych zakrzepy z następną ich organizacyą. Zestawiając otrzymane doświadczalnie zmiany miażdżycowe u zwierząt z miażdżycą u ludzi, prelegent dochodzi do wniosku, że miażdżyca doświadczalna odpowiada całkowicie początkowemu okresowi zwolna rozwijającej się miażdżycy ludzkiej.

Posiedzenie kliniczne dnia 1 grudnia 1908.

Maliniak przedstawił dorosłego chorego na **pląsawicę Sydenhama.** Chory ma lat 43; ruchy pląsawicze w kończynach górnych i dolnych wystąpiły nagle przed 3 miesiącami. W mięśniach twarzy, języka i szczęk szybkie skurcze. Ruchy dowolne i zwrócenie uwagi na chorego potęgują ruchy pląsawicze; mowa utrudniona, niewyraźna. W sferze czuciowej i odruchowej zmian nie znaleziono. Chory miewał silne bole w dołku; badanie treści żołądkowej wykazało nieznaczne wzmożenie kwaśności. Płukanie żołądka, dyeta mleczna i mieszanina karlsbadzka usunęły te dolegliwości.

2) Mieczysław Halpern wypowiedział rzecz p. t.: **O wpływie soku żołądkowego na sprawy gnicia w kiszkach.**

Doświadczenia »in vitro« dowodzą, że kwas solny w tem zgęszczeniu, w jakiem go znajdujemy w soku żołądkowym, ma własności bakteryobójcze. Taki sam wynik dały badania bakteryologiczne treści żołądkowej »in vivo«. Tego rodzaju badania nie rozstrzygają jednak pytania, co się dzieje z bakteryami poza żołądkiem, t. j. w kiszkach i jaki jest ich wpływ na natężenie sprawy gnicia w kiszkach. Dla wyświetlenia tej sprawy, większość badaczy uciekała się do określenia ilości wydalanych produktów gnicia, zwłaszcza eterosiarczanów w moczu. Metoda ta jednakże łączy się z poważnymi błędami. Można do pewnego stopnia sądzić o gniciu w kiszkach z ilości wydalanych produktów gnicia tylko przy zachowaniu pewnych ostrożności, a mianowicie: jeżeli badanie obejmuje dość długie okresy przy zastosowaniu stałej dyety, jeżeli określenie dotyczy produktów gnicia nie tylko w moczu, ale i w kale, jeżeli wchłanianie w kiszkach i dalsza przemiana produktów gnicia w ustroju odbywa się prawidłowo. Własne badania prelegenta, przeprowadzone na 3 zupełnie zdrowych osobach, wykazały, że zarówno podawanie kwasu solnego, jak i dwuwęglanu sodowego, nie wpływa zupełnie na ilość eterosiarczanów w moczu. Wynik taki odpowiada w zupełności badaniom na zwierzętach. Wobec tego H. formułuje swój pogląd na omawianą sprawę w sposób następujący:

Obecność lub brak kwasu solnego w żołądku rsp. jego nadmiar lub niedostatek u człowieka zdrowego nie wpływają zazwyczaj na przebieg spraw gnicia w kiszkach. Dzieje się to prawdopodobnie dzięki temu, że własności bakteryobójcze jelita cienkiego zupełnie wystarczają w warunkach prawidłowych do utrzymania gnicia na pewnej średniej prawidłowej wysokości. Dopiero w pewnych przypadkach patologicznych, polegających bądź na wprowadzeniu do przewodu pokarmowego nadmiernych ilości bakteryi gnilnych (np. przy spożywaniu zgniłego mięsa), bądź na jakichś bliżej nam nieznanych zaburzeniach siły bakteryobójczej treści kiszkowej (może w związku poniekąd z antagonizmem, istniejącym pomiędzy drobnoustrojami fermentacyjnymi a gnilnymi) — wpływ kwasu solnego może się okazać skutecznym; jego nadmiar będzie wtedy istotnie hamować sprawy gnicia, brak zaś lub niedostatek — będą sprzyjały ich rozwojowi.

W dyskusyi zwraca Anastazy Landau uwagę, iż eterosiarczanów w moczu nie można uważać za miernik gnicia biał-

kowego w kiszkach. Przedewszystkiem znaczna część powstałych stąd produktów zupełnie się nie wchłania, lecz wydziela się z kałem. Dalej nie wszystkie produkty gnicia kiszkowego wydzielają się jako eterosiarczany. Wiadomo bowiem, iż fenol, indoksyl i t. p. wydzielają się nietylko w połączeniu z kwasem siarkowym, lecz i glukuronowym; z drugiej strony — oksykwasy opuszczają ustrój w postaci soli, wreszcie kwas będźwinowy wydziela się w postaci kwasu hipurowego. O całokształcie gnicia białka w przewodzie pokarmowym może nam dać pojęcie jedynie suma wszystkich produktów gnicia zarówno w kale, jak i w moczu, zaś eterosiarczany, jako cząstka cząstki, dokładnym w tej mierze sprawdzianem być nie mogą. Grundzach pyta, czy prelegent badał odczyn kału, bo często przy zaburzeniach trawienia kiszkowego na tle upośledzonego lub zmienionego wydzielania soku żołądkowego spostrzegał odczyn zasadowy. Prelegent odpowiada, że odczynu kału nie badał. *I. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z okazyi zamierzonej reformy Kas chorych zamieszcza ciekawe uwagi »Aerztliche Reform-Zeitung« w Nrze 1 z b. r. Domaga się przedewszystkiem zmiany ustawy o zarejestrowanych Kasach chorych, albo takiego tłómaczenia ustawy obecnej o tych Kasach, iżby wyraźnie Kasom zarejestrowanym wzbroniono każdego bez żadnego ograniczenia zaopatrywać w bezpłatną pomoc lekarską, gdyż w przeciwnym razie wszelkie korzyści, mogące wyniknąć dla lekarzy ze zmiany ustawy o Kasach chorych, stracą wszelką wartość. Dzisiaj może każdy, kto ma ochotę, czy jest milionerem, właścicielem dóbr, fabrykantem lub wysokim urzędnikiem, założyć zarejestrowaną Kasę zapomogową, albo wpisać się do jakiejś już istniejącej i mieć bezpłatną pomoc lekarską u lekarzy, czy to płatnych stale, czy też wynagradzanych inną tanią metodą. Trybunał administracyjny, znosząc uchwałę Izb lek., wzbraniającą lekarzom przyjmowania posad w zarejestrowanych Kasach, stanął w obronie zamożnych i bogaczy przeciw lekarzom, walczącym o byt. A partya robotnicza godzi się na ten bezprzykładny wyzysk, udając, że jest wogóle za upaństwowieniem pomocy lekarskiej. Ale kiedy ktoś przemawia za upaństwowieniem Kas chorych, a chociażby tylko za udzieleniem państwu jakiegokolwiek wpływu na Kasy chorych, to wtedy krzyczą: »crimen laesae.... autonomiae«. Żądają nieograniczonej autonomii w zarządzaniu Kasami chorych, a więc w wyzyskiwaniu lekarzy. Partya robotnicza, ile razy stawia żądania, to jednym tchem domaga się dla siebie komisyi umów, prawa koalicyi, prawa stanowienia o sobie, wpływu na wysokość zarobku i t. d. i t. d., ale w walce o reformę Kas chorych odmawia tego samego prawa lekarzom. *B.*

W Radzie pracy w ministerstwie handlu uczynili socyaliści wniosek, żeby rząd oddał tejże Radzie do oceny przedłożenie rządowe w sprawie ubezpieczeczenia społecznego. Żądanie to jest niesłuszne i rząd nie powinien oddawać projektu, przydzielonego już komisyi parlamentarnej, do oceny jakiejkolwiek korporacyi pozaparlamentarnej. Rada pracy uchwaliła powiększyć komisyę, która była powołana do narad nad projektem Koerberowskim, o dalszych 3—4 członków socyalno-demokratycznych. Rząd na projekt ten tembardziej nie może się chyba zgodzić, że kiedy prezydyum Związku państwowego austr. organizacyi lek. z okazyi spodziewanego dopiero przedłożenia rządowego prosiło o zwołanie ankiety z udziałem lekarzy, to wtedy prezydent ministrów Beck, oraz minister spraw wewnętrznych Bienerth oświadczyli deputacyi lekarskiej, że zwołanie ankiety w tym okresie sprawy jest niedopuszczalne. Nie można więc przypuścić, iżby rząd w jeszcze późniejszym okresie tejże sprawy tylko dla miłej zgody z pewną partyą polityczną zgodził się na żądanie, któremu w okresie znacznie wcześniejszym odmówił, kiedy je postawił stan lekarski austryacki. Gdyby się to stało, a szczególniej, gdy jeszcze i lekarzy z tej okazyi nie przesłuchano, nie przypuszczając ich do udziału w naradach, obudzonoby słuszne oburzenie i obronę wszystkich zorganizowanych lekarzy. W Austryi jest wiele rzeczy możliwych, lecz to zdaje się niemożliwem nawet w państwie nieprawdopodobieństw. *E. S.*

Sprawę udaremnienia ostrzeżenia Izby lekarskiej zach.-gal. porusza raz jeszcze »Głos lekarzy« (Nr 3), piętnując »namiętne i nieuzasadnione napaści na Wydział Izby lek. krakowskiej«, które z powodu sprawy tej pomieścił »Głos Narodu« i dodając następującą uwagę: »Jednak polemika »Głosu Narodu« powinna być nadal dla kolegów wskazówką, jak niebezpiecznem jest ogłaszanie publicznej krytyki o działalności Izb, gdyż w każdym razie tendencyjne wyzyskanie zarzutów przez prasę partyjną obniża powagę naszej reprezentacyi w opinii publicznej. Dlatego na przyszłość będziemy więcej oględnymi w pomieszczaniu podobnych głosów i z góry prosimy kolegów o wyrozumiałość w tym względzie«. *K*

Składka noworoczna na fundusz imienia ś. p. Jordana dla wdów i sierót po lekarzach. Wydział związku lekarskiego dziękuje wszystkim tym Kolegom, którzy do powiększenia wspomnianego funduszu się przyczynili bądźto przez zakupno rozesłanych z okazyi Nowego roku 1909 znaczków receptowych, bądź to przez przesłanie daru noworocznego, i uprasza Kolegów o dalsze na ten cel ofiary, które przesyłać należy albo zapomocą przesłanych Kolegom czeków pocztowych, albo w razie zagubienia ich — zapomocą przekazu pieniężnego pod adresem: »Administracya znaczków receptowych — Kraków, ulica Floryańska, L. 22, II piętro«. Wydział nie wątpi, że Koledzy — chociaż małemi wkładkami, ale solidarnie do pomnożenia wspomnianego funduszu się przyczynią, a tem samem przyspieszą chwilę, w której z odsetek funduszu będzie można udzielać zapomóg najbardziej potrzebującym, osieroconym rodzinom po kolegach.

W tym numerze i następnych, w miarę, jak nam Szanowna Redakcya użyczy gościnności w swem piśmie — podawać będziemy imiennie nazwiska ofiarodawców i przesłane przez nich kwoty.

Sekretarz: *Dr Weinsberg.* Prezes: *Prof. Dr Wicherkiewicz.*

Na fundusz powyższy nadesłali: R. Dw. Prof. Wicherkiewicz (jak corocznie) 100 koron, Dr Kleczkowski 25 kor., Dr Borysiewicz 15 kor. — Po 10 koron: prof. Dr Krzyształowicz, Dr. Katyński, Prof. Dr. Biernacki, Dr Piotr Kucharski, Bętkowski, prof. Dr Pieniążek. Po 6 koron: Dr Bernacki, Kowenicki, Krasowski. — Po 5 koron: Dr Stella-Sawicki, Buzdygan, Mazanek, Skórkowski, Slosarczyk, Pilewski, Rudnicki, Gilnreiner, Stoeckel, Macudziński, Zborowski, Teofil Nieć, Jasinicka, Lichtgarn, Kołaczkowski, Mossor. — Po 4 korony: Dr Gogólski, Grzybowski (4 K 44 h), Weinsberg, Rosenblatt, Senensieb, Dura, Schneck, Fleszar, Lilien, prof. Ciechanowski, Brzeziński, prof. Żuławski, prof. Grabowski, Dr Czerwiński, K. Zaleski, Orski, S. Kruszyński, Sałaban, St. Steiner, Schindler, T. Jaciow, Maszewski, G. Malinowski, r. ces. Dr Blumenthal, Sochański, Dziewoński, Kwaśnicki, Cymbler, M. Jaciow, Czerkawski, A. Hochstimm, Żukowski, Breiter. (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 24. I. do 30. I. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 5), Buczacz (Krasiejów 3), Gródek jag. (Bratkowice 1), Husiatyn (Klowińce 1), Jarosław (Ostrów 3), Kołomyja (Słobódka polna 11, Chomiakówka 1, Siemakowce 14), Kosów (Chomczyn 2), Peczeniżyn (Kosmacz 2, Myszyn 4), Rawa (Biała 1, Magierów 2), Skałat (Hlebów 4, Dubkowce 1), Sokal (Wolica kom. 5), Stryj (Orawczyk 1), Zborów (Daniłowce 2, Jezierna 1, Tuligłowy 1); ospy pow. Brody Popowce 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 24. I. do 30. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcy 1), krztuśca 1, płonicy 17 † 3 (— † 1), odry 1 † —, duru osutkowego 1, duru brzusznego 3 (3). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. I. do 30. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 2 (w tem obcych 2 † 2), płonicy 5 (1), odry 1 † 1, duru brzusznego — † 1 (— † 1), gorączki połogowej 5). *Dr Sch.*

Statystyka na wystawie higienicznej w Lublinie.

Pod tym tytułem ogłasza p. H. W. w »Ekonomiście«, poważnym kwartalniku, wychodzącym w Warszawie pod redakcyą p. Stefana Dziewulskiego, zestawienie prac statystycznych, przedstawionych na wystawie higienicznej w Lublinie (12. IX.

do 9. X. 1908). Autor zestawienia zaznacza, że »pozostawiając ocenę prac tych specyalistom, pragnie jedynie zaregestrować przedstawione prace, już to, ażeby interesujący się odnośnemi kwestyami wiedzieli, co i gdzie zrobiono, już to, ażeby ułatwić im znalezienie odnośnych materyałów w razie potrzeby«.

Praca pana H. W. zasługuje na tem większe uznanie, że na wystawach takich, jak lubelska, niełatwo jest zazwyczaj razem zebrać wyniki, nieraz bardzo cenne, badań statystycznych i że materyał ten, owoc żmudnych usiłowań, po wystawie najczęściej rozprasza się, nie dochodząc do wiadomości szerszego ogółu, a nieraz ginąc niepowrotnie. Ponieważ zebrane na wystawie lubelskiej dane odnoszą się przeważnie do spraw higieniczno-sanitarnych, przeto godzi się dla użytku czytelników lekarskich przytoczyć według »Ekonomisty« (Tom. II. Zesz. IV.) ważniejsze przynajmniej szczegóły artykułu p. H. W.

P. Andrzejaczek, kierownik laboratoryum miejskiego w Lublinie, na 3 przedstawionych tablicach zestawił rezultaty *rozbiorów wody z wodociągów lubelskich*, na czwartej wykaz zafałszowań produktów spożywczych, a na piątej przypadki otrucia lub usiłowania otrucia w gubernii w ciągu 3 lat ostatnich. Najpospolitszą trucizną, wykrywaną w danych przypadkach, okazał się *arszenik*.

Dr Dłuski *grafikę przybywających corocznie do Zakopanego gości* przedstawił na słupkach, gdzie wysokość słupka przedstawia liczbę wszystkich mieszkańców Zakopanego, a oddzielne kolory na słupkach oznaczają bądź ludność miejscową, bądź przyjezdnych z różnych dzielnic Polski.

Dr Duchowicz *pokazał stosunki higieniczne w szkołach średnich* w Tarnopolu, a wespół z p. Antonim Wołk-Łaniewskim *jakość i ilość powietrza w szkołach średnich Galicyi*.

P. Jan Fedecki, lekarz weterynaryi, dał szczegółowy obraz *rozwoju i dostrzeżonych przypadków włośnicy (trichinosis) w gub. Kaliskiej* z lat 10 (1897—1906). Zestawienie graficzne powiatami i latami wykazuje 0,24—0,25% sztuk chorych (na 359.226 sztuk zbadanych), przyczem najczęstsze przypadki zarazy okazują się w powiecie Kaliskim, najrzadsze zaś — w Łęczyckim.

P. Fr. Ig. Frejlich wykazał *ruch chorych i śmiertelność przy chorobach zaraźliwych w szpitalach warszawskich*, za czas 1901—1905 r. włącznie. Najwięcej tu było chorych na gruźlicę, a drugie zaraz po niej miejsce zajmują chorzy na przymiot. $^1/_3$ leczonych na gruźlicę w szpitalach umiera, liczba zaś tych chorych stale wzrasta.

Dr Garbaczewski z Turobina przedstawił *statystykę urodzeń i śmierci w gminie Turobin* za dwudziestolecie 1888—1907 włącznie.

Dr Bolesław Horodyński z Puław przedstawił *ruch chorych w szpitalu puławskim za lat 10* i rodzaje chorób, na jakie zapada ludność, szukająca w nim pomocy. Smutne uwagi nastręczają tablice chorób młodzieży miejscowego wyższego zakładu naukowego.

Bogatą kolekcyę tablic wystawił Dr Kazimierz Jaczewski. Widzimy tam nietylko *ruch chorych w 4 głównych szpitalach lubelskich*, ale także obliczenie łóżek w stosunku do ludności, śmiertelność panującą w szpitalach, koszta szpitalne, obliczenie potrzebnej ilości powietrza dla chorych i porównanie owej wymaganej z tą, jaką chorzy znajdują w szpitalach lubelskich; śmiertelność i powodujące ją choroby, wreszcie tablicę porównawczą śmiertelności miast polskich. Z tej ostatniej tablicy dowiadujemy się, że na 10.000 mieszkańców przypada zejść: w Zgierzu 332, w Łodzi 299, w Krakowie 280, w Kielcach 259, w Lublinie 241, we Lwowie 230, w Poznaniu 224, w Warszawie 220, w Płocku 220, w Piotrkowie 141, w Będzinie 103. Śmiertelność tedy waha się między 1.03—3.32% ludności.

Inna jeszcze tablica Dra Jaczewskiego wykazuje śmiertelność w stosunku do wieku. Widzimy z niej, że na 100 zmarłych było: 0—1 roku 22,1%, 1—5 lat 17,3%, 5—10 lat 4,0%, 10—15 lat 2,1%, razem 0—15 lat 44,5% czyli, że niemal połowa zejść przypada na dziatwę.

Tablica, wykazująca ilość łóżek szpitalnych w stosunku do zaludnienia, dowodzi, że gdy na zachodzie Europy przypada 91—101 łóżek szpitalnych na 10,000 ludności, to Warszawa posiada ich 82, Królestwo Polskie 5,8, a gub. Lubelska zaledwie 3,8. W granicach państwa rosyjskiego należymy tu do najbardziej upośledzonych, albowiem na ogół Rosya europejska posiada 7,1 łóżek szpitalnych na 10.000 mieszkańców, gubernie, mające ziemstwa — 8,9 łóżek, a gubernie nadbałtyckie nawet 14,6 łóżek na 10.000 mieszkańców. Okazuje się nadto pod tym względem w ciągu ostatnich lat 30 pewne cofanie, bo gdy w ciągu lat 1875—1904 ludność gubernii Lubelskiej i miasta Lublina podwoiły się, ilość łóżek szpitalnych wzrosła bardzo nieznacznie, i obecnie posiadamy w stosunku do ludności mniej łóżek, niż przed 30 laty (4,2‰ i 3,8‰). Nadto szpitale lubelskie znajdują się w warunkach higienicznych, pozostawiających wiele do życzenia; nie mają ani dostatecznej ilości powietrza (46—54% normy, wymaganej dla szpitali), ani światła (40—65% wymaganej normy), ani powierzchni nawet (około 40% normy). 40% zmarłych stanowią suchotnicy, 17,4% chorych szpitalnych umiera na zapalenie płuc, pozostałe 42,6% na choroby zakaźne, z których wysypki i tyfus zajmują naczelne miejsce.

Inne jeszcze tablice wykazują śmiertelność w m. Lublinie w latach 1905—1907 względnie do wieku zmarłych, inne z uwzględnieniem pory roku. Co do tej ostatniej, największa śmiertelność wśród niemowląt (0—1 roku życia) była w miesiącach letnich: czerwcu, lipcu, sierpniu; wśród starszych — w miesiącach zimowych od października do marca. W szpitalach lubelskich najwyższy koszt lekarstw wynosił w okresie 1883—1904 15 kop. dziennie na pacyenta (szpital św. Józefa); najwięcej kosztowała dzienna porcya żywności chorego — 23 kop. (szpital św. Jana); »inne« koszta dochodziły 110 kop. dziennie (w szpitalu św. Józefa); koszta remontu budowli i rozszerzenia gmachów dosięgły najwyższej w tym okresie czasu sumy 30,000 rubli (w r. 1889) w szpitalu św. Wincentego. Tablice Dra Jaczewskiego wykazały nadto, że gdy przed 30 laty dużo łóżek w szpitalach było niezajętych, obecnie łóżka etatowe nie wystarczają i w szpitalach przebywa stale pewna liczba chorych powyżej etatów.

Prócz grafik, odnoszących się do szpitalnictwa, przedstawił Dr Jaczewski przyrost ludności gubernii Lubelskiej i miasta Lublina w okresie lat 1875—1904.

Instytut Higieny Dziecięcej w Warszawie dał sprawozdanie z 6-letniej działalności (rok 1903—1908).

Bardzo ciekawe tablice przedstawił Dr Klarner. Dotyczą one wprawdzie jednej gminy Bełżyce w pow. Lubelskim, ale dla gminy tej są niemal wyczerpujące. Obejmują one: 1) skład ludności gminy według wieku, 2) krzywą długości życia, 3) krzywą urodzeń, 4) krzywą śmiertelności, 5) śmiertelność dzieci w 1-ym roku życia, 6) śmiertelność według wieku i płci, 7) przewyżkę urodzeń nad śmiertelnością, 8) porównanie śmiertelności z ceną żyta i kartofli w okresie 28-letnim (1879—1907), oddzielnie dla ludności miejskiej i wiejskiej. Według tych tablic, na 1000 mieszkańców przypada:

	po wsiach	w miasteczku
urodzeń . . .	37,6	36,6
śmiertelność . .	17,8	19,0

Przewyżka znaczniejsza urodzeń nad śmiertelnością była: dla ludności wiejskiej w tym okresie 9 razy, dla miejskiej tylko 5 razy.

Wiek produkcyjny ludności nie dochodzi połowy ogółu ludności. Dodawszy do tego młodzież 15—20 lat i starych 55—60 lat, stanowiących ludność na pół produkcyjną, a wynoszącą łącznie 13,0% i licząc je za 6,5% ludności produkcyjnej, mielibyśmy razem w tej gminie 43,2% + 6,5% = 49,7% ludności produkcyjnej, czyli, że każdy pracownik pracą swoją utrzymuje, oprócz siebie, jeszcze jedną istotę żyjącą. Najkrytyczniejszym czasem dla dzieci jest pierwszy rok życia. Umiera tu wśród ludności wiejskiej 91,5‰, wśród miejskiej 114,0‰ narodzonych. Najwięcej ludności umiera w marcu; ten sam miesiąc jest najkrytyczniejszy dla kobiet, gdy dla mężczyzn październik.

Zakład leczniczy dla umysłowo chorych w Kochanówce (pod Łodzią) przedstawił tablice stopniowego wzrostu liczby chorych, umieszczanych w zakładzie, za siedmiolecie (1902—1908). W roku otwarcia (1902) miał już 53 chorych, pod opieką 1 lekarza i 10 pielęgarzy; w roku następnym liczba chorych podwoiła się z górą (112), przybył lekarz drugi i 14 pielęgarzy; w roku ostatnim (1908) liczba chorych wynosiła już 220, pod dozorem 5 lekarzy i 46 pielęgarzy. Z zestawienia tych cyfr wynika, że na 1 lekarza przypadało w różnych latach 44—56 chorych, a 1 pielęgarz obsługiwał 4,7—5,3 chorych w przecięciu.

Instytucya kolonii letnich dla dzieci w Lublinie przedstawiła w tablicach graficznych sprawozdanie z dziesięcioletniej swej działalności.

Kropla mleka w Lublinie wydała w ciągu trzechlecia 1904—1906 mleka: w roku 1904 2,997 flaszek, w r. 1905 3,842 flaszek, w r. 1906 6,182 flaszek. Śmiertelność między dziatwą, utrzymywaną kosztem instytucyi, wynosiła zaledwie 3,5%.

Łomżyńskie Towarzystwo Higieniczne przedstawiło graficznie analizę *wód studziennych* w Łomży. Z przedstawienia tego okazuje się, że z liczby ogólnej 88 badanych studzien zaledwie w 9 jest woda dobra, w 8 innych możliwa do

poprawienia, w pozostałych zaś 67 studniach woda jest zła zupełnie. Pomimo to ludzie muszą jej używać, co ilustruje najlepiej nasze porządki sanitarne.

Interesującą jest statystyka lecznicza pracowni bakteryologicznej Dra Palmirskiego z lat 22. Okazuje się, że w ciągu okresu od r. 1886—1907 włącznie, leczyło się tu 17.032 osób, śmiertelność zaś między niemi wynosiła zaledwie 0,4% (zmarło bowiem 71 osób). W instytucie Pasteura zmarło w tymże czasie 54 osoby, co odpowiada 0,6%.

Dr Prusinowski przedstawił wykaz przypadków otrucia lub usiłowań jego w gubernii Kaliskiej w latach 1888—1906.

Dr Puławski, dyrektor zakładu leczniczego w Nałęczowie, oprócz sprawozdań z działalności zakładu, przedstawił dane o wynikach szczepienia ospy i o działalności funkcyonującej od lat kilku łaźni ludowej imienia Prusa w Nałęczowie. Sądząc z danych dotychczasowych, kąpiele ciepłe pomimo niezwykle nizkiej ceny nie zdobyły popularności, skoro liczba wybranych kąpieli nie przechodzi 1,5 rocznie na głowę ludności 4 wsi najbliższych.

Wyczerpujące tablice działalności przedstawiły Ogrody Raua w Warszawie. Wykazały one, że w ciągu lat 1902—1906 liczba uczęszczań doszła do olbrzymiej cyfry 1,748.913, a w samym tylko roku zeszłym 1907 do 565.785. W ciągu 4 lat sprawozdawczych najwięcej uczęszczań zaznaczonych jest w lipcu, potem w sierpniu i maju, następnie w czerwcu i wrześniu. Koszt utrzymania ogrodów w roku 1907 wynosił rubli 15.328 kop. 76, co odpowiada 2,7 kop. dziennie na każde dziecko.

Dr Roszkowski przedstawił tablice żywienia niemowląt, szczepienia ospy, choroby angielskiej wśród tychże niemowląt (42,5%), wreszcie alkoholizmu i nerwowości. Z 2½ tysięcy obserwowanych przypadków było nie pijących ojców tych dzieci zaledwie 17%, matek 23,7%, umysłowo zdrowych tylko 95,7%; upijających się 12% ojców i 3% matek. Z liczby dzieci tych rodziców 52% piło już w 12—14 roku życia.

Szkoła Lubelska (filologiczna) przedstawiła stan zdrowia i rozwój fizyczny swych uczniów w 10 tablicach graficznych, wykonanych przez Dra Tołwińskiego, wiceprezesa wystawy, a presesa oddziału Lubelskiego Tow. Higienicznego. Prócz tych, Dr Tołwiński wystawił opracowane przez siebie (dawniej jeszcze) tablice fizycznego rozwoju ludności powiatu Lubartowskiego, z wyróżnieniem narodowości: Polaków, Niemców i Żydów oddzielnie; nadto tablice szczepienia ospy w 10 guberniach Królestwa w latach 1891—1904, w zestawieniu z liczbą noworodków z każdej gubernii i każdego roku oddzielnie. Niezależnie od tych tablic, widzimy jeszcze opracowane przez tegoż badacza grafiki, wykazujące zaopatrzenie w wodę ludności tegoż powiatu z zaznaczeniem, że wiele osad ludzkich nie ma wcale studni i posiłkuje się jedynie wodą rzeczną lub ze stawów, wątpliwej bardzo wartości.

Dr Wernic na trzech tablicach graficznych przedstawił obserwacye swoje w dziedzinie higieny szkolnej, mianowicie: *walkę z chorobami zakaźnemi*, *rozkład zajęć szkolnych* i *higienę pracy i snu*. Ciekawe w tem zestawieniu jest wykazanie, na ile czas zajęć szkolnych wyczerpuje umysł i uwagę dziecka, które ku końcowi już trzeciej godziny lekcyi wyczerpują się i słabną, a w czwartej godzinie mało mają kwalifikacyi do korzystania z wykładu.

H. Wiercieński przedstawił m. i. *mapę śmiertelności* w parafiach dzisiejszego powiatu Puławskiego za czas od 1850—1900 roku. Geograficzne to zestawienie, z jednoczesnem oznaczeniem granic parafii, oraz wyżyn i nizin w powiecie, przekonywa, co zresztą teoretycznie było wiadome, że na wyżynach śmiertelność jest znacznie mniejsza, niż w dolinach rzecznych, a różnica pomiędzy jednemi i drugiemi parafiami dochodzi niekiedy do 25%.

Dr Zapasiewicz w tablicach swych wykazał liczbę chorych na *gorączkę powrotną* w szpitalu św. Stanisława w Warszawie.

Adolf Zadziewicz, lekarz-dentysta, dał graficzne zestawienie chorób zębów i jamy ustnej wśród uczniów szkół łódzkich, konstatując wielkie co do tego braki.

»Jak z powyższego zestawienia przekonać się można« — dodaje p. H. W. — »materyał statystyczny, acz bardzo niejednolity, znalazł się na wystawie w pokaźnej ilości, nie rzadko jest on bardzo ważny i obchodzący szerszy ogół. Uważałem też za pożyteczne nie tylko zregestrować ten materyał, ale i dać treściwą o nim wiadomość, celem ułatwienia interesującym się danym działem wiedzy odnalezienia potrzebnych im danych statystycznych, lub uprzedzenia ich, ażeby roboty już dokonanej nie przedsiębrali niepotrzebnie po raz drugi, a tym sposobem zaoszczędzony czas i dobre chęci zwrócić mogli ku przedmiotom, dotąd nieopracowanym«. *Z.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 3. II. 1909 posiedzenie, na którem obrano członkami honorowymi Towarzystwa wśród gorących oklasków Prof. Dra Marsa i Prof. Dra Gluzińskiego ze Lwowa, poczem doc. Rutkowski przedstawił przypadek wodogłowia wewnętrznego, operowany sposobem Schmiedena i Payera, a Dr Pisarski przypadek raka pęcherza moczowego, operowanego przez resekcyę pęcherza. W dyskusyach przemawiali: prym. Dr Borzęcki, Prof. Browicz, Prof. Kader, Dr Rapoport i doc. Rutkowski.

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie koledze Dr Mączce z Krakowa za ofiarowanych bibliotece Towarzystwa blisko 100 tomów dzieł lekarskich. Bibliotekarz: *Dr Blassberg.*

— Na posiedzeniu Rady honorowej Izby lekarskiej zach.-galic. w dniu 29. stycznia: 1) odbyła się ponowna rozprawa przeciw Drowi K. z S., wskutek skargi grona lekarzy, w nieobecności obwinionego, który nadesłał pisemne wytłómaczenie. Po naradzie uznano Dra K. winnym uchybienia godności stanu lekarskiego z § 34 2 a regulaminu i udzielono mu kary nagany. — 2) W sprawie Dra G., przesłanej Izbie przez Sąd krajowy karny, uchwalono zasięgnąć informacyi. — Tegoż dnia odbyło się posiedzenie Wydziału Izby, na którem załatwiono szereg spraw drobnych.

— Sprawa ustanowienia na koszt rządu większej liczby lekarzy policyjnych w Krakowie, mogąca znacznie ułatwić uregulowanie publicznej służby zdrowia, była przedmiotem konferencyi, odbytej w magistracie w d. 3. II. b. r. z udziałem krajowego referenta sanitarnego, r. dw. Dra Merunowicza.

— Towarzystwo kolonii wakacyjnych dla uczniów szkół średnich pomieściło w r. z. w kolonii w Porębie wielkiej 50 uczniów (w pierwszym roku istnienia pomieszczono 15, w trzech następnych latach 40—46 uczniów), którzy w ciągu pobytu letniego zyskali razem 150 kg. wagi. Uwagi lekarskie o kolonii ma ogłosić Dr Czapliński z Mszany dolnej. Wydatki zwyczajne kolonii wynosiły 7698 kor. Majątek Towarzystwa (dom w Porębie, fundusz żelazny) wynosił 17.958 kor. Towarzystwo miało w r. 1908 251 członków.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie liczyło z końcem r. 1908 członków czynnych 228 (w r. 1907 219). W ciągu roku 1908 odbyło się w Towarzystwie posiedzeń naukowych 24 (o 2 więcej od największej liczby lat poprzednich), a na nich wygłoszono 28 wykładów i 30 razy przedstawiano chorych, preparaty i t. d. z 46 przypadków; w wykładach i demonstracyach brało udział 34, w dyskusyach 56 mowców. W posiedzeniach uczestniczyła zazwyczaj czwarta część ogólnej liczby członków; liczniejsze zebrania walczyć musiały z ciasnotą sali posiedzeń, to też Towarzystwo krząta się około zebrania funduszów na budowę własnego domu. Posunęła się także naprzód sprawa uzyskania przez Towarzystwo lwowskie większej autonomii w łonie Towarzystwa lekarzy galicyjskich; »Tygodnik lekarski«, będący od dwu lat organem Towarzystwa, ma wkrótce przejść na jego własność.

— W sprawie budowy zakładu położniczego w Krakowie odbyła się w Wydziale krajowym 30. I. 1909 konferencya przedstawicieli Rządu, Wydziału krajowego, Wydziału lekarskiego krakowskiego i szkoły położnych, mająca ustalić miejsce pod budowę, udział finansowy skarbu państwa i stosunek kliniki do szpitala. W konferencyi uczestniczyli szef dep. V. Wydziału kraj. Dr Bernadzikowski, kraj. referent sanitarny r. dw. Dr Merunowicz, dziekan Wydziału lek. krak. Prof. Wachholz, dyrektor kliniki krakowskiej Prof. Rosner, inspektor szpitali kraj. Dr Łuszczkiewicz, profesor szkoły położnych Prof. Dobrowolski, członkowie krajowej Rady Zdrowia Dr Festenburg i dyr. Dr Starzewski. Jak słychać, jako miejsce pod budowę obrano ostatecznie plac w sąsiedztwie »Collegium medicum«; natomiast inne sprawy nie zostały jeszcze ostatecznie załatwione.

— Klinika pedyatryczna ma być otwarta w ciągu marca b. r.; objęcie szpitala św. Zofii przez Wydział krajowy ma nastąpić po 1 kwietnia. (»Tyg. lek.« 4).

Warszawa. Warszawskie Towarzystwo odontologiczne liczyło w r. 1908 członków 73 i miało 1.053 rb. dochodu, a 974 rb. rozchodu. W ciągu swego 18-miesięcznego istnienia opracowało Towarzystwo i podało do zatwierdzenia ustawę »Kasy samopomocy odontologów polskich«, przygotowało regulamin honoraryów dentystycznych i regulamin, zapobiegający niewłaściwej reklamie, zajęło się wznowieniem wydawnictwa polskiego »Podręcznika chorób zębów i jamy ustnej« i utworzeniem dwu

ambulatoryów dla uczniów szkół ludowych. Na r. 1908 wybrało Towarzystwo prezesem p. Leona Schelera.

— Uroczyste otwarcie nowych lokalów Pogotowia ratunkowego, wybudowanych za kwoty, z niesłychanym trudem, uzyskane z ofiarności publicznej, odbyło się 31. I. 1909.

— Wskutek przedstawień kuratorów szpitali rozpatrywał magistrat sprawę podwyższenia płacy urzędnikom szpitali i doszedł do wniosku, że jednocześnie należałoby uregulować płace lekarzy, pracujących dotąd w szpitalach bądź bezpłatnie, bądź otrzymujących po 300 rb. rocznie (za kierownictwo oddziałów!). Ponieważ jednak według obliczenia Wydziału dobr. uregulowanie tej sprawy wymagałoby 300.000 rb. rocznie, przeto magistrat postanowił jej obecnie nie załatwiać, lecz przekazać przyszłemu samorządowi miejskiemu.—Podobnież poszła w odwłokę sprawa budowy baraku cholerycznego na terytoryum szpitala św. Stanisława; władze wyższe poleciły bowiem wstrzymać tę sprawę aż do czasu sporządzenia ogólnego planu ulepszenia szpitalnictwa warszawskiego.

— Zmarły niedawno bł. p. Ignacy Bernstein zapisał 30.000 na szpital izraelicki, a 24.000 na oddział oczny tegoż szpitala.

— Zmarły ordynat Adam hr. Krasiński zapisał m. i. 20.000 kor. na fundusz stałych zapomóg na bezpłatne leczenie w sanatoryum w Zakopanem piersiowo chorych pracowników na niwie naukowej i literackiej.

Z różnych stron. W Brukseli utworzył się komitet pod nazwą »Pro Italia medical« celem utworzenia funduszu dla sierot po lekarzach, którzy zginęli przy trzęsieniu ziemi w Messynie.

— W Chemnitz mają lekarze szkolni orzekać, czy wychowańcy, kończący szkoły, nie są przypadkiem niezdolni fizycznie do pewnych zawodów. O wyniku badania w tym kierunku będą rodzice zawiadamiani na parę miesięcy przed końcem roku szkolnego, aby mieli czas wybrać dla dzieci odpowiedni zawód.

— Prof. Bezold z Monachium zapisał 5000 marek na fundusz wdów i sierot po lekarzach bawarskich, a właściciel dóbr Baildon-Briestwell 100.000 marek uniwersytetowi we Wrocławiu na zwalczanie raka i gruźlicy. *X*

— 12. II. 1909 przypada setna rocznica urodzin Darwina; w dniu tym wiele Towarzystw przyrodniczych i lekarskich w Europie urządza uroczysty obchód pamiątkowy.

Mianowani: Dr Fryderyk Flohr sekundaryuszem szpitala krajowego we Lwowie.

Zmarli:

Dr Sebastyan Mach,

uczestnik powstania z r. 1863, po którem był przez lat pięć na zesłaniu w Syberyi, poczem osiadł w Galicyi w Jarosławiu — w Krakowie w 65 r. ż.

Dr Feliks Szadkowski w 53 r. ż. w Warszawie.

Dr Daimer, referent sanitarny austr. min. spraw wewn., wielce na polu sanitarnem zasłużony, dla potrzeb naszego kraju wyrozumiały i życzliwy — w Wiedniu.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10. lutego 1909 o godz. 6 wieczór w klinice chirurgicznej.** Prof. Kader i Asystenci kliniki chirurgicznej przedstawią szereg chorych.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Purgen, jego działanie i zalety omawia H. Feigen, z klin. uniw. w Bonn, w pracy p. t. »Die Bacterien-Menge des Dünndarms und ihre Beeinflussung durch Antiseptica«. Uważa on purgen za środek łagodnie przeczyszczający, wywołujący obfite wydzielanie się czystego soku jelitowego, zmniejszenie się wyraźne drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym, nie uszkadzający zaś jelita, a to w przeciwieństwie do silnie odkażających środków, szczególnie do kalomelu, których działanie przeczyszczające łączy się zawsze z podrażnieniem jelita. *W*

Arhovin. Dr R. Blum w Salzerbad (Ther. Centralbl. 1908, Nr 17). Wytworzenie arhoviny dało podstawę do szerszych prób wewnętrznego zastosowania środka przeciwwiewiórowego zamiast powszechnie przedtem używanych środków balsamicznych. Arhovina, użyta wewnętrznie, ulega szybko w żołądku wessaniu. Przy leczeniu wiewióra u kobiet, jakoteż u mężczyzn, przeprowadza B. postępowanie skombinowane, t. j. stosuje obok wewnętrznego podawania arhoviny potrzebne zabiegi miejscowe. Szereg szczegółowo w artykule Dra B. przedstawionych przypadków uwidocznia sposób działania arhoviny. Szczególnie wybitnie objawia się wpływ korzystny na dolegliwości podmiotowe, bole i parcie na mocz. U kobiet okazały się korzystnymi tampony z waty, napojone 2—5% oliwą arhovinową, wprowadzane do pochwy.

B. podnosi szczególnie zupełny brak objawów ubocznych przy podawaniu arhoviny, jakoteż brak niekorzystnego wpływu na apetyt, trawienie, na czynność nerek, wreszcie na skórę. Działanie jest równie silnie przy ostrym i przewlekłym wiewiórze.

B. uważa arhovinę na istotne wzbogacenie środków leczniczych przeciw wiewiórowi stosowanych i uważa za uzasadnione szybkie rozpowszechnienie się tego środka. *Hr. W.*

Bromural (wyrób fabr. Knoll et Co.), poleca Dr Onderdonk, Louisville (Med. Progr. 1908. Nov,), jako środek działający bardzo korzystnie w różnych postaciach histeryi, sprowadzający uspokojenie i posilny sen. Dr Hoffmann z Mannheim uważa bromural (Münch. med. Woch. 1908. Nr 48) za środek skuteczny przeciw chorobie morskiej, obok stosowania innych przyjętych środków ostrożności. *W.*

»Digipuratum« (*Extractum digitalis depuratum Knoll.*) Dr Leo Müller, asyst. klin. uniw. w Heidelbergu (Münch. med. Woch. 1909. Nr 51) stosował digipuratum w ciężkich stanach ostrej i przewlekłej niedomogi sercowej przy wadach zastawkowych, w schorzeniach mięśnia sercowego i naczyń, nadto w przewlekłem zapaleniu nerek, zapaleniu płuc, opłucnej i osierdzia. Skutek zwykle po 12 kołaczykach; najczęściej 2 g. digipuratum wystarcza potem do pogłębienia i przedłużenia działania. Smak dobry, brak podrażnienia przewodu pokarmowego. *W*

Woda Krościeńska

ze zdroju Stefana

zuana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE

do kąpieli. 222

SÓL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg.

ŁÓG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

HUNYADI JÁNOS

GORZKA WODA NATURALNA

NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY

ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Salit szybko uśmierzający ból i leczący środek do wcierania przy cierpieniach gośćcowych. Salit znosi skóra w stanie nierozcieńczonym.

Sulfidal siarka kolloidalna w postaci proszku, rozpuszcza się w wodzie na płyn mleczny. Skuteczniejszy i przyjemniejszy w użyciu aniżeli zwykła siarka. Wskazania: trądzik, łupież i t. d.

Xeroform Bezwzględnie nietrujący, niedrażniący proszek do posypywania ran. Środek swoisty przy sączących wypryskach, wrzodzie goleni, oparzeniach.

Injectio Dr Hirsch: roztwór gotowy do użycia do zupełnie niebolesnych podskórnych i śródmięśniowych wstrzykiwań rtęci.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 b

Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 D. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno

Dla uspokojenia nerwów i pobudzenia snu

Bromural

(α-monobromisovalerianylowy mocznik)

Dawki: jako środek uspokajający 0,3 g. kilka razy dziennie; jako lekki środek nasenny 0,6 g. przed pójściem spać jako proszek lub w kołaczykach.

Rp. 1 rurka oryg. kołaczyków bromural. (Knoll) po 0,3 No XX. 18 a

KNOLL et Co., Ludwigshafen am Rhein.

Dr Kahlbaum, Görlitz

Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i umysłowych.

Otwarty zakład leczniczy dla chorych nerwowych.

Zakład leczniczo-wychowawczy

dla młodocianych chorych nerwowych i umysłowych. 125

NATURALNE CZYSZCZENIE

ust i zębów sprawia PEBECO,

ponieważ pobudza czynność ślinianek. Pebeco przyśpiesza obieg krwi w zwiotczałej tkance i wzmacnia przezto dziąsła. Pebeco posiada długo odświeżający, wzmacniający smak i nawet przy stałem używaniu nie działa szkodliwie na zęby.

PEBECO 14 b

Beiersdorfa pastę na zęby z kalichloricum według Prof. Dra P. G. Unny stosują lekarze i dentyści od prawie dwu dziesiątek lat stale i ze znakomitym skutkiem do pielęgnowania ust i zębów. Pebeco jest niezbędne przy stomatitis mercurialis i innych schorzeniach jamy, ust przy cuchnieniu z ust i dla namiętnych palaczy.

Próbki, piśmiennictwo i wykazy bezpłatnie.

P. Beiersdorf et Co., Chemische Fabrik, Hamburg.

LIDO (WENECYA). ZIMOWY ZAKŁAD WODOLECZNICZY (PRZEDTEM Dra EBERSA) ŚWIEŻO ZREORGANIZOWANY

OTWARTY OD 1 PAŹDZIERNIKA DO 15 MAJA. 321

Wszelkie najnowsze urządzenia lecznicze. Wodolecznictwo. Kąpiele ciepłe z wody morskiej, gazowe z CO_2, hydroelektryczne dwu i czterokomorowe (Schnée), parowe, w świetle elektrycznem (Wulff-Dowsing), aparaty do leczenia gorącem powietrzem. Radioscopia i Radioterapia (Röntgen-Finsen). Sala gimnastyczna Zandera (60 aparatów). Aparaty Fränkla. Kompletna Elektroterapia (Galv., Franklin., Faradyz., d'Arsonval, elektomagnetyzacya). Mięsienie (ręczne, wibracyjne, elektryczne).

Kuchnia francuska. — Kuracye dyetetyczne wszelkiego typu.

Dyrektor i kierownik Dr Kazimierz Groman.

Fersan

(Jolles).

Panom Lekarzom piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).

ŻELAZO! FOSFOR! zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.	Kołaczyki fersanowe.
Kołaczyki czekoladowo-jodowo-fersanowe dla dzieci	Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych
(w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).	(w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk).
D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.	D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazania.

Nowość! 41

Pastylki-bromowe-fersanowe

Fersan-Werk, Wien IX.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

PEPTONATE DE FER ROBIN



odkryty przez autora w roku 1881.

Wprowadzony urzędowo w szpitalach paryskich i przez Ministerstwo kolonialne.

Leczy:
anemię
blednicę
osłabienie 103a

Nie psuje żołądka, nie czerni zębów, nie wywołuje nigdy zaparcia.
Przetwór ten żelaza ulega bardzo łatwo asymilacyi.

Sprzedaż en gros: 13 rue de Poissy, Paris.
Drobiazgowa: w pierwszorzędnych aptekach.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera **ciała lotne** jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Rok LXVIII. Kraków, dnia 13. lutego 1909. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rozczłonkowanie histeryi tradycyjnej. Pityatyzm.

Napisał

Dr J. Babiński,

lekarz szpitala »Pitié« w Paryżu.

(Dokończenie).

Bardzo cennych dla rozpoznania wskazówek dostarcza nam więc symptomatologia danych zjawisk, lecz charakter ich określa się przedewszystkiem ich przebiegiem. Wyciska on na nich piętno, nie zawsze jednakowo widoczne, które jednak zwykle nie powinno ujść uwagi uważnego i doświadczonego badacza i które ostatecznie usuwa wszelką wątpliwość. Wyobraźmy sobie, że mamy do czynienia z zupełnem porażeniem ręki. Jeśli się nam uda kolejno wyleczyć je, a potem dowolnie odtworzyć i znów usunąć, przez to samo nadamy mu przebieg, który oczywiście jest dla rozpoznania rozstrzygającym. Wprawdzie rzadko nadarza się sposobność do dostarczenia dowodu, tak bijącego w oczy, wszakże nawet nie będąc tak oczywistym, dowód ten może być dostatecznie przekonywającym. Oto doświadczenie, którem się zwykle z powodzeniem posługuję w przypadkach porażenia ręki pochodzenia sugestyjnego: podnoszę ramię porażone i następnie je puszczam; wielokrotnie powtarzam ten manewr, starając się tymczasem pytaniami i różnego rodzaju rozkazami odwrócić uwagę chorego od tego, na czem moja własna uwaga jest całkowicie skupiona; zwykle udaje mi się spostrzedz, że zamiast upaść, jak ciało bezwładne, co przy bezwładzie organicznym następuje nieuniknienie za każdą próbą, ramię pozbawione oparcia, niekiedy przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu pozostaje w powietrzu, jak ramię człowieka zdrowego, który wysiłkiem woli utrzymuje je w tem położeniu. Doświadczenie to jest zupełnie rozstrzygającem i wydaje mi się łatwem do wytłómaczenia: taki bezwład sugestyjny, będąc, jak mówiłem, jak gdyby nieświadomem lub podświadomem udawaniem, wymaga dla utrzymania się skupienia uwagi chorego na tym punkcie; skoro uwaga została odwróconą, bezwład znika, w rzeczywistości moje doświadczenie jest zarazem zabiegiem psychoterapeutycznym, prowadzącym do chwilowego uzdrowienia bezwładu i nadającym przez to jego przebiegowi zupełnie szczególne piętno, na mocy którego mam prawo twierdzić, że moja wola w pewnym stopniu już opanowała dane zaburzenie. To właśnie nadaje, jak mówiłem, danym zjawiskom cechę znamienną, którą udaje się ujawnić w olbrzymiej większości takich przypadków, o ile się nie ograniczyć tylko do powierzchownego badania, lecz prowadzić swe dociekania z pewną przenikliwością.

Tej grupie zjawisk musimy nadać nazwę osobną, jak każdej rzeczy, która się wyróżnia choćby jedną tylko właściwością. Zaproponowałem nazwać je »pityatyzmem« (*pithiatisme*) od πειθώ — namowa, perswazya, i ἰατος — uleczalny, i oznaczać przymiotnikiem »pityatyczne« (pithiatique) każde zaburzenie tego rodzaju. Niewątpliwie, nie zawsze się leczy te zaburzenia zapomocą rozumowania w ścisłem tego słowa znaczeniu, jakby to można wnosić ze słowa »perswazya«; zarazem nazwa pityatyzm w swem znaczeniu źródłosłownem nie wyraża myśli, że te zaburzenia wywoływane są przez sugestyę; ale niepodobna znaleść wyrazu, któryby oddawał z należytymi odcieniami obie zasadnicze właściwości omawianych zjawisk. Słowo, przezemnie obrane, wyraża przynajmniej tę z nich, która jest dla lekarza najważniejsza, mianowicie zawiera w sobie myśl, że dane zjawiska mogą zniknąć w zupełności pod wpływem samej tylko perswazyi. Wreszcie, wybór nazwy jest rzeczą porozumienia i gdyby zaproponowano inną, odpowiedniejszą nazwę, chętniebym się na nią zgodził. Nie zmieniłoby to jednak istoty rzeczy.

Poważną rolę w histeryi przypisywano wzruszeniom i przyjmowano ogólnie, że zjawiska, o których mówiliśmy i którym nadaję przymiotnik pityatycznych, najczęściej powstają i znikają pod wpływem wstrząśnień moralnych; doprowadziło to do pomieszania dwu kategoryj zjawisk, które powinny być ściśle odróżniane.

Przedewszystkiem można sobie zadać pytanie, czy w rzeczy samej wzruszenie posiada przypisywane mu znaczenie w powstawaniu zaburzeń pityatycznych. Gdyby tak było w rzeczywistości, częstość i postać tych zaburzeń, w przeciwieństwie do poczynionych spostrzeżeń, powinnaby była pozostawać mniej więcej jednaką w zwykłych warunkach życia, gdyż ludzkość jest ciągle wstrząsana przez te same namiętności i wrażliwość jej nie powinna była uledz zmianie. Uznając nawet wpływ wzruszeń, uważam jednak, iż odgrywają one znacznie mniejszą rolę, niż zaraźliwość, naśladownictwo, którego wpływ, szczególnie naprzykład na napady drgawkowe, objawia się z bezsprzeczną oczywistością. Powiedzą jednak, że jeśli naśladownictwo może grać rolę w sali szpitalnej, to trudniej niem jednak wytłómaczyć przypadki, gdzie dana jednostka żyje w rodzinie, nie styka

się z chorymi i gdzie pierwszy napad, następując bezpośrednio po wzruszeniu, posiadał cechy zjawiska samorzutnego. Odpowiem na to, że głębsze badanie wykrywa częstokroć, iż ta samorzutność jest tylko pozorną, że jest to odtworzenie napadu, spostrzeżonego u kogoś innego; wreszcie, że często to, co się nazywa napadem histerycznym, nie jest niczem innem, jak celowem nagromadzeniem krzyku, gestykulacyi i skurczów, wynikających nie ze wzruszenia, lecz ze świadomej chęci danej jednostki poruszenia swego otoczenia. Wreszcie trzeba zauważyć, że mytoman, któryby chciał udawać drgawki, choćby nawet nigdy nie był obecny przy napadzie histerycznym, mógłby samodzielnie dojść do odtworzenia ruchów, podobnych do tych, w jakich się uzewnętrznia prawdziwy napad. Nie wydaje mi się również dowiedzionem, by uleczenie zaburzeń pityatycznych, nawet gdy się zdarza w warunkach, zdolnych wywołać wzruszenie, było bezpośrednim wynikiem doznanego przez chorego wzruszenia. Oto naprzykład młoda dziewczyna, dotknięta histerycznem porażeniem poprzecznem, zostaje zupełnie uzdrowiona po zanurzeniu się w źródle cudotwórczem. Zgadzam się chętnie, że była ona mocno wzruszona pobożnym obrządkiem, w którym brała udział; ale również nie można zaprzeczyć, że będąc powiadomioną o uzdrowieniach, jakie się tu już wydarzyły, tem samem podlegała praktykom sugestyjnym i perswazyjnym, któremi można sobie wytłómamaczyć jej powrót do zdrowia.

Weźmy inny przykład: chory dotknięty porażeniem poprzecznem lub połowiczem, opornem względem wszelkich zabiegów psychoterapeutycznych, usłyszawszy, że się u niego pali, opuszcza swe łoże, ucieka i w ten sposób nagle zostaje uzdrowiony. W tym przypadku wzruszenie zdaje się być niewątpliwą przyczyną uzdrowienia, a jednak, po zastanowieniu się może się to wydać spornem. Nie trzeba zapominać, że się takim chorym zwykle wmawia, iż uleczą się oni pewnego dnia, nagle pod wpływem radości, strachu lub innego wstrząśnienia moralnego; można przypuścić, że te przepowiadania, które wynurzyły się w umyśle chorego w chwili niebezpieczeństwa, wywarły nań wpływ psychoterapeutyczny. Można też podać inne objaśnienie. Mianowicie można przypuścić, że osobnik, dotknięty zaburzeniem pityatycznem, gra poniekąd pewną rolę, coprawda nieświadomie lub podświadomie, gdyż w razie przeciwnym byłby on zwykłym symulantem. Musi on skupić w tym kierunku całą swą uwagę; i to niewątpliwie dla tego, odwracając podstępnie jego uwagę od pochłaniającej go myśli, udaje się nam czasami, jak to wykazałem wyżej, usunąć chwilowo jego cierpienie. Czyż nie jest logicznem przypuścić, że groza wielkiego niebezpieczeństwa jest nader zdolną w podobnym przypadku zmienić bieg myśli? Chory, przestając myśleć o swym bezwładzie, odzyskuje całkiem naturalnie władzę w członkach; gdy zaś myśl o niemocy powraca mu do głowy, wówczas stwierdza on, że na przeciąg tych kilku chwil całkowicie pozbył się był swego cierpienia, a to przecież zupełnie wystarcza, by się przekonał, że stan jego był uleczalny.

To też nie wydaje mi się dowiedzionem, by zjawiska pityatyczne stały w ścisłym związku ze wzruszeniem. Ale nawet przypuszczając, że tak jest, nie powinno się ich mieszać z innemi zjawiskami, których źródłem bezpośredniem niewątpliwie jest wzruszenie i które oznaczę, by uniknąć zamieszania, przymiotnikiem »wzruszeniowe« *(émotifs)*. W rzeczy samej istnieją cechy, które wyraźnie odgraniczają od siebie oba te rodzaje zjawisk: gdy wola panuje lub może panować nad zjawiskami pityatycznemi, może określić ich przejawy zewnętrzne, jakby dawkować je co do siły i czasu trwania, — to natomiast nie może ona opanować zjawisk wzruszeniowych, śród których wyliczymy: przyspieszenie tętna, zaburzenia naczynioruchowe, zarumienienie, wydzieliny potne i jelitowe. Jest tu jednak pewne źródło często podawanego błędnego tłómaczenia, na które chciałbym zwrócić uwagę. U wielu osób prawie dowolnie można wywołać przyśpieszenie bicia serca, zarówno jak odczyny naczynioruchowe; i jeśli się nie podda tych zjawisk ścisłemu rozbiorowi, musi się dojść do mniemania, iż są one wywołane przez sugestyę. Lecz jest to tylko złudzenie — przynajmniej o ile przyjmiemy proponowane przezemnie określenie, iż słowo »sugestya« zawiera w sobie myśl, że wola jest tu panią zrodzonych przez siebie złudzeń. W istocie rzeczy, objawy te powstają w danym przypadku tylko dzięki pośrednictwu wzruszenia, wywołanego przez usiłowanie zasugestyonowania danej jednostki; zarazem, o ile objawy te raz powstały, wymykają się one z pod wpływu woli, która nie zdoła określić ich postaci, siły i czasu trwania. Naprzykład, u jednostki wrażliwej mogę dowolnie wywołać bezwład tylko ramienia, lub też bezwład całej połowy ciała, w lżejszym lub też silniejszym stopniu, trwający kilka sekund lub też wiele godzin, ale w żaden sposób nie zdołam rządzić, według swego widzi mi się, wzruszeniowem przyspieszeniem tętna, przynaglić lub opóźnić jego ustanie, w granicach zakreślonych dowolnie. Wynika stąd, że istnieje zasadnicza różnica między zjawiskami pityatycznemi, a zjawiskami wzruszeniowemi. Zjawiska wzruszeniowe, nawiasem mówiąc, istnieją także w stanie prawidłowym i mogą być zaliczane do objawów chorobowych, tylko, o ile dochodzą do nadmiernego stopnia.

c) Wreszcie spotykamy w piśmiennictwie lekarskiem trzecią przypisywaną histeryi grupę zjawisk, polegających na ogólnem wzmożeniu bądź to odruchów ścięgnistych, bądź odruchów naczynioruchowych skórnych (dermografizm). Zobaczymy wkrótce, co o tem sądzić należy, ale już z góry możemy powiedzieć, że ten rodzaj zjawisk jeszcze bardziej odróżnia się od obu poprzednich, niż te oba poprzednie wzajemnie od siebie; w rzeczy samej, zjawiska wzruszeniowe, zarówno jak pityatyczne, powstają i przebiegają pod wpływem czynników czysto psychicznych, gdy natomiast dla wywołania zjawisk odruchowych niezbędnem jest podrażnienie ścięgna lub powłok; zarazem zjawiska te nie są zabezpieczeniami, zależnemi, jak zabezpieczenia pityatyczne, od wpływów sugestyi i perswazyi.

Musimy przeto przyznać, że mamy tu trzy rodzaje zjawisk, które nie mogą być utożsamiane ze sobą i które powinno się starannie odróżniać.

Te trzy grupy mogłyby jednak, zachowując każda swe cechy odmienne, być związane ze sobą jakimś łącznikiem i w takim razie byłoby zupełnie słusznem, nawet koniecznem, przyjąć prócz nazw, stosowanych do każdej z nich z osobna, nazwę wspólną, któraby oznaczała to skojarzenie chorobowe. Lecz czy istnieje taki łącznik, a jeśli tak jest, to jaki? Widziano go w tem, że często można spotkać zjawiska drugiej (wzruszeniowe) lub trzeciej grupy

(odruchowe), w połączeniu ze zjawiskami pierwszej (pityatyczne), szczególnie z połowiczem znieczuleniem czuciowo-zmysłowem. Ale takie spostrzeżenia niczego nie dowodzą, gdyż wiemy, jak liczne są jednostki, wrażliwe na sugestyę, z jaką łatwością udzielają się wpływy sugestyjne, szczególnie w sali szpitalnej, i jak powszednie są skojarzenia zaburzeń pityatycznych z wszelkiemi innemi najróżnorodniejszemi cierpieniami, bądź to organicznemi, bądź czynnościowemi, bądź też pochodzącemi ze skazy krwi lub zatrucia, bądź zakaźnemi. Nie ma żadnej statystyki, którab pozwalała przypuszczać, że zjawiska drugiej i trzeciej grupy w sposób szczególny usposabiają do objawów pityatycznych. Jeśli chcemy systematycznie poszukiwać zjawisk drugiej i trzeciej grupy z jednej strony u wszystkich osobników, dotkniętych objawami pityatycznymi, z drugiej zaś strony u takiej samej liczby osób, które objawami pityatycznymi nigdy dotknięte nie były, to stwierdzimy, że zjawiska drugiej i trzeciej grupy nie są częstsze lub bardziej wyrażone u jednych, niż u drugich i dojdziemy przez to do wniosku, iż pityatyzm nie może być uważany za przyczynę wywołującą zaburzenia wzruszeniowe lub odruchowe. Rozumie się samo przez się, że te badania porównawcze powinny być wykonane na jednostkach, które z jednej i z drugiej strony, wyłączywszy objawy pityatyczne, przedstawiałyby warunki możliwie jednakie co do wieku, stanu zdrowia i t. d. Oba te szeregi spostrzeżeń uzupełniają się wzajemnie i wykazują, że niema żadnej zależności pomiędzy zjawiskami pityatycznemi, a obu innemi grupami [1]).

Widzieliśmy, że po wyłączeniu z histeryi takiej, jaką nam ją przekazała tradycya — wszystkiego, co w nią było niesłusznie wcielone wskutek błędów rozpoznawczych, popełnionych w braku znajomości objawów, oraz z powodu niedostatecznego uwzględniania symulacyi i mytomanii — pozostały nam trzy grupy zjawisk, któreśmy nazwali pityatycznemi, wzruszeniowemi *(émotifs)* i odruchowemi *(reflexes)*; zjawiska te odróżniają się od siebie cechami różniczkowemi i nie są związane żadnym szczególnym łącznikiem, niepodobna więc nadać im jednej wspólnej nazwy; byłoby to przeciwnem logice.

Skorośmy to stwierdzili, powstaje pytanie, czy można nadal posługiwać się słowem »histerya«. Nie jest to już rzeczą logiki, tylko znowuż rzeczą zwykłej umowy. Mojem zdaniem, byłoby rzeczą słuszniejszą wyrzec się nazwy, mogącej podtrzymywać zamieszanie pojęć; jednakże można ją również zachować, ale tylko z warunkiem ściślejszego określenia jej treści, oraz wyraźnego oznaczenia, do której z trzech wymienionych grup ma ona być stosowana; do pierwszej, drugiej czy trzeciej. Pod tym względem, zdaje mi się, nie może być dwóch zdań; jeśli się chce posługiwać słowem »histerya«, to całkiem naturalnem jest zachowanie go dla zjawisk pityatycznych, obejmujących te właśnie zaburzenia, które zawsze uważano za najznamienniejsze i najważniejsze w histeryi oraz którym histerya zawdzięcza zainteresowanie się, powiem namiętność, jaką nacechowane są badania nad nią.

Co do mnie, będę używał obu nazw: histerya i pityatyzm, jako synonimów, pozostawiając czasowi rozstrzygnięcie, czy mają pozostać obie, czy też tylko jedna z nich, co wreszcie jest rzeczą drugorzędną.

Histerya, w ten sposób określona, stanowi cierpienie nerwowe, ściśle odgraniczone i odróżniające się od wszystkich innych nerwic. Z podanej przezemnie definicyi można już teoretycznie wnosić, że zjawiska histeryczne, czy pityatyczne, mają tę właściwość, że w istocie swej co do pojawiania się, trwania, postaci i zanikania zależne są od środowiska psychicznego, w którem żyją jednostki, wrażliwe na sugestyę i ujawniające swe chorobliwe usposobienie pod wpływem tego lub owego wydarzenia. Mnóstwo faktów potwierdza tę myśl. Weźmy zwykły przykład: histeryczka, mająca napady, zostaje przyjęta na oddział szpitalny; w kilka dni potem jej towarzyszka, która podobnych napadów nigdy przedtem nie miewała, podlega napadowi histerycznemu, podobnemu do tego, jaki miała przed oczyma; dalej też same objawy ukazują się u trzeciej chorej, u czwartej, i w ten sposób czasami powstaje literalnie epidemia. Zdarza się to szczególnie, jeśli szef oddziału i jego uczniowie przywiązywali wagę do tych przypadków i okazali zainteresowanie się nimi w obecności innych chorych, bądź przez zachowanie się swoje, bądź przez zamienione zdania. U histeryczek, leczonych w domu, niezwykle długi czas trwania ich cierpienia wynika w wielu przypadkach ze szkodliwego wpływu, jaki wywiera na ich stan duchowy nadmierna troskliwość i niepokój, okazywane przez blizkich. Z tego powodu zmiana środowiska, odosobnienie, perswazya, leczenie psychiczne, są środkami, tworzącymi w tych przypadkach cuda. Przez wpływ okoliczności natury psychicznej na objawy histeryczne, tłómaczy się rozmaitość ich obrazu przypadowego, ich przeradzanie się z biegiem czasu; jest to okoliczność, godna szczególnej uwagi. Możemy wprawdzie jeszcze spotkać epidemię histeryczną w szpitalu, lecz nie widzimy już obecnie nic podobnego do tych zrodzonych przez fanatyzm religijny średniowiecznych epidemii tańca, którym podlegały całe okolice. Z czasów obecnych można porównać te epidemie chyba tylko do wyprawy »duchoborów« (rosyjska sekta religijna, osiedlona w Kanadzie), którzy w końcu roku 1902 w liczbie 2000 osób opuścili swoją osadę i całkiem nago po śniegu przewędrowali całe mile w poszukiwaniu królestwa Bożego! Lecz nie szukajmy dalekich przykładów; dla stwierdzenia zmienności histeryi, wystarczy porównać ją taką, jaką spostrzegamy obecnie w szpitalach paryskich, z histeryą z przed 20—25 lat. Wielkie jej objawy, te porażenia, te przykurczenia, które trwały całemi latami i które dawniej były rzeczą powszednią, stały się obecnie wielką rzadkością. Nie widzimy już tych wielkich napadów z czterema słynnymi okresami, tych głębokich stanów hipnotycznych, z letargiem, katalepsyą lub somnambulizmem. Studenci lub młodzi lekarze, czytając w dziełach klasycznych opisy tych zaburzeń, odnoszą wrażenie, że chodziło tu o jakieś »wykopaliska« chorobowe, o »paleopatologię«.

Trzeba dodać, że zjawiska histeryczne czy pityatyczne, będąc wytworem sugestyi lub autosugestyi, mają tą

[1]) Dotychczas zazwyczaj nazywałem zaburzenia pityatyczne — przypadkami histerycznymi pierwotnymi, i twierdziłem, że byłoby słusznem nazywać histerycznemi również takie zaburzenia, które nie mając wprawdzie cech objawów pierwotnych, byłyby jednak ściśle z którymkolwiek związane i jemu podporządkowane. Takie zaburzenia mogłyby być uważane za zjawiska histeryczne wtórne. Lecz tylko tymczasowo ustanowiłem odrębny dział dla tego rodzaju zjawisk, gdyż dotąd właściwie ich rzeczywistość nie jest jeszcze ustaloną.

właściwość, że w znacznym stopniu zależne są od woli, od mniej lub więcej świadomego kaprysu samych chorych, którzy wobec tego czasem mogą się uzdrowić własną energią. Znam osoby, które po wieloletnim pobycie w szpitalu, gdzie miały najróżnorodniejsze zaburzenia histeryczne, skoro poczuły pragnienie powrotu do prawidłowego życia w społeczeństwie ludzkiem, w bardzo krótkim czasie potrafiły całkowicie się pozbyć swego cierpienia tylko dzięki wysiłkom własnej swej woli, niejako przez autoperswazyę.

Jeśli teraz porównamy histeryę pod powyższymi względami z innemi nerwicami, uderzy nas niezawodnie różnica, oddzielająca te stany. Weźmy obłęd wątpienia. Wybieram ten właśnie przykład dlatego, że niedawno jeszcze pewien wybitny neurolog twierdził, ku wielkiemu memu zdumieniu, że »istnieje znaczna analogia pomiędzy psychastenią a histeryą« [2]).

Nie przeczę oczywiście, że niektóre obawy chorobowe *(phobies)* mogą być wynikiem sugestyi i mogą być usunięte przez perswazyę, że stanowią tedy zjawiska pityatyczne; ale mogę twierdzić, »ż e n i g d y j e s z c z e j e d n o s t k a, d o t k n i ę t a i s t o t n y m o b ł ę d e m w ą t p i e n i a, nie potrafiła uleczyć się przez autoperswazyę«. Jest to tem znamienniejsze, że wielu z tych chorych potrafi w trudnych i ważnych chwilach życia okazać dużo rozsądku i energii, że oni sami uważają swe myśli natrętne za absurd i że mają najżywsze pragnienie pozbycia się swego cierpienia; a jednak doświadczenie stwierdza, że ich wola ma nader mały wpływ na ich cierpienie. W przeciwieństwie do histeryków, którzy, że tak powiem, są aktorami w swych przejawach chorobowych, chorzy na istotny obłęd wątpienia są raczej widzami, zdolnymi tylko do spostrzegania i czasem do bardzo subtelnej analizy swych myśli poniewolnych.

Środowisko psychiczne, w którym żyją ci psychastenicy, ci chorzy na obawę lub na obłęd wątpienia, wywiera może zaledwie nieznaczny wpływ na postać i siłę ich cierpienia. Zaburzenia te mogą ulegać wahaniom i wyładowywać się od czasu do czasu w napadach opętania, obłędu; te napady mogą trwać wiele miesięcy, ale są zazwyczaj przerywane okresami względnego spokoju. Przerwa taka może właśnie podsunąć błędne tłómaczenie, o ile się zbiegnie ze zmianą środowiska. W rzeczywistości zaś, jeżeli brać te zjawiska w masie, dochodzi się do przekonania — przynajmniej takiem jest moje zdanie — że okoliczności takie wywierają na to cierpienie tylko bardzo nieznaczny wpływ. Niezbitym tego dowodem, a zarazem właściwością, jaskrawo odróżniającą obie porównywane nerwice, jest mojem zdaniem ten fakt, że w przeciwieństwie do histeryi, obawa chorobowa wszelkich odcieni objawia się oraz zawsze się objawiała mniej więcej pod tem samem obliczem, bez względu na warunki społeczne lub kraj, w którym ją badano. Opisy tej choroby, przekazane przez poprzednie pokolenia lekarzy, dają się całkowicie zastosować do chorych, spostrzeganych przez nas obecnie. Nie przesądzając przyszłości, można powiedzieć, że dotychczas cierpienie to nie uległo zmianie, i ta niezmienność w czasie rażąco odbija od ogromnej zmienności objawów histerycznych czyli pityatycznych.

[2]) Patrz: Révue neurologique 1908, str. 501. Obłęd wątpienia jest częścią składową tak nazwanej przez Prof. Janeta psychastenii.

Nie przypuszczam, by natura ludzka była obecnie mniej wrażliwą na sugestyę, niż dawniej; mówię tylko, że znając warunki uzewnętrzniania się tej wrażliwości, potrafimy bardziej oddziaływać na jej przejawy, zatamowywać ich rozwój, a gdy się ukażą, usunąć je przez namowę, przez perswazyę. Zaufanie, które wzbudzają stosowane środki lecznicze lub sama osoba lekarza, mogą wieść do takiego skutku. Odbija to od tego, co się zauważa w innych nerwicach i w chorobach umysłowych.

Czyż z całego tego rozbioru nie wypływa oczywista konieczność ujęcia zjawisk pityatycznych w oddzielną grupę i wyodrębnienia ich od innych zjawisk, z którenii były pomieszane?

Jasną jest rzeczą, że zjawiska pityatyczne mogą objawiać się samodzielnie lub też przyłączać się do innych zaburzeń, z któremi się w takim razie mogą wzajemnie maskować. Nieznajomość tych skojarzeń wiodła do mylnego tłómaczenia wielu zjawisk, które w rzeczywistości łatwo się dadzą objaśnić. Stąd również wynika błędne mniemanie, dawniej, a nawet i teraz jeszcze dość rozpowszechnione, że zaburzenia, od histeryi niezależne, mogą być leczone zapomocą sugestyi lub perswazyi. Niech mi pokażą choć jedno takie cierpienie, dające się w ten sposób usunąć! Czasem istotnie jednostkę, dotkniętą neurastenią lub obłędem wątpienia, lub nawet cierpieniem organicznem, udaje się uwolnić zapomocą leczenia psychicznego od pewnych zaburzeń, które w całokształcie objawów chorobowych zajmują mniej lub więcej ważne stanowisko. Lecz czyż byłoby słusznem, opierając się na podobnych faktach, utrzymywać, że te stany chorobowe składają się z dwojakiego rodzaju zaburzeń, z których jedne są uleczalne przez perswazyę lub sugestyę, drugie zaś nie. Przecież daleko logiczniej jest powiedzieć, że w tych przypadkach chodzi o skojarzenie histeryi z innem cierpieniem i że zaburzenia przez leczenie psychiczne usunięte są właśnie temi, które zależne były od histeryi. Przecież zjawiska pityatyczne bądź samodzielne, bądź skojarzone, co do istoty swej są tożsame i nie widzę żadnego powodu do oddzielania jednych od drugich.

A gdy teraz zważymy, że zjawiska pityatyczne mogą w mniejszym lub większym stopniu naśladować zaburzenia czynnościowe najrozmaitszych cierpień, że mogą kojarzyć się nietylko z chorobami nerwowemi, lecz także z wszelkiemi chorobami wewnętrznemi, piersiowemi i brzusznemi, że mogą one uledz prędkiemu, prawie natychmiastowemu uleczeniu lub też trwać nieskończenie długo, zależnie od tego, czy się rozpoznało ich przyrodę i czy się zastosowało odpowiednie leczenie psychiczne, — zważywszy to wszystko, dojdziemy do wniosku, że żaden lekarz nie ma prawa lekceważyć badania tych zjawisk. Wydaje mi się to tem słuszniejszem, że lekarz, stykający się z osobnikiem, wrażliwym na sugestyę, będzie przez swe słowa lub milczenie, przez troskliwość lub lekceważenie, w sposób nieunikniony wywierać wpływ, który, o ile nie będzie dodatnim, stanie się ujemnym; że obecność lekarza może być szkodliwą lub pożyteczną, lecz nigdy nie pozostanie obojętną.

Wyżej wyłożone przezemnie poglądy wydają mi się godne uwagi, nie tylko dlatego, że na nią zasługują, jak każda prawda naukowa, lecz również dlatego, że pociągają

za sobą ważne praktyczne konsekwencye, które kolejno wyliczę.

1) Lekarz, świadomy wpływu, jaki wywiera na jednostki wrażliwe, świadomy roli, jaką może odegrać w powstaniu u nich objawów pityatycznych, o ile się nie będzie mieć na baczności, — lekarz ten, pilnując chorych, musi zarazem pilnować siebie samego. Będzie on musiał dokładnie ważyć swe słowa, ciągle pamiętając, że źle postawione pytanie lub nieostrożne zdanie może być źródłem sugestyi. Tego niebezpieczeństwa nie powinien lekarz nigdy tracić z oczu, a potrafi go uniknąć, stosując się w zadawaniu pytań i badaniu do ściśle określonych prawideł, które gdzieindziej w ogólnych zarysach naszkicowałem.

2) Wiedząc, że jednostka, wrażliwa na sugestyę, łatwo ulega wpływowi swego otoczenia, lekarz w stosunku do chorych objawiających zaburzenia pityatyczne nie może się ograniczyć do osobistego oddziaływania zapomocą zabiegów psychoterapeutycznych. Powinien on dołożyć możliwych starań, by stworzyć chorym środowisko, odpowiadające wymaganiom higieny duchowej.

3) Mając przeświadczenie, że prawdziwe objawy pityatyczne powinny rychło ustąpić pod wpływem umiejętnie stosowanego leczenia psychicznego, — lekarz, w razie bezskuteczności tych zabiegów względem zaburzeń pityatycznych, będzie musiał się zastanowić, czy to leczenie nie zostało udaremnione przez jakieś wpływy przeciwko-lecznicze. Musi on dołożyć starań, by je wykryć i usunąć, i w ten sposób stworzyć warunki, zapewniające wyzdrowienie.

4) Znając granice pityatyzmu, potrafi lekarz odróżnić zaburzenia, do tej dziedziny nie należące i nie będzie się wysilać na uleczenie ich za pomocą psychoterapii. Powstrzymując się od obietnic, których nie może dotrzymać, uniknie zdyskredytowania się. Lecz co ważniejsza, nie łudząc się co do skuteczności takiego leczenia, będzie mniej skłonny do zaniedbania innych środków leczniczych, wymaganych przez zaburzenia nie pityatyczne.

5) Mając o pityatyzmie i symulacyi pojęcie dokładniejsze i ściślejsze, niż dawniej, lekarz, występujący w roli znawcy w sprawach o nieszczęśliwe wypadki, będzie łatwiej mógł dać uzasadnione i słuszne orzeczenie.

A) Z jednej strony, nie będzie lekarz-znawca błędnie przypisywać histeryi zaburzeń, które nie mogą być odtworzone przez wolę i nie należą do pityatyzmu. W ten sposób mniej niż dawniej będzie lekarz wystawiony na niebezpieczeństwo niedocenienia wyrządzonej przez wypadek krzywdy i pozbawienia ofiary wypadku należnego odszkodowania.

B) Z drugiej zaś strony będzie mógł lekarz-znawca lepiej udaremniać nadużycia względem prawa o nieszczęśliwych wypadkach, gdyż główną podporą tych nadużyć była dawna koncepcya histeryi.

a) Wiedząc, że wszystkie zjawiska pityatyczne mogą być dokładnie odtworzone przez udawanie, będzie lekarz-znawca musiał mieć się na baczności w stosunku do jednostek, objawiających takie zaburzenia. Podda on je bardzo ścisłemu dozorowi, który częstokroć pozwoli wykryć oszukaństwo. Lecz nawet w razie przeciwnym, nie będzie mógł lekarz nigdy ręczyć za szczerość. Wreszcie, o ile nie stwierdzi niczego, coby go upoważniało do podejrzewania dobrej wiary osoby interesowanej, będzie musiał orzec, że wyrządzona krzywda jest minimalną, gdyż, powtarzam, zaburzenia histeryczne znikają pod wpływem leczenia psychicznego, stosowanego w pomyślnych warunkach. Co się zaś tyczy w szczególności objawów histerycznych pourazowych, to doświadczenie dowodzi, że znikają one, rzec można, zawsze po zapadnięciu wyroku sądowego; gdyż wyrok, rozstrzygając ostatecznie sytuacyę skarżącego, uwalnia go od troski wyczekiwania decyzyi sądu i przez to usuwa niewątpliwie najważniejszą przeszkodę do wyzdrowienia.

b) Mając przeświadczenie, że histeryczne zaburzenia naczynioruchowe lub odżywcze są tylko fikcyą, z której korzystały ze szkodą dla osób trzecich rzekome ofiary nieszczęśliwych wypadków; że uznawanie tych domniemanych zaburzeń histerycznych opierało się na błędach rozpoznawczych, oraz na nieliczeniu się z szalbierstwem, lekarz-znawca potrafi lepiej poprowadzić swe badania, skoro będzie chodziło o jednostkę, wykazującą, jako skutek wypadku, bądź to krwotoki wewnętrzne, bądź to pryszczyki, owrzodzenia, zgorzele, krwotoki skórne, lub też obrzęk kończyny. Jeżeli okaże się niemożliwem ustanowienie bezpośredniej zależności między danem zaburzeniem, a doznanym wypadkiem; jeżeli zaburzenie to nie okaże się zależnem od innego stwierdzonego cierpienia, które, choćby nawet poprzedzało wypadek, mogło jednak pod wpływem tegoż uledz pogorszeniu, w takim razie lekarz musi pomyśleć o możliwości oszukaństwa i użyć wszelkich środków dla sprawdzenia tego przypuszczenia.

Sądzę, że z tej rozprawy mam prawo wyciągnąć wniosek, że dawne pojęcie histeryi, oparte na spostrzeżeniach bądź niewystarczających, bądź mylnych, nie wytrzymuje krytyki; że rozczłonkowanie tradycyjnej histeryi staje się nieuniknionem wskutek zdobycia szeregu nowych faktów, dawniej nieznanych; że z tego rozczłonkowania wyłania się samodzielna grupa zjawisk, zajmujących w patologii pierwszorzędne miejsce, dla których można zachować nazwę »histerya«, lecz które dokładniej określa słowo: »pityatyzm«.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prym. Radca Dr Krokiewicz).

O chorobie Bantiego i sprawach pokrewnych.

Podał

Dr Maryan Godlewski.

(Dokończenie.)

Ale jeszcze bardziej sceptyczne stanowisko wobec nowej jednostki chorobowej zajął Marchand ([18]). Nie widzi on żadnego powodu do tego, by w zmianach śledziony dopatrywać się pierwotnego schorzenia, co oczywiście stanowi jądro zagadnienia. Zdaniem Marchanda, mogą zmiany śledziony zależeć od zmian wątroby, wywołując następczy rozrost tkanki łącznej w przekrwionym narządzie, lub też zmiany w obydwóch narządach należy przynajmniej pojmować jako równorzędny skutek pewnego skażenia krwi (Wentworth). Prócz wrodzonej kiły, mogą wedle Marchanda wchodzić w grę i inne czynniki szkodliwe. Sa-

morodne zniknięcie puchliny brzusznej uważa Marchand przy marskości wątroby za możliwe, na drodze wytworzenia się ubocznego krążenia. Częste krwawienia odnosi on do żył, porozszerzanych skutkiem samej marskości. Nawet dodatni wpływ wycięcia śledziony, nie ma dla Marchanda znaczenia; tylko kontrola sekcyjna mogłaby, zdaniem jego, ostatecznie i niezbicie stwierdzić dodatni wpływ tego zabiegu na sprawę w wątrobie.

Podobne przekonanie wypowiadają autorowie francuscy Gilbert i Lerebaullet ([12]), twierdząc, że badania anatomiczne i fizyologiczne wykazują zgodnie, iż pierwotnie cierpi wątroba, że zatem nie ma podstaw do tworzenia odrębnej jednostki chorobowej.

Wielkie znaczenie mają bezsprzecznie badania Umbera ([28]). Autor ten oparł studya swe nad t. zw. chorobą Bantiego na badaniu przemiany materyi i stwierdził w jednym przypadku, niezwykle szybki, wprost toksyczny rozpad białka; rozpad ten nadmierny po wycięciu śledziony powrócił do normy, a niedokrwistość ustąpiła. Można zatem istotnie w pewnych przypadkach t. zw. choroby Bantiego, mówić o niedokrwistości toksycznej śledzionowego pochodzenia (*Splenogene toxische Anaemie*); są to jednak, według Umbera przypadki rzadkie, i te tylko należy uważać za chorobę Bantiego *in sensu stricto*; częstsze są przypadki, w których istnieje pod względem anatomicznym i klinicznym charakterystyczny zbiór objawów t. zw. choroby Bantiego ale niema nadmiernego, toksycznego rozpadu białka. Takie przypadki skłonny jest Umber określić raczej mianem marskości Bantiego *(cirrhosis Banti)* albo idąc za zdaniem swego nauczyciela Naunyna, wiąże Umber takie przypadki z pojęciem: marskości z nadmierną śledzioną *(cirrhosis hypersplenica Naunyn)*. Tylko przypadki pierwszej kategoryi, radzi Umber poddawać operacyi.

Badania, przeprowadzone przez Umbera zdają się tedy dowodzić niezbicie, że, chociaż nieliczne, istnieją jednak niewątpliwe przypadki, przebiegające z nadmiernym rozpadem białka, a więc przypadki choroby Bantiego *in sensu stricto*, w przeciwieństwie do *cirrhosis hypersplenica Naunyna*. W tych przypadkach pierwszej kategoryi pierwotną siedzibą schorzenia jest niewątpliwie śledziona, nie wątroba. Jedynym zarzutem, jakiby można podnieść, byłoby to, że Umber — o ile z ogłoszonych jego prac sądzić można — spostrzegał ów toksyczny rozpad białka tylko raz jeden, prowadząc badania nad przemianą materyi przez 21 dni przed i przez tyleż dni po operacyi. To też Umber uważa tę właśnie postać za nierównie rzadszą od marskości o typie Naunyna.

Dalsze badania powinny niewątpliwie iść w tym kierunku, powinny też wykazać stosunek częstości tych postaci przebiegających z toksycznym rozpadem białka, czyli przypadków choroby Bantiego *in sensu stricto* do marskości Bantiego czyli marskości z nadmierną śledzioną Naunyna.

Już z tych uwag nie trudno ocenić, że etyologia i patogeneza t. zw. choroby Bantiego jest niezmiernie ciemna. Kiła dziedziczna (Chari, Marchand i t. d.) alkoholizm i znowu kiła (Gilberti Lereboullet) zakażenie zimnicze, oto czynniki etyologiczne, znajdujące najwięcej zwolenników, ale i poważnych przeciwników. Senator n. p. uważa zakażenie kiłowe za mało prawdopodobny czynnik w etyologii tej sprawy, a przyczynę upatrywałby, jak się rzekło, raczej w samozatruciu. Starck ([25]) zwraca uwagę, że w jego przypadku także i na zasadzie sekcyi nie można było ugruntować podejrzenia kiły. Banti mówi jedynie o trujących substancyach, powstających w śledzionie, zaznaczając otwarcie, że nic dokładniejszego o ich istocie podać nie może. W ostatnich latach opisał Jan Roger ([21]) z Aleksandryi chorobę występującą stosunkowo często w Egipcie, a przebiegającą pod kliniczną postacią choroby Bantiego. Leczy ją wyjęcie śledziony. W Egipcie zapadają na tę chorobę przeważnie kobiety. Roger skłonny jest dopatrywać się lokalnej przyczyny.

W sprawie przyczyny ostatecznej wywołującej t. zw. chorobę Bantiego nie brak i bardziej fantastycznych teoryi; wspomnę tylko o angielskiej pracy Barra ([2]). Autor ten odnosi powstawanie t. zw. choroby Bantiego do schorzenia zwoju trzewnego nerwu współczulnego, wypływem tej sprawy ma być porażenie nerwów zaopatrujących naczynia, przekrwienie wątroby i śledziony, nadmierny rozpad czerwonych ciałek krwi, nadmierny rozwój tkanki łącznej w wątrobie i śledzionie. Że etyologia i patogeneza jest w t. zw. chorobie Bantiego nie zawsze jedna i ta sama, jest bardzo prawdopodobne. Baumgarten ([5]) przedstawił niedawno na posiedzeniu towarzystwa lekarsko-przyrodniczego w Tübingen preparaty z przypadku, przebiegającego klinicznie pod postacią choroby Bantiego. Badanie anatomiczno-patologiczne stwierdziło niedokształcenie (hypoplazyę) wątroby i niezarośnięcie żyły pępkowej.

Dla scharakteryzowania t. zw. choroby Bantiego pod względem anatomiczno-patologicznym dobrze mieć w pamięci słowa Simmondsa ([24]), który oświadcza, że ściśle określone anatomiczno-patologiczne pojęcie tej sprawy nie jest mu znane; oba bowiem narządy, głównie w tej chorobie zmienione, wątroba i śledziona zachowywały się, mimo klinicznie typowego przebiegu, w różnych przypadkach bardzo rozmaicie. W wątrobie spotykano z reguły zmiany włókniste, ale także wyjątkowo jedynie obrzęk *(Leberanschwellung)*, a nawet stosunki prawidłowe. Powiększenie śledziony odnosi Banti do znamiennego dla tej choroby rozrostu tkanki łącznej *(fibroadenia)*, ale Umber spostrzegał w przebiegu tej sprawy powiększenie śledziony, przy braku nadmiernego rozrostu tkanki łącznej, a Simonds opisał przypadek, gdzie rozrost tkanki łącznej w śledzionie był nieznaczny.

Rozpoznanie kliniczne t. zw. choroby Bantiego jest wogóle sprawą sporną, nieraz bywa wysoce dowolne.

Mając przed sobą chorego niedokrwistego z nadmiernie wielką śledzioną, a wyłączywszy zimnicę musimy różniczkować pomiędzy białaczką wrzekomą *(pseudoleucaemia lienalis)*, niedokrwistością śledzionową *(anaemia splenica)* i pierwszym okresem t. zw. choroby Bantiego. Bahrdt ([3]) na zasadzie takiego właśnie przypadku uważa rozpoznanie t. zw. choroby Bantiego, w pierwszym okresie jej trwania, wprost za niemożliwe. Jeżeli bowiem zważymy, że i niedokrwistości śledzionowej może — według Chiariego — towarzyszyć pewien nieznaczny stopień marskości wątroby, to nie można się obronić przypuszczeniu, że obie te sprawy różnią się między sobą raczej ilościowo, niż jakościowo. Sam Banti uważa za rzecz wcale prawdopodobną, że nie-

dokrwistość śledzionowa stanowi niejako pierwszy okres przez niego opisanej postaci chorobowej.

Jako wymowny przykład trudności w ocenianiu podobnych przypadków, posłużyć może przypadek, opisany w naszem piśmiennictwie przez Wilamowskiego ([30]), który równie dobrze można uważać za t. zw. chorobę Bantiego — jak to uczynił autor — jak i za niedokrwistość śledzionową, a nawet za białaczkę wrzekomą śledzionową. Powstanie choroby w tym przypadku łączy autor w prawdopodobny przynajmniej związek przyczynowy z silnym urazem, którego chora doznała.

Podobne przypadki podano też w zeszłym roku i w piśmiennictwie francuskiem. W dwóch mianowicie przypadkach, opisanych pod nazwą choroby Bantiego przez Oetingera i Fiessingera ([19]), stwierdziło badanie pośmiertne niemal prawidłową wątrobę, natomiast wyraźne zgrubienia ściany żyły olbrzymio powiększonej śledziony. Zmiany w żyle śledzionowej, dochodziły aż do miejsca połączenia się tejże żyły z żyłą wrotną, potem nikły, występując znowu tam, gdzie żyła wrotna wchodzi do miąższu wątroby Pojawiającą się za życia i niknącą przepuklinę brzuszną, tłomaczyć było można skrzepami, znalezionymi w rozgałęzieniach żyły wrotnej. Widać zatem, że marskość w wątrobie nie jest konieczną dla powstania splenomegalii, że dalej i puchlina brzuszna w takich razach powstawać może. Czasem zakażenie, czy zatrucie (intoksykacya), znaczące niejako ślad swego pochodu zmianami wewnętrznej warstwy ściany żyły, może wywołać zmiany w wątrobie, działając na tkankę łączną lub komórki wątrobne, a czasem do zmian w wątrobie — jak w owych dwóch przypadkach — nie dochodzi. Ma to bądź co bądź znaczenie, ze względu na zwalczaną przez wielu autorów pierwotność schorzenia śledziony, który to pogląd z drugiej strony i we Francyi ma gorących rzeczników w osobie przedewszystkiem Chauffarda.

Podobne dwa przypadki podali też przed dwoma laty dwaj autorowie amerykańscy Dock i Scott Warthin.

Ale i różniczkowanie pierwszego okresu t. zw. choroby Bantiego od pojęcia białaczki wrzekomej (*pseudoleucaemia lienalis*) napotyka na znaczne trudności, a rozpoznanie nie zawsze jest wolne od podmiotowości, zwłaszcza, że i pojęcie białaczki rzekomej nie jest jeszcze dostatecznie ustalone. Zdaniem Marchanda powinno być pojęcie białaczki rzekomej, nawet śledzionowej, jak najściślej związane ze swoistem zajęciem gruczołów; gdzie gruczoły są istotnie wolne, tam w ogóle o białaczce rzekomej (*pseudoleucaemia*) mówić nie należy. Pod względem anatomiczno-patologicznym cechuje tedy białaczkę rzekomą rozrost tkanki limfatycznej i to tak w śledzionie, jakoteż — i to stale — w gruczołach.

Odróżnianie t. zw. choroby Bantiego — tak jak ją pojmował Banti — od marskości wątroby nie sprawia pod względem rozpoznania klinicznego większych trudności, o ile chodzi o typowe, wykształcone przypadki. Pominąwszy trudny nieraz do stwierdzenia, chociaż niewątpliwie zasadniczy szczegół, polegający na tem, że zmiany w śledzionie wyprzedzają schorzenie wątroby, znajdziemy w typowych przypadkach cechy inne, również znamienne.

Nigdy w przebiegu zwykłej marskości wątroby nie spotykamy tak olbrzymich powiększeń śledziony. To też Posselt twierdzi, że stosunek wagi śledziony do wagi wątroby, czyli t. zw. współczynnik śledzionowo-wątrobowy jest w chorobie Bantiego najwyższy ze wszelkich spraw, znanych w patologii (dochodzić może do $^1/_1$, zamiast prawidłowego $^1/_{10}$).

Ważną cechą dla choroby Bantiego jest — wedle Senatora — omówiony powyżej obraz krwi, pojawiająca się i ustępująca samorodnie puchlina brzuszna, znikająca niejednokrotnie mimo postępującej naprzód sprawy chorobowej.

Ważnym szczegółem jest również wiek chorego. Piśmiennictwo tego przedmiotu dowodzi, że typowe przypadki przynajmniej t. zw. choroby Bantiego przypadają przeważnie na wiek młodociany, gdy zwykłe postacie marskości wątroby występują z reguły w dojrzałym lub późniejszym już wieku.

Zwłaszcza jednak w niewykształconych i nietypowych postaciach tej kategoryi może być rozpoznanie t. zw. choroby Bantiego nie zawsze ścisłe, często niepewne i sporne, a nawet niewątpliwie wobec nieustalonych poglądów nieraz dość dowolne. Przyczyna leży w dwóch powodach typ sam nie jest dotychczas ściśle określony. Samo pojęcie i konieczność przyjęcia takiej jednostki chorobowej jest sprawą sporną, sporną jest też patogeneza oraz etyologia samej sprawy.

Zdaje mi się przeto, że na ujednostajnienie pojęcia t. zw. choroby Bantiego wpłynęłoby niewątpliwie korzystnie, gdyby w przyszłości opierać rozpoznania na studyach Umbera i objąwszy nazwą »marskości Bantiego« (*cirrhosis Banti*) lub »marskości z nadmiernie powiększoną śledzioną« o typie Naunyna (*cirrh. hypersplenica Naunyn*) te postacie marskości wątroby, które przebiegają z nadmiernem, białaczkę przypominającem powiększeniem śledziony, nazwę zaś »choroby Bantiego« (*in sensu strieto*) zarezerwować dla tych tylko przypadków tej grupy, w których da się wykazać istotnie toksyczny, nadmierny rozpad białka. Oba te pojęcia t. j. choroby Bantiego i marskości Bantiego mieszczą się niejako w obszerniejszej grupie, którą dosadnie określićby można pojęciem, używanem i stworzonem jeszcze przez samego Bantiego: *Splenomegalia cum cirrhosi hepatis*.

Muszę jednak zwrócić uwagę na jedną okoliczność, mającą znaczenie praktyczne. Umber radzi operować tylko przypadki, przebiegające z toksycznym rozpadem białka. Zdanie to jest niewątpliwie ze stanowiska teoretycznego uzasadnione, nie sądzę jednak, aby należało go się trzymać w praktyce. Już samo uogólnienie faktu, opartego na jednym jedynym przypadku, nie wydaje mi się dopuszczalne. Cały zresztą szereg poważnych autorów od czasów samego Bantiego — zatem na wiele lat przed wynikami badań Umbera — podaje, że zdołano przez wcześnie przedsięwzięte wyjęcie śledziony uratować życie chorym i przywrócić im zdrowie. Prócz przypadku, który Umber poddał operacyi, znamy cały szereg innych przypadków, nie rzadko z najlepszym wynikiem operowanych. Opisali je: Banti ([3]), Harris i Herzog, Quénu i Duval ([10]), Berard ([6]), Aspelin ([1]), Tausini, Schiassi ([22]), Roger ([21]); Jaffe ([13]) widział nawet po wyjęciu śledziony w przebiegu zwykłej marskości wątroby tak daleko idącą poprawę, że uważa wyjęcie śledziony za zabieg współza-

wodniczący z operacyą Talmy. Sprawa niewątpliwie bardzo daleko idąca.

Na dowód, że wyjęcie śledziony może poczynającą się marskość wątroby w rozwoju powstrzymać, przytacza Banti przez siebie spostrzegany, a przez Colziego operowany przypadek. Mimo, że w czasie operacyi stwierdzono już w wątrobie pewien stopień marskości, miała się chora jeszcze niemal w 2 lata (21 miesięcy) po operacyi zupełnie dobrze, a objawy znamienne dla marskości wątroby wcale nie wystąpiły.

Jeżeli teraz z jednej strony weźmiemy cały szereg przypadków, przez poważnych autorów przytaczanych, a operowanych z najlepszym skutkiem, jeźli z drugiej strony zważymy, że nadmierny toksyczny rozpad białka w tych postaciach i tak rzadkich, raz tylko był spostrzegany i, jak sam Umber twierdzi, stanowi wobec form bez tego objawu przebiegających wyjątek, to zgodzimy się, że ograniczenie operacyi tylko do przypadków »choroby Bantiego« *in sensu stricto* w znaczeniu Umbera, a wyłączenie od niej przypadków »marskości Bantiego« (o typie Naunyna) jest wypływem jedynie rozumowania, a nie doświadczenia. Nie podobna bowiem przypuścić, aby wszystkie przypadki, na które operacya korzystnie wpłynęła, były właśnie przypadkami tej nierównie rzadszej postaci. Widać dalej z opisu przypadków, że o ile tylko chory ciężkość zabiegu przetrzymał, następowało wyzdrowienie.

O ile tedy niewątpliwie wyniki badań Umbera należy zużytkować w rozpoznaniu, o tyle z drugiej strony nie należy — jak sądzę — przeprowadzać różnicy w planie leczenia i tak »chorobę« Bantiego, jakoteż i »marskość« Bantiego t. j. wszystkie przypadki z grupy *Splenomegalia cum cirrhosi hepatis*, leczyć jednakowo zabiegiem operacyjnym — jak to już Banti zalecał.

Prawda, że sam zabieg jest niewątpliwie wielkiem ryzykiem, ale przecież chodzi o chorobę, gdzie ryzykować ma się nietylko prawo, ale i obowiązek; bez tego bowiem zabiegu wszystkie przypadki, bez żadnego wyjątku, dążą i dążyć muszą do fatalnego zejścia.

Nad leczeniem środkami wewnętrznymi — których polecają cały szereg (arsen, jodek potasu, naparstnicę rentgenizacyę i t. d.), nie widzę potrzeby wcale się zastanawiać. Nawet ci, którzy je zalecają, milczą o ich skutkach; stosowanie środków wewnętrznych ma tę ujemną stronę, że pociąga za sobą nieuniknioną stratę czasu, obniżając przez to szanse i korzyści ewentualnie wcześnie wykonanego zabiegu operacyjnego. Nie należy bowiem zapominać, że nigdy nie można naprzód przewidzieć, czy przez długie wyczekiwanie nie wytworzą się około śledziony liczne i bogato unaczynione zrosty, które skutkiem gwałtownego krwawienia przy zabiegu operacyjnym, uczynią wyjęcie śledziony technicznie niewykonalnem. Nie można twierdzenia Bantiego, jakoby zrosty śledziony w tych razach były rzadkie, uważać za dogmat; przypadek bowiem przezemnie spostrzegany, a operowany przez Prof. Bossowskiego, jest pouczającym przykładem, że może też być inaczej.

Jeżeli teraz przypadek przezemnie spostrzegany, rozważymy pod względem rozpoznawczym, na tle powyżej skreślonych uwag i poglądów, to rozpoznanie, tak różnie pojmowanej postaci, zależeć będzie oczywiście od zajętego w całej sprawie ogólnego stanowiska. Nie ulega żadnej wątpliwości, że przypadek nasz należy właśnie do tej kategoryi przypadków, na którą zwrócił uwagę Banti. Typowe zmiany w śledzionie i wątrobie, wysoki współczynnik Posselta, zgrubienie ścian rozgałęzień żyły wrotnej w wątrobie, młody wiek chorego, zupełnie typowy — według zapatrywań Senatora — obraz krwi, puchlina brzuszna zrazu bardzo wielka, znikająca mimo powiększania się śledziony niemal całkowicie i to zupełnie samorodnie, częste — jeszcze przed innymi objawami chorobowymi — krwotoki z nosa, wreszcie początkowe przynajmniej podmiotowe dolegliwości w lewem podżebrzu, zatem prawdopodobnie od śledziony zawisłe — oto zbiór objawów niemal pełny t. zw. choroby Bantiego, tak jak ją pojmował Banti i Senator, a za nimi przeważna część autorów.

Jeźli kto jednak stoi na stanowisku badań Umbera, to przy braku — jak się rzekło — badania nad przemianą materyi rozróżnić między dwoma poddziałami, to jest »marskością« Bantiego (*cirrhosis Banti seu cirrhosis hypersplenica Naunyn*), a właściwą »chorobą« Bantiego niepodobna, trzeba się tylko zadowolnić rozpoznaniem ogólniejszem: *Splenomegalia cum cirrhosi hepatis*; tak też rozpoznanie określiłbym w tym przypadku.

Szefowi oddziału, Radcy Drowi Krokiewiczowi, składam na tem miejscu podziękowanie, za zachętę do wykonania niniejszej pracy i za cenne wskazówki i rady.

Piśmiennictwo. 1) Aspelin: Über den sogen. morbus Banti: (Wiener med. Woch. Nr 11 1905). 2) Baar: (Lancet 23. Aug. 1902) wedle streszczenia. 3) Bahrdt: Über die Unmöglichkeit eine Bantische Krankheit in ihrem erstem, dem am längsten dauerndem Stadium zu diagnostizieren (Med. Gesel. zu Leipzig 1903. 4) Splenomegalie mit Lebercirrhose (Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, Bd. 24. Heft 1.). 5) Baumgarten (Med.-Naturwiss. Verein Tübungen). 6) Berard: Splenectomie pour Maladie de Banti-guérison (Lyon médical p. 721. 1906). 7) Brissowa (Virchow's Archiv. B. 172. Heft 1.). 8) Chiari (Prag. med. Woch. Nr 24. 1902). 9) Curschmann: Disc. über Vortr. Marchand's: Über Morbus Banti. 10) Quénu et Duval: Splenectomie pour Maladie de Banti (Révue de médecine 1903). 11) Fichtner: Zur Kentniss der B. Kr. (Münch. med. Woch. Nr 32. 1903). 12) Gilbert et Lereboullet (Französischer Congr. f. innere Med. Paris 24—28 October 1904. 13) Hochhaus: Über Morbus Banti (Allg. ärztlicher Verein zu Köln. 1904, 27 Juni). 14) Hoeke (Berlin. Klin. Woch. Nr 16. 1902). 15) Jaffe: Über den Wert der Milzextirpation bei B. Kr. (35 kongr. der deutsch. Gesel. f. Chirurgie zu Berlin, 4—7 April 1906). 16) Kühn (Rostocker Aertzteverein, 1903 11. Oct). 17) Lossen: Zur Kentniss des Bant. Symptomen Komplexes (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chirur. 13 Bd. Jena Ficher 1904). 18) Marchand: Zur Kentniss der sogenannten Bantischen Krankheit und Anaemia splenica (Münch. med. Woch. Nr 11. 1903). 19) Oetinger et Fiessinger: De la Maladie de Banti à propos de deux cas de splenomegalie primitive avec endophlebite splenoportale (Révue de médecine Nr 12). 20) Pribram (Prager med. Woch. 1902). 21) Jean Roger (Alexandria). Splenectomie pour Maladie de Banti (Presse médicale. Nr 59. 1903). 22) Schiassi: Chirurgie und Organtherapie bei Morbus Banti (Gazzetta degli ospedali, Nr 69. 1902) według streszczenia. 23) Senator: Über Anaemia splenica mit Ascites (Berlin. klin. Woch. Nr 40. 1901) oraz wykład w Berl. med. Gesel. 30. Oct. 1901. 24) Simmond: Zur Frage der B. Krank. (Biolog. Abt. des ärztlichen Vereins Hamburg 31. Januar 1905). 25) Starck: Über Bantische Krankheit (Med. Gesel. in Kiel 4. Juni 1903). 26) Straus: Anaemia splenica (Gesel. der Charité-Aerzte in Berlin). 27) Tansini: Splenectomie mit Talmascher Operation (Arch. f. klin. Chir. Bd. 67. Heft. 4. 1902). 28) Umber: Bantische Krankheit mit Demonstration von 2 Fällen (Alton. Ärztlicher Verein 1903 16 December). 29) Umber: Zur Patogenese der Bant. Krank. mit besonderer Berücksichtigung des Stoffumsatzes vor und nach der Splenectomie (Zeitsch. f. kl. Med. 1904, Bd. 55). 30) Wilamowski: O t. zw. Chorobie Bantiego (Przegląd lek. Nr 13. i 14. 1906). 31) Voit: Aerzt. Bezirks Verein in Erlangen 1904).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Stoeber. **Doświadczalne badania nad wywoływaniem atypowych bujań nabłonka.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 3). Fischer wykazał swego czasu, że pewne barwniki grupy azowej wstrzyknięte w ucho królika, wywołują atypowe bujania nabłonka, przypominające nieraz żywo budowę tkanki rakowej. Barwniki te są pochodnymi od benzolu i naftaliny, a wiadomo, że w fabrykach tych przetworów spostrzega się czasem u robotników złośliwe nowotwory pęcherza. S. przeprowadził doświadczenia kontrolne i potwierdza wyniki badań Fischera w zupełności; obecnie podejmie próby wywoływania u królików nowotworów pęcherza zapomocą tychże barwników. *Kl.*

Abelous i Bardier. **Badania nad wpływem chlorku sodu na krążenie krwi.** (*Journal de phys. et pathol. génér.* 1908, Nr 3). Wobec dość sprzecznych wyników badań, przeprowadzonych dotychczas w tym względzie, mieli autorowie na celu ich powtórzenie i sprawdzenie. Dlatego wykonali 2 serye doświadczeń na psach: w 1-szej seryi wstrzykiwali chlorek sodu do żyły, w 2-giej podawali go wewnętrznie. Wyniki tych doświadczeń są następujące. Chlorek sodu jest bardzo mało trujący. Przy wstrzykiwaniach do żyły dopiero dawka 1,40 grm na 1 klgr wagi jest śmiertelną. Przy szybkiem tempie wstrzykiwania śmierć może nastąpić nawet i przy mniejszych dawkach. Zwierzę pada w odurzeniu przy obniżeniu ciepłoty i zwolnieniu ruchów oddechowych i serca. Przy podawaniu wewnętrznem można dojść do bardzo wielkich dawek bez żadnego złego wpływu, prócz zwolnienia tętna i obfitego wydzielania się moczu. Takie same skutki pociągają za sobą wstrzykiwania podskórne. Co się tyczy wpływu na krążenie krwi, to przy wstrzykiwaniach śródżylnych ciśnienie nietylko nie spada, ale nawet podnosi się cokolwiek i utrzymuje się stale na tym poziomie w ciągu doświadczenia. Czynność serca zwalnia się, a rozmach skurczu powiększa się. Objawy powyższe wywołane są przez podrażnienie w rdzeniu przedłużonym ośrodka, regulującego działalność serca, ponieważ po przecięciu lub kokainizacyi nerwów błędnych objawy te znikają. *L. Mańkowski.*

Medycyna wewnętrzna.

Hofbauer. **W sprawie powstawania rozdęcia płuc.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 51). Dla stwierdzenia prawdziwości przypuszczenia, iż przy pogłębieniu oddechu następuje zwiększenie pojemności klatki piersiowej, które nie wraca wraz z wydechem do pierwotnej objętości, ale sprowadza rozdęcie płuca, wykonał autor, (aby wyłączyć wpływ woli u chorego) w czasie mocznicy i w całkowitej bezprzytomności zdjęcia pneumograficzne. Zdjęcia te przy typie oddychania Cheyne-Stokessa wykazują stale zwiększanie się pojemności klatki piersiowej podczas oddechów, a powrót do stanu prawidłowego dopiero podczas następującej po fazie oddechowej pauzy. Wobec podobnych wyników radyograficznych i spirometrycznych uważa H. zwiększenie pojemności i rozdęcie płuc podczas pogłębienia oddychania za należycie stwierdzone. *Dr Skórczewski.*

Schnütgen. **Autoseroterapia przy surowiczo-włóknikowem zapaleniu opłucnej.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 3). Sposób autoseroterapii przy surowiczo-włóknikowem zapaleniu opłucnej wypróbował S. w 15 przypadkach i z tego w 14 osiągnął bardzo korzystny wynik. S. wyciąga strzykawką płyn z opłucnej i wstrzykuje go choremu pod skórę, powtarzając ten zabieg co 1—3 dni. Płyn wyciągnąć można przed upływem 3 tygodni choroby. Leczenie to wywołuje zwykle szybkie wessanie płynu z opłucnej, które daje się jeszcze przyspieszyć środkami moczopędnymi. *K.*

Petitjean. **Działanie niektórych środków naczynioruchowych** (azotynu amylowego, adrenaliny, sporyszu) **na obieg krwi w płucach.** (*Journ. de phys. et pathol. gén.* 1908, Nr 3). Celem autora było zbadać doświadczalnie, czy pewne środki naczynioruchowe, proponowane do użycia przy krwotokach płucnych, mają znaczenie lecznicze, a jeżeli je mają, to jak sobie wytłómaczyć można ten ich wpływ. Autor robił doświadczenia na psach i oprócz sposobu graficznego, t. j. zapisywania ciśnienia w tętnicy szyjnej i w tętnicy płucnej, używał jeszcze sposobu koloryskopowego, t. j. spostrzegania zmian w zabarwieniu płuc pod wpływem tego lub innego środka. — Wyniki doświadczeń P. są następujące: Po wstrzyknięciu zwykłych leczniczych dawek azotynu amylowego można zauważyć spadek ciśnienia w tętnicy szyjnej i nieznaczne i krótkotrwałe podniesienie ciśnienia w tętnicy płucnej. Płuca przytem stają się coraz bledsze i takie ich niedokrwienie trwa 7—10 minut. Potem pomału bladość ustępuje i płuca powracają do prawidłowego zabarwienia. Wobec tego autor dochodzi do wniosku, że azotyn amylowy jest dobrym i zupełnie uprawnionym środkiem przy krwotokach płucnych. Adrenalina wywołuje znaczne podniesienie ciśnienia w tętnicy szyjnej i mniejsze stosunkowo, ale bardzo trwałe, w tętnicy płucnej. Płuco przytem szybko ulega przekrwieniu; stan taki trwa kilka minut i potem pomału a nieznacznie wszystko wraca do stanu prawidłowego. Sądząc z tego, adrenalina w każdym razie byłaby nieszczególnym środkiem leczniczym przy krwotokach płucnych. Co się tyczy sporyszu, to autor robił doświadczenia z jego przetworami: ergotyną Ivona i ergotyniną Fanreta. Ergotyna Ivona zaraz po podaniu raz podnosiła ciśnienie, drugi raz wywoływała spadek. Po pewnym przeciągu czasu dawała stałe podniesienie w tętnicy szyjnej. Zaś ergotynina wywoływała odrazu podniesienie ciśnienia. W tętnicy płucnej ergotyna nieznacznie podnosiła ciśnienie, a ergotynina żadnego wpływu nie wywierała. Ergotyna, jeżeli wogóle wywoływała zblednięcie płuc, to ono było ledwie widoczne, a ergotynina żadnego wpływu na ukrwienie płuc nie wywierała. Autor odmawia więc obu tym przetworom sporyszu wszelkiego wpływu leczniczego przy krwotokach płucnych. *L. Mańkowski.*

A. v. Rosthorn. **Gruźlica krtani a ciąża.** (*Wien. med. Woch.* 1909 Nr 1). Gruźlica krtani uważana bywa zwykle za wskazanie do przerwania ciąży, jako jedno z najcięższych powikłań gruźlicy płuc. Autor, który dawniej sam wypowiadał to zdanie, obecnie zapatruje się na sprawę nieco odmiennie i sądzi, że cierpienie to uważać trzeba tylko, jako część ogólnej gruźlicy, i dla osądzenia, czy są wskazania do przerwania ciąży, należy: bardzo ściśle indywidualizować każdy poszczególny przypadek, przeprowadzić możliwie dokładne badanie ogólne, starannie obserwować chorą przez czas dłuższy i tylko w razie pogarszania się stanu wysnuć odpowiednie wnioski po naradzie z lekarzem, wytrawnym w dziedzinie gruźlicy. Natomiast R. radzi stanowczo wystrzegać się wszelkich uogólniań w postępowaniu. *Dr. St. Rudzki.*

Wolpe. **Zwiększanie się wydzielania i kwaśności soku żołądkowego podczas regularności.** (*Deut. med. Woch.* Nr 51 1908). Autor badał stosunki wydzielania i kwaśności soku u 12 kobiet z chorobami nerwowemi i organicznemi żołądka w czasie regularności i w czasie wolnym od niej. Stwierdził stałe nieznaczne zwiększenie się ilości soku i jego kwaśności, tak na czczo, jak i po śniadaniu próbnem. Co do sprawności ruchowej podczas regularności, to doświadczenia u 12 chorych na żołądek z nieupośledzoną czynnością ruchową stwierdziły, że w czasie regularności nastaje upośledzenie czynności ruchowej. Czynność ruchową określał jednak autor niezbyt dokładną metodą, sądząc z ilości treści wydobytej po śniadaniu próbnem o sprawności ruchowej żołądka. Znacznie dokładniejszą metodą Straussa i Loevyego nie mógł się autor posługiwać z przyczyn od niego niezależnych. *Dr. Skórczewski.*

Kemper. **Odczyn Wołowskiego w durze brzusznym.** (*Russ. Wracz.* 1908 Nr 46). Autor wykonał ten odczyn 436 razy u 45 chorych na dur. 240 razy odczyn dał wynik dodatni, gdy go wykonano z moczem jeszcze gorączkujących chorych. 196 razy odczyn wykonany po spadku gorączki dawał stale wynik ujemny. Odczyn ten robi się następującym sposobem: Do probówki nalewa się 5,0 moczu, wziętego mniej więcej w 12 godzin po oddaniu. Do moczu dodaje się 5,0 mocnego kwasu solnego (ciężaru 1,19). Probówkę zatyka się korkiem i ostrożnie 5—8 razy przewraca się ją. Po ostygnięciu dodaje się 1,0 chloroformu i znowu się probówkę kilka razy ostrożnie przewraca. Chloroform opada na dno probówki i w razie odczynu dodatniego zabarwiony jest niebiesko. *L. Mańkowski.*

Simmonds. **Pierwotny wąglik jelit.** (*Tow. lek.* Hamburg 10. XI, 1908). S. opisuje przypadek pierwotnego wąglika jelit. Sprawa szła bardzo szybko i chory zmarł w 24 godzin. Przy sekcyi znaleziono w jamie brzusznej 2 litry mętnego płynu, zawierającego obficie prątki wąglikowe, znajdujące się również obficie we krwi serca. Na błonie śluzowej żołądka i jelit liczne ogniska wielkości grochu, w obrębie których na błonie śluzowej znajdował się strup i krwawe podbiegnięcie błony surowiczej. Oprócz tego były ściany jelita surowiczo naciekłe, podobnie krezka i tkanka zaotrzewna. Gruczoły obrzękłe z licznemi wybroczynami; śledziona duża, miękka. *K.*

Riehl. **Rozmaite działania arszeniku przy pracy mięśniowej i bezczynności.** (*Münch. med. Woch.* 1908 Nr 51). Tak na ludziach, jak i na zwierzętach przekonał się autor, że korzystny wpływ arsenu (poprawa składu krwi, lepsze wyzyskanie wprowadzanych pokarmów, objawiające się przybytkiem na wadze), daje się zauważyć jedynie przy równoczesnem używaniu ruchu i jeżeli dawki arsenu stopniowo się zwiększa. Czy bakteryobójcze działanie arsenu istotnie więcej zaznacza się w czasie zupełnego spokoju, tego autor nie podejmuje się na razie rozstrzygnąć. *Dr. M. Godlewski.*

Prof. Plehn. **Leczenie ostrego gośćca stawowego.** (*Deut. med. Wochenschr.* Nr 51—52 1908). Na podstawie wieloletniego doświadczenia, sądzi autor, iż zapalenie nerek, występujące po podawaniu przetworów salicylowych, niema wielkiego znaczenia. Za tem przemawia znikanie białkomoczu w przebiegu gośćca, występującego podczas leczenia salicylem, brak pogorszenia w przypadkach skombinowanych z przewlekłem zapaleniem nerek mimo leczenia salicylem. Dlatego, uważając salicyl za lek, przy gośćcu swoisty, radzi go P. używać w postaci kwasu salicylowego w dużych dawkach, sześciu do ośmiu gramów dziennie. Jedynie w razie silniejszych objawów zatrucia, czy to ze strony przewodu pokarmowego, czy układu nerwowego, zmniejsza P. dawkę lub podaje aspirynę. Leczenie salicylem bardzo szybko wiodło w przypadkach P. do usunięcia choroby, co więcej, zmniejszało niebezpieczeństwo powikłania zapaleniem wsierdzia, a w razie obecności tegoż zmniejszało niebezpieczeństwo powstania wady zastawkowej; jedynie u 2 chorych na 319 rozwinęła się wada serca mimo leczenia salicylem. 5 chorych zmarło wskutek powikłań ze strony serca przy niedostatecznem leczeniu salicylem. Wreszcie nieskuteczność salicylu stwierdzono w pewnej liczbie przypadków gośćca przewlekłego, gdzie następnie zdołano uzyskać poprawę podawaniem wewnętrznem jodu, wstrzykiwaniem śródmięśniowem chininy z antypiryną, śródżylnem kollargolu. Zwłaszcza to ostatnie autor gorąco poleca. W porównaniu do innych statystyk (Hauffe, Klemperer), statystyka chorych, leczonych przez P., wykazuje znacznie szybsze doprowadzenie do stanu bezgorączkowego, krótszy pobyt chorego w szpitalu, mniejszy odsetek nawrotów, powikłań ze strony wsierdzia i osierdzia. *Dr Skórczewski.*

Swojechotow. **Rozpoznawcze znaczenie odczynu peptonowego.** (*Wracz. Gazeta* 1908 Nr 49—50). Wczesne rozpoznawanie sprawy ropnej, gdziekolwiekbądź istniejącej w ustroju, ma ogromne znaczenie dla dobrego przebiegu sprawy, ewentualnie dla wczesnego zabiegu operacyjnego. Osobliwie ważnem jest to w sprawach ropnych, rozwijających się w jamie brzusznej. Autor podnosi z naciskiem usługi, jakie może oddać niedoceniony w tym względzie peptonowy odczyn Hofmeistra i przytacza na dowód z własnej praktyki kilka przypadków, rzeczywiście przekonywających. W końcu pracy podaje autor tablicę, na której zestawia wyniki swych spostrzeżeń. Ze 112 przypadków, gdzie wykonano badanie moczu, w 50 odczyn peptonowy dawał stale wynik dodatni i we wszystkich tych przypadkach istniała w ustroju sprawa ropna. We wszelkich innych chorobach odczyn wypadał zawsze ujemnie. *Dr Mańkowski.*

Joachim. **Porażenie lewego przedsionka przy wadach zastawki dwudzielnej.** (*Deut. medic. Wochenschr.* Nr 51 1908). U 4 chorych z powikłanemi wadami zastawki dwudzielnej, u których badanie fizyczne prócz szmeru rozkurczowego nie stwierdzało jego przedskurczowego wzmocnienia, stwierdził autor zapomocą zapisania ruchów przedsionka od strony przełyku brak obecności wzniesienia, odpowiadającego skurczowi przedsionka, poprzedzającego skurcz komory. Autor zwraca uwagę na słuszność zapatrywania Mackenziego, który sądził, iż przy niedomodze i przepełnieniu przedsionka krwią, odpada jego czynność, co klinicznie stwierdzamy odpadnięciem przedskurczowego wzmocnienia szmeru rozkurczowego nad końcem serca. W ostatnich czasach 7 przypadków porażeń lewego przedsionka podał Rautenberg.

Dr Skórczewski.

Pedyatrya.

Würtz. **O zastosowaniu kamfory przy zatruciach pokarmowych u niemowląt.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 3). Do najcięższych zaburzeń odżywienia u dzieci należy t. zw. cholera niemowlęca, która cechuje się znaczną utratą wody z tkanek i zmniejszeniem ciśnienia krwi. Stan ten może spotęgować się aż do ciężkiego zapadu. Aby podnieść ciśnienie, stosowano dotychczas wlewania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej do żyły. Ten jednak zabieg, mimo swego teoretycznego usprawiedliwienia, nieraz bywał bezskuteczny i nie zapobiegał śmierci, gdyż serce, już i tak wskutek zatrucia osłabione, nie mogło się zastosować do nowych warunków krążenia. Wobec tego odstąpił autor od dotychczas praktykowanej metody wlewań i zastąpił ją wstrzykiwaniem podskórnem oliwy kamforowej (10% rozczyn $1/2$ do 1 ctm³), które stosował przez dłuższy czas, bo w niektórych przypadkach wykonał przeszło 50 wstrzykiwań w przeciągu 10 dni z dobrym skutkiem. Metoda ta potrzebuje jednak jeszcze wypróbowania. *Kostecki.*

Fedyński. **Ciała obce w drogach oddechowych u dzieci.** (*Wracz. Gazeta* 1908, Nr 46—48). Autor opracował materyał szpitala św. Włodzimierza w Moskwie z 10 lat (dzieci od 10 miesięcy do 7 lat). F. zebrał 44 przypadki ciał obcych w drogach oddechowych, w tej liczbie 37 razy obcem ciałem było nasienie słonecznika, 3 razy ziarnka kawona i po 1 razie: kawałek chleba, kość wołowa, kość rybia, skorupka orzecha. W 39 przypadkach ciało obce leżało wolno w tchawicy, w 1 przypadku między strunami głosowemi, w 1 uwięzło w tchawicy, w 1 w krtani, i w 2 przypadkach w oskrzelach. Rozpoznanie opierało się przeważnie na wywiadach, na zwężeniu napadowem i na dźwięku »klaskania« w tych przypadkach, kiedy ciało obce leżało wolno w tchawicy. Laryngoskopia, kilka razy zastosowana, nie dała żadnych wyników. Operowano w 42 przypadkach (tracheotomia dolna); 1 dziecko zmarło nieoperowane, jedno zabrali rodzice do domu, nie zgodziwszy się na operacyę. Zmarło 11 dzieci, t. j. 26,2%. Na śmiertelność pewien wpływ miała długość czasu, jaki przeszedł między początkiem choroby, a przyjęciem dziecka do szpitala. W pierwszym dniu choroby przyjęto do szpitala 15 dzieci, z tej liczby zmarło 7. W 2. dniu choroby przyjęto 11, z tej liczby zmarło 3. Wszystkie dzieci, które przyjęto na 4. dzień, (z wyjątkiem jednego), wyzdrowiały. Autor omawia szczegółowo wszystkie przypadki, które zakończyły się śmiercią, i dochodzi do przekonania, że odsetek śmiertelności byłby mniejszy, gdyby stosowano bronchoskopię lub tracheoskopię. Nakoniec porównawszy zebrane przez siebie spostrzeżenia ze spostrzeżeniami innych lekarzy, dochodzi autor do następujących wniosków: Gdzie nie można zastosować bronchoskopii, należy natychmiast wykonać tracheotomię. Najlepiej wykonywać tracheotomię górną, a następnie przystąpić do tracheoskopii, przyczem dają się usunąć obce ciała, nawet dość głęboko leżące w oskrzelach. Jeżeli przy badaniu bronchoskopem okaże się, że ciało obce leży bardzo głęboko w oskrzelach, a niema stosownych cienkich i długich narzędzi do wydobycia go, to w takim razie wskazana jest dolna tracheotomia. W każdym razie broncho-tracheoskopia powinna teraz znaleść szerokie zastosowanie. *L. Mańkowski*

Miedowikow. **Tuberkulina Kocha w zastosowaniu u dzieci.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 43—47). Autor zebrał 21 spostrzeżeń (5 z oddziału chirurgicznego, 16 z wewnętrznego), które przytacza szczegółowo. Oprócz tego w 2 przypadkach gruźliczego zapalenia opon zrobił po 1 wstrzyknięciu na krótki czas przed śmiercią; wpływu żadnego w obu tych przypadkach nie zauważył. Dodatni wpływ zauważył w 2 przypadkach gruźlicy stawu kolanowego i w 4 następujących przypadkach: gruźlica gruczołów szyjnych, gruźlica szczytów obu płuc, gruźlica prawego płuca i toczeń. W jednym przypadku zauważył autor wyraźne pogorszenie już po wstrzyknięciu 0,025; w innych przypadkach nie zauważył żadnego ujemnego wpływu wstrzykiwań. 9 przypadków zakończyło się śmiercią. Wstrzykiwania robił M. między łopatkami i zaczynał od dawki 0,005, potem 0,01, 0,02 i t. d. Jeżeli ciepłota ciała podniesiona i stan sił dziecka nieznany, to autor radzi zaczynać koniecznie od najmniejszej dawki 0,005 i bardzo ostrożnie ją zwiększać. Odczyn miejscowy (zaczerwienienie, naciek, bolesność) bywał zwykle bardzo niewielki; natężenie jego zależało od 2 przyczyn: wielkości dawki i stanu ustroju. U dzieci wynędzniałych z daleko posuniętą sprawą chorobową nie zauważył autor ani razu odczynu miejscowego. W przebiegu sprawy gruźliczej podostrym można było zauważyć odczyn miejscowy przy małych dawkach: przy dawkach większych występował już odczyn gorączkowy ogólny.

L. Mańkowski.

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Przy ostrym gośćcu stawowym znakomite podobno wyniki osiąga Muscariello (*Ref. med.* 20. II. 1908) przez podawanie dużych dawek jodku potasu. Powikłanie sercowe nie

jest przeciwwskazaniem, a nawet stan serca ma się poprawiać przy tem leczeniu. Pierwszego dnia podaje M. 6: 300 w 3 porcyach, drugiego 5,0, trzeciego 4,0, potem 3 lub 2 grm, aż do 10 dni. Mimo podwyższonej ciepłoty pozwala M. chorym jeść. Czasem zjawia się przejściowo ślad białkomoczu. *A.*

Azotyn amylowy przeciw krwotokowi płucnemu poleca Grace-Calvert (po 3 krople do wdychiwania; 3—6 kropli wystarcza zawsze na pewno). *A.*

Czopki mydlane przy zapaleniu wyrostka robaczkowego stosuje celem wywołania stolca Zeuner (czopek co $^1/_2$—2 godzin aż do skutku), uważając za słuszny pogląd, że na chorobę tę nadzwyczaj dobroczynny wpływ wywiera opróżnienie jelit. Polecony przez Sonnenburga olejek rącznikowy jest według Z. środkiem za nadto niebezpiecznym i można go stosować chyba tylko w szpitalu, gdzie możemy być każdej chwili gotowi do zabiegu. Natomiast w praktyce prywatnej zalecić należy czopki mydlane, które autor wypróbował już na 246 chorych. *A.*

Przy durze brzusznym poleca Mironescu (Bukareszt) 1—2 dziennie lewatywy z 5,0 kollargolu. Wpływają one korzystnie na ciepłotę; krwawienia jelitowe przy tem leczeniu występują rzadziej. (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 1). *A.*

Jaja na miękko wyzyskuje ustrój podług Aufrechta i Simona o wiele lepiej, niż mięso, dlatego też uważają je autorzy za bardzo cenny środek odżywczy. *A.*

Leczenie uporczywych i opierających się wszelkim sposobom owrzodzeń kiłowych, tak pierwotnych, jak i następowych, promieniami Röntgena poleca na podstawie swego doświadczenia Prof. Buschke (Berlin). (*Ther. der Geg.* 1909) Nr 1). *A.*

Uśpienie od strony kiszki stolcowej poleca przy operacyach w ustach i na szyi Dumont. (*Kor. f. Schw. Aerzte* Nr 14). *A.*

Ochronne szczepienia podług Wrighta stosuje przed operacyami z pomyślnym skutkiem Pray. Tak n. p. celem zapobieżenia zapalaniu płuc po operacyach zaszczepia P. na tydzień przed operacyą podług Wrighta drobnoustroje ropne, podobnie przed zabiegiem w tych przypadkach, gdzie z powodu osłabienia, cukrzycy i t. p. spodziewać się należy powikłań ropnych. Przed operacyami na przewodzie pokarmowym oprócz tego zaszczepia P. jeszcze prątek okrężnicy. (*Edb. med. J.*, sierpień, 1908). *A.*

Przy ciężkich postaciach ropienia sutka zaleca Feinen sposób, zastosowany z bardzo dobrym leczniczym i kosmetycznym skutkiem przez Bardenheuera. Zamiast cięć promienistych od zewnątrz prowadzi się od dołu lub w razie potrzeby w innem miejscu cięcie półkoliste na brzegu przyczepu sutka, sutek odpreparowuje się od powięzi piersiowej, ognisko otwiera się od tyłu i tamże sączkuje. (*D. Z. f. Chir.* T. 94, Z. 3—4). *K.*

W przypadkach zakażenia połogowego na tle paciorkowców poleca Meissl wstrzykiwania od 20—40 ctm surowicy ozdrowieńców z tegoż cierpienia. (*Wiener kl. Wochs.* Nr 1). *A.*

Przepuklinę pępkową operuje Lexer w ten sposób, że najpierw zakłada przez całą grubość powłok podskórnie luźno szew kapciuchowy naokoło przepukliny, potem osobnymi szwami zeszywa otrzewnę i powięź, wtedy dopiero zaciąga szew kapciuchowy i w końcu zeszywa powięź przednią mięśni prostych powyżej i poniżej szwu kapciuchowego, a wreszcie skórę. Podług Ebnera (*Beitr. z. kl. Chir.* T. 59., Z. III.), wyniki tego sposobu są bardzo dobre. *K.*

Przy złamaniach szyjki kości udowej zaleca Delbet (Paryż) zbijanie szyjki i główki zapomocą gwoździ bez otwierania stawu. Przy pewnej wprawie udaje się wykonać ten zabieg łatwo nawet w znieczuleniu miejscowem, a daje on wyniki znakomite. (*Pos. Akad. med.* 3. XI. 1908). *I.*

W przypadku bardzo ciężkiego zniekształtniającego zapalenia kręgosłupa uzyskał Müller znakomity wynik po wstrzykiwaniach fibrolizyny. (*Med. Klin.* Nr 3). *A.*

Bardzo dogodny elektroskop do badania cewki i pęcherza i wykonywania w nim zabiegów podał Brünings z Fryburga. Zaleta tego przyrządu polega na tem, że źródło światła przez odpowiednią konstrukcyę lamp znajduje się na zewnątrz i to w dość wielkiej odległości, przez co jasność pola widzenia nie zmniejsza się zależnie od odległości, dalej przyrząd sam można dokładnie wyjaławiać i doskonale w nim operować, a wydzieliny i zanieczyszczenia nie przeszkadzają w oświetleniu. (*Münch. med. Wochs.* Nr 2). *A.*

Rany postrzałowe z nowoczesnej broni są w wielu przypadkach lżejsze, niż zranienia pociskami starego typu. To też dziwną co najmniej nazwać można broszurę Birchera, szwajcarskiego chirurga wojskowego. Domaga się on wprowadzenia na nowo pocisków większego kalibru, gdyż obecne, jak twierdzi, nie spełniają już swojego zadania, albowiem wywołują przeważnie tak lekkie zranienia, że połowa chorych przed upływem 3 miesięcy powraca pod broń. Wojna podług Birchera powinna pozostać wojną i słusznie powiedział Napoleon: »Jeżeli ktoś jest opętany ludzkością i tylko ludzkością, to nie powinien prowadzić wojny«. *X.*

Choroby powstałe „z zaziębienia" uważa Binder za samozatrucia ustroju, powstałe w usposobionych do tego narządach przez zatrzymanie prawidłowych, a wytworzenie szkodliwych produktów przemiany materyi wskutek niedokładnego przystosowania się własności wydzielniczej skóry. Hartowanie się polega właśnie na stworzeniu dokładnego odczynu skóry na zimno. (*Allg. Mil. Zeitg.*, str. 14). *A.*

Higieniczny podkład do ubrań z płyt lub mąki korkowej wyrabia Schaller w Schnölin. Podkład ten zatrzymuje znakomicie ciepło, a równocześnie dozwala na przewiew skóry; nadaje się do pasów, gorsetów, do ubrań osób, skłonnych do zaziębień i pocenia się i t. p. *A.*

Przyrząd do odkażania wielkiej ilości książek na raz podał Gärtner (Jena). Na 1000 książek potrzeba 7 litrów wyskoku. Odkażanie 4000 tomów trwa 10 godzin. (*Zft. f. Hyg. u. Inf.* 1908, T. 62). *A.*

Tryparosan, przetwór parafuchsyny (halogeniertes Parafuchsin) jest według Roehla bardzo dzielnym środkiem leczniczym przeciwko śpiączce afrykańskiej, a znacznie mniej trującym od samej parafuchsyny, przez co bezpiecznie stosować go można zwłaszcza w kombinacyi z przetworami arsenu. (*Tow. lek. Frankfurt n. M.* 19. X.). *A.*

Kinematograf oddaje obecnie zdaniem Grützner a medycynie i naukom przyrodniczym nieocenione usługi. Zapomocą niego możemy zwalniać lub przyspieszać daną czynność i przez to śledzić dokładnie n. p. ruch skrzydeł owadów, robaczkowy ruch jelit n. p. żaby, przebieg jakiejś operacyi, odprowadzania zwichnięć, przebieg porodu i t. p. — W dyskusyi dodał Sellheim, że może uda się zapomocą promieni Röntgena przedstawić w kinematografie dokładnie przebieg całego porodu w łonie matki. (*Tow. lek. Tübingen* 23. XI.). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 27 stycznia 1909 r.

Przewodniczący Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 37.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący dziękuje za okazane mu wyborem na prezesa zaufanie.

3) Prezes odczytuje list Dra Ziemackiego z Petersburga z podziękowaniem za nadesłane mu powinszowanie.

4) Prezes przedstawia imieniem komitetu Towarzystwa na członków honorowych Towarzystwa Prof. Marsa ze Lwowa, który pierwszy powziął myśl wystawienia własnego domu Towarzystwa w Krakowie i energicznemi staraniami zgromadził znaczną na to kwotę i Prof. Głuzińskiego, jako wielce dla krakowskiego Towarzystwa zasłużonego. W myśl statutu głosowanie nad tym wnioskiem odbędzie się na następnem posiedzeniu.

5) Zgłaszają się na członków Towarzystwa następujący koledzy: Sędzielowski Józef, Pretzel Gustaw, Merunowicz Tadeusz, Mirtenbaum Leon, Dundaczek Franciszek, Kozaczka Adam i kol. Tomasz Janiszewski, który należał dotychczas do Tow. lek. gal. — Koledzy ci zostali jednomyślnie przyjęci.

6) Kol. Jarecki przedstawia przypadek **przebicia szyjki macicznej przy poronieniu w 5. miesiącu ciąży.** Chora w 5. miesiącu ciąży doznała silnych bólów o charakterze bólów porodowych i krwotoku, utrzymującego się przez dwa tygodnie, poczem wystąpiły silne upławy. Badanie wykazało macicę nieco powiększoną i u podstawy przymacicza prawego tuż obok szyjki naciek wielkości orzecha włoskiego. W szyjce zauważono kość

płaską czaszki. Przy sondowaniu wykazano związek między jamą macicy, a wspomnianym naciekiem, w nacieku zaś cały szereg kosteczek, które po nacięciu szyjki usunięto. — Prof. Dobrowolski zapytuje czy nie było śladów *abortus artificialis*; kol. Jarecki zaznacza, że, jakkolwiek miał w tym kierunku podejrzenie, nic pewnego dowiedzieć się, ani stwierdzić nie było można.

7) Kol. Schlank w zastępstwie nieobecnego Prof. Rosnera opisuje **przypadek gorączki w połogu** (septico-pyaemia), w którym wykazano paciorkowce hemolityczne, które stanowią zły znak prognostyczny i przedstawia płytkę Petriego z krwią i charakterystycznemi na niej hodowlami, jakoteż stąd osiągnięty preparat drobnowidowy.

W dyskusyi zaznacza Prof. Bujwid, że dzisiaj chcą na zasadzie hemolizy rozdzielać paciorkowce co do ich jadowitości, lecz sądzi, że ta cecha jest nie stałą. Co do surowicy, to należałoby oznaczać opsoniny, co jednakowoż na razie jest niewykonalne. — Prof. Kader stosował dużo różnych surowic przeciwpaciorkowcowych i na swej klinice czynił z niemi doświadczenia; uważa, że przedewszystkiem usuwa się wstrzyknięciem zapobiegawczem zakażenie otrzewne przy zabiegach operacyjnych. — Kol. Męsowicz w 20 przypadkach posocznicy, w których zawsze wykazano paciorkowce we krwi, nie widział nigdy żadnego wyniku po wstrzyknięciu surowicy.

8) Prof. Kader przedstawia a) przypadek **nefrotomii**, wykonanej z powodu krwawień z jednego moczowodu z bardzo dobrym wynikiem; badanie drobnowidowe stwierdziło zapalenie nerki; b) chorego z bardzo **ciężką rozedmą płuc**, u którego wykona resekcyę żeber (kości) po obydwóch stronach.

9) Kol. Radliński mówił: **O określaniu dolnej granicy żołądka dla celów praktycznych.** R. omawia we wstępie sposoby, do tego celu stosowane i podnosi, że sama już ich liczba i zjawianie się coraz nowych sposobów dowodzi, że żaden nie daje wyników zupełnie pewnych, lub też, że dokładne sposoby są kłopotliwe i trudne. Wspomina o sposobie Boasa (wymacywanie miękkiej sondy gumowej, wprowadzonej do żołądka i leżącej wzdłuż wielkiej krzywizny); dalej o wypukiwaniu z wydymaniem żołądka powietrzem i napełnieniem okrężnicy poprzecznej wodą; dalej o wypukiwaniu żołądka z jednoczesnem osłuchiwaniem zapomocą ustawionej w środku powierzchni żołądka słuchawki lub fonendoskopu i stwierdzaniu granic żołądka tam, skąd już opukiwanie przestaje być słyszalne; dalej o osłuchiwaniu szmeru powietrza, wpędzanego do żołądka przez zgłębnik zapomocą balonu Pollitzera — szmer ten przestaje być słyszalny z chwilą przejścia słuchawką poza granicę żołądka. Wspomina o diofanoskopii i rentgenoskopii. Rentgenoskopia, polegająca na oglądaniu na ekranie przebiegu i ułożenia mieszanki bizmutowej, wprowadzonej do żołądka, daje z jednej strony wyniki bardzo dokładne, z drugiej pozwala rostrzygnąć różnicę zdań autorów, z których jedni uważają za prawidłowe ułożenie żołądka bardziej poziome, drudzy — bardziej pionowe; są to mianowicie różne fazy ruchu robaczkowego żołądka i oba te położenia mogą na tym samym żołądku być spostrzegane. Wreszcie wspomina R. o sposobie, podanym przez Mayera, polegającym na połykaniu małego magnesu na nitce i określaniu jego położenia przy pomocy odchylenia igły magnetycznej na busoli.

Od szeregu lat dla określenia dolnej granicy żołądka R. stosuje sposób Obrazcowa z Kijowa, nazwany przez autora »palpacyą perkusyjną«. Sposób ten polega na wyzyskaniu tej właściwości każdego prawidłowego nawet co do wymiarów i położenia żołądka, że można w nim przez uderzanie powłok brzusznych wywołać pluskanie. O ile pluskania nie otrzymujemy, polecamy choremu wypić szklankę wody i wtedy otrzymamy pluskanie zawsze, szczególnie o ile lewy łuk żebrowy przygniemy lewą ręką w dół i ku linii środkowej; przez to przygięcie łuku żebrowego wypychamy poniekąd z pod niego podżebrową część żołądka, ułatwiając niezbędną do obmacywania ruchomość ściany brzusznej. W warunkach tych pluskanie powstaje zawsze tak dalece, że niestwierdzenie pluskania nasuwa myśl o chorobowem zmniejszeniu jamy żołądka, jak to bywa przy zwężeniach przełyku lub wpustu. Samo określenie dolnej granicy wykonuje się — po podaniu wody, o ile trzeba, i zawsze po uciśnięciu łuku żebrowego lewego, — przez rytmiczne i szybkie wpuklanie ręką o palcach zgiętych i ustawionych w jednej linii, ściany brzusznej ponad żołądkiem do jego jamy, przyczem powstaje słyszalne uchem i palcami wyczuwalne pluskanie. Posuwając się z ruchami wpuklania ku dołowi, dochodzimy do miejsca, gdzie wprawdzie pluskanie jeszcze słyszymy, ale już go nie czujemy; i to jest granica dolna jamy żołądka. (Przedstawiene metody na chorej o prawidłowym żołądku). Sposób bardzo prosty, łatwo przy pewnej wprawie wykonalny i nie wymagający żadnych szczególnych urządzeń i przygotowań, a pewny tak dalece, że nigdy nie wprowadził w błąd w tych przypadkach, które były następnie operowane i w których o granicy dolnej żołądka można było się naocznie przekonać. Niewykonalnym być może ten sposób czasem u osobników o nadmiernie grubej ścianie brzusznej, dalej tam, gdzie istnieje »obrona mięśniowa« (défense musculaire) z powodu podrażnienia otrzewnej przez sprawę chorobową i wreszcie w razie płynnej zawartości w okrężnicy, jak to bywa po podaniu środków przeczyszczających. W tym przypadku należy odpowiednio wybrać chwilę do badania (przed albo po zupełnie dokonanem przeczyszczeniu); pewna wprawa pozwoli jednak i tu przeważnie odróżnić wielkofaliste pluskanie żołądkowe od drobnofalistego jelitowego.

W dyskusyi kol. Męsowcz podnosi, że metoda ta daje dużo mylnych wniosków. — Kol. Blassberg uważa metodę Mayera określania dolnej granicy żołądka zapomocą magnesu za wiele lepszą.

W zakończeniu odpowiada kol. Radliński kol. Męsowiczowi, że o ile prawidłowy i pusty żołądek oczywiście pluskania nie daje, o tyle da go zawsze po podaniu szklanki wody, — co do metody, jako czynnik stały, należy. Kol. Blassbergowi odpowiada, że sposób Mayera z magnesem i igłą busoli zna tylko z piśmiennictwa i wita w nim przejście do matematycznie ścisłych sposobów badania. Teoretycznie jednakby podniósł, że mały magnes, połknięty, może ułożyć się w wysokich fałdach śluzówki żołądka nie zawsze na samej dolnej granicy, ale wyżej, na prawo lub na lewo, co może badanie tym sposobem conajmniej utrudnić, jeżeli już nie wprowadzać w błąd.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

II. Posiedzenie naukowe z d. 29 stycznia 1909.

I. Prof Barącz przedstawia **preparaty promienicy** z przypadków, omawianych na ostatniem posiedzeniu.

II. Dr Kielanowski przedstawia mężczyznę 32-letniego, który jako chłopiec 12-letni stracił zarost na wszystkich miejscach skóry, prawidłowo porośniętych. To **wyłysienie ogólne** odnosi K. do zaniku skóry.

III. Dr Rydygier jun. przedstawia 3 chorych, u których przed 10 dniami dokonano **wycięcia gruczołu krokowego sposobem L. Rydygiera.** Następnie omawia krytycznie sposoby leczenia przerostu tego gruczołu, a więc leczenie dyetetyczne, operacyę na jądrach (wytrzebienie, wycięcie nasieniowodu), założenie przetoki nadłonowej, przyszycie pęcherza sposobem Kryńskiego i Goldmanna, prostatotomia (Merciera i Harrisona i i.), całkowite wycięcie gruczołu krokowego, wreszcie podane w r. 1900 przez L. Rydygiera częściowe wycięcie śródtorebkowe. Ta ostatnia operacya pozwala choremu siadać już dnia następnego, (co wobec podeszłego wieku chorych jest ważną rzeczą), nie uszkadza nasieniowodów, pęcherza i t. d. Wspomina wreszcie R. o leczeniu przerostu sterczu promieniami Röntgena. — Dyskusya: Prof. Herman podnosi zalety sposobu Freyera, którym posługiwał się w 3 przypadkach przez siebie operowanych. Sposób Rydygiera niewątpliwie duże ma zalety, ale technicznie jest bardzo trudny do wykonania i nie pozwala na tak łatwy wypływ treści pęcherza, jak sposób Freyera. — Prof. Rydygier nie zgadza się ze zdaniem Hermana; statystyka wykazuje, że operacya Freyera daje gorsze wyniki, a nadaje się jedynie do przypadków późnych i z przerostem średniego płatu.

IV. Prym. Pisek: **O nowym sfigmomanometrze.** Prelegent omawia sposoby bezkrwawe mierzenia ciśnienia tętniczego. Wspomina o sfigmanometrach Buscha, Potaina, Verdina, Blocha i i., mówi o używanych obecnie, jak Riva-Rocci, Gärtnera, gdzie oceną jest ucisk, potrzebny dla zamknięcia światła naczynia, wreszcie omawia szerzej sfigmanometr Herza (opisany w Münch. med. Wochs. Nr 49. 1908), przedstawiając sposób użycia tego przyrządu. Prelegent wykonał kilkaset zdjęć; przytacza niektóre cyfry, podnosząc, że cyfry z lewej ręki były w ³/₄ przypadków niższe. Jakkolwiek przyrząd łatwo się psuje, to jednak P. sądzi, że sfigmanometr ten w praktyce okaże się użytecznym. — Dyskusya: Prof. Beck podnosi, że wszystkie przyrządy, które nie są przykładane do obnażonej tętnicy, są źródłem licznych

błędów. Przedstawiony przyrząd Herza ma wiele stron ujemnych i nie daje się dobrze przycisnąć do tętnicy, za wiele z nim jest zachodu. — Dr Feuerstein J. nie widzi nowych korzyści w stosowaniu przyrządu Herza. Kalibrowanie do 200 mm ciśnienia zajmuje przestrzeń zaledwie kilku ctm., wobec czego wahania i błędy w odczytaniu mogą być znaczne. F. poleca przyrząd Riva-Rocci, zmieniony przez Sahliego. — Również Prof. Rencki zaznacza, że przyrząd Herza, jak się przekonał, daje dużo omyłek. — Prof. Kadyi wyjaśnia różnice ciśnienia w tętnicach obu kończyn górnych.

V. Prof. Rydygier zwraca się do obecnych z prośbą **o zajęcie się zdrojowiskami krajowemi** i ich obroną, a zwalczaniem wysyłania chorych do zagranicznych miejscowości; sprawę tę porusza już teraz, uważa bowiem czas obecny za najodpowiedniejszy do odpowiednich przygotowań. W odpowiedzi zawiadamia przewodniczący, że sprawą tą zajmie się Zarząd Towarzystwa. *Nowicki.*

Towarzystwo naukowe warszawskie.

Posiedzenie I. z d. 7. stycznia 1909.

1. Nekrologia zmarłych członków: Prof. H. Hoyera (J. Tur) i Prof. K. Jurkiewicza (J. Lewiński).

2. Przemowa inauguracyjna p. Z. Weyberga: »Sprawa kryształów w świetle badań lat ostatnich«.

Komunikaty P. St. Miklaszewskiego w imieniu p. Stef. Wrońskiego, p. T. Banachiewicza, Wł. Gosiewskiego i St. Miklaszewskiego przekraczają ramy »Przeglądu lekarskiego«. *Jan Tur.*

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

Kiedy w r. 1907 doszły do publicznej wiadomości zasady, na których oparta być miała państwowa ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych, (mianowicie ogłoszone w »Österr. Sanitätswesen« orzeczenia departamentu sanitarnego ministerstwa spraw wewn. i Najwyższej Rady zdrowia — por. »Przegląd lek.« 1907, Nr 41—43), wówczas powstały obawy, że na tych zasadach osnuta ustawa nie będzie pod niektórymi względami odpowiednia dla stosunków naszego kraju (por. »Przegląd lek.« 1907, Nr 45—49). Towarzystwo lekarskie krakowskie, rozpatrzywszy rzecz na osobnem posiedzeniu, rzuciło wówczas myśl zwołania ankiety celem dokładnego zbadania sprawy i podjęło odpowiednie starania; do ankiety jednak wówczas nie doszło, gdyż według udzielonych Towarzystwu przez Namiestnictwo wyjaśnień (pismo Namiestnictwa z d. 3. marca 1908, L. 23.793/VI. B.) istniała nadzieja, że ustawa będzie zaprojektowana w zarysach tak ogólnych, iżby stosunki poszczególnych krajów mogły być uwzględnione w rozporządzeniach wykonawczych do ustawy.

Projekt ustawy, wniesiony przez Rząd do Izby Panów z końcem roku zeszłego, pod niektórymi względami nadzieje te spełnił, pod innymi jednak obaw, przez nas przed dwoma laty wyrażonych, nie usunął. To też z żywem zadowoleniem i szczerem uznaniem powitano wiadomość, że Wydział krajowy zwołuje ankietę celem dokładnego zbadania projektu ustawy ze względu na interesa kraju.

Ankieta ta odbyła się we Lwowie w d. 16. i 17. stycznia r. b. pod przewodnictwem szefa departamentu sanitarnego Wydziału krajowego, Dra Bernadzikowskiego, a przy udziale krajowego referenta sanitarnego R. Dw. Dra Merunowicza, członków Najwyższej Rady zdrowia Prof. Kostaneckiego i Prof. Łukasiewicza, członków krajowej Rady zdrowia: Prof. Browicza, Prof. Kucery, Dra Łuszczkiewicza i Dyr. Dra Starzewskiego, prezesów obu Izb lekarskich: Dra Festenburga i Dra Schoenguta, referenta departamentu gminnego Wydz. kraj. p. Latoszyńskiego, dalej Dra Mikołajskiego, sekretarza Wydz. kraj. Dra Gruińskiego i piszącego te słowa. Dwudniowe tej ankiety obrady dotknęły wszystkich stron sprawy i oświetliły te szczegóły, które kraj nasz specyalnie obchodzą. Przed przytoczeniem jednak wyników tych obrad, których zestawienie powierzono piszącemu te słowa, należy zapoznać się w streszczeniu z osnową samegoż projektu ustawy.

Cały projekt dzieli się na 4 części. Rozdział I. dotyczy stwierdzenia choroby.

Przedewszystkiem (w § 1.) wyliczono choroby, podlegające obowiązkowi donoszenia, a mianowicie: mór, cholerę, ospę, dur osutkowy, trąd, żółtą gorączkę, dur powrotny, dur brzuszny, czerwonkę, płonicę, błonicę, nagminne zapalenie opon, wąglika, nosaciznę, wodowstręt i przypadki pokąsania przez zwierzęta wściekłe lub podejrzane. W ustępie drugim postanawia ten §, że każda inna choroba może być w drodze rozporządzenia zaliczona do podlegających obowiązkowi donoszenia, (ogólnie lub na pewien czas i dla pewnych okolic), jeżeli wystąpi wśród takich objawów, które wzbudzają obawę znaczniejszego jej szerzenia się w sposób niebezpieczny.

§ 2. (Donoszenie). § ten nakazuje o każdym przypadku choroby, śmierci z choroby zakaźnej (podlegającej obowiązkowi donoszenia) lub podejrzanym donosić niezwłocznie naczelnikowi gminy, w której przypadek zaszedł, z podaniem, o ile możności, nazwy choroby. Obowiązek donoszenia nastaje, skoro tylko osoba, do donoszenia obowiązana, o odpowiednim przypadku się dowie lub też może przypuszczać taki przypadek na podstawie swych wiadomości zawodowych lub okoliczności towarzyszących, dla każdego łatwych do poznania. Formę doniesienia oznaczą rozporządzenia.

§ 3. Wymienia osoby, obowiązane do donoszenia, w porządku następującym: 1) przywołany lekarz, w szpitalach i zakładach humanitarnych ich kierownik lub obowiązany do tego osobnymi przepisami kierownik oddziału; 2) zawodowi dozorcy, pielęgnujący chorego; 3) właściciel gospody lub szynku, lub jego uprawniony zastępca co do osób, w gospodzie zamieszkałych; 4) kierownicy zakładów naukowych i ogródków freblowskich co do uczniów; 5) głowa domu, kierownik zakładu, lub ich zastępca, 6) właściciel mieszkania; 7) właściciel domu; 8) oglądacz zwłok. Osoby pod 2—7 obowiązane są do donoszenia tylko w braku osób pod 1—6 wymienionych, (a więc tylko pomocniczo).

§ 4. I. Doniesienie do władz sanitarnych. Naczelnicy gmin, nie mających spraw administracyjno-politycznych we własnym zakresie działania, mają robić doniesienia niezwłocznie do władz politycznych powiatu. II. O zachorowaniach na mór, cholerę, ospę i dur osutkowy lub przypadkach podejrzanych mają naczelnicy gmin i lekarze, resp. kierownicy zakładów (§ 3. I.) donosić władzom powiatowym, a z miast o własnym statucie władzom politycznym krajowym natychmiast telegraficznie, telefonicznie, a gdy to niemożebne, przez umyślnego posłańca.

§ 5 nakazuje co do każdego doniesienia i przypadku podejrzanego zarządzić natychmiast dochodzenia i badania celem sprawdzenia stanu rzeczy. Sekcye i badania części zwłok mogą nastąpić tylko na zarządzenie władzy politycznej.

Rozdział II. dotyczy urządzeń celem zapobiegania i zwalczania chorób, podleg. obow. donoszenia.

§ 6 nakazuje wszystkim władzom i korporacyom publicznym (öff. Körperschaften) w zakresie ich kompetencyi starać się wszystkimi środkami o stworzenie urządzeń i zarządzeń, zapobiegających powstawaniu i szerzeniu się chorób, podleg. obow. donoszenia.

§ 7. W każdym przypadku choroby p. o. d. lub podejrzanym mają być niezwłocznie na czas trwania niebezpieczeństwa zarażenia się zastosowane środki, konieczne do zapobieżenia szerzeniu się choroby. Zarządzenia, przeznaczone do wiadomości publicznej, mają być w każdej gminie zajętego obszaru ogłoszone w sposób, miejscowym zwyczajem przyjęty.

§ 8. I. Te choroby, przy których chorzy mają być odosobnieni, oraz sposób przeprowadzenia tego odosobnienia w różnych chorobach, będą określone drogą rozporządzenia. II. Jeżeli odpowiednie odosobnienie w mieszkaniu chorego jest niewykonalne lub go nie dokonano, wówczas chory ma być przeniesiony do szpitala lub innego odpowiedniego lokalu, o ile to nie grozi choremu szkodą. III. W tym celu powinny być odpowiednie lokale wcześnie zabezpieczone. IV. Zresztą (poza postanowieniami ustępu II.) może być chory przenoszony tylko za zezwoleniem władz z zachowaniem przepisanych przez władzę ostrożności. (V. ustęp tego § określa warunki wydania takiego zezwolenia przez władze).

§ 9 nakazuje odkażanie przedmiotów i lokalów zakażonych lub podejrzanych. Jeżeli odkażenie jest niemożliwe lub za

kosztowne w porównaniu do wartości przedmiotu, to można go zniszczyć. II. Przedmiotów podejrzanych przed odkażeniem lub zniszczeniem z mieszkania usuwać nie wolno. III. W miarę potrzeby ma odkażeniem pokierować zawodowiec. IV. Dokładne przepisy o sposobie odkażania wydane będą drogą rozporządzenia.

§ 10. przepisuje wyłączenie mieszkańców domów lub miejscowości zakażonych od uczęszczania do szkół.

§ 11. I. W miejscowościach zakażonych, zagrożonych, i w ich sąsiedztwie może być zakazane lub ograniczone używanie publicznych łaźni, pralni i wychodków, a zarządzone oczyszczenie wychodków, dołów, kanałów, stajni. II. Wobec cholery, duru osutkowego i brzusznego i czerwonki może być zakazane lub ograniczone używanie wody ze źródeł, studzien, wodociągów, potoków, stawów. III. Zakazy te nie dotyczą wody, używanej jako siły popędowej i do celów przemysłowych.

§ 12. zezwala zakazać lub ograniczyć wywóz środków żywności z miejscowości i domów, dotkniętych dżumą, cholerą, ospą, durem brzusznym, czerwonką, płonicą, błonicą.

§ 13. przepisuje zamknięcie zakażonych lub podejrzanych mieszkań przed dokonaniem odkażenia w przypadkach moru, cholery, ospy i duru osutkowego; w domach takich nie wolno urządzać stypy i t. p. Podobny zakaz może być wydany i wobec innych chorób drogą rozporządzenia.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Wydział Stowarzyszenia krawców w Krakowie ogłosił konkurs na posadę lekarza Kasy chorych uczniów krawieckich. Izba lekarska wzywa wszystkich kolegów, aby się bez poprzedniego porozumienia z Izbą lekarską nie ubiegali o tę posadę, ze względu na to, że zajmującemu ją dotychczas Drowi Smolarskiemu wypowiedziano bez żadnych powodów.

Dr Ackermann mp. *Dr Schoengut* mp.

Związek krajowy lekarzy galicyjskich ostrzega PP. Kolegów przed przyjęciem posady przy Kasie chorych dla uczniów cechu krawieckiego w Krakowie, gdyż posadę przy tejże Kasie wypowiedziano kol. Władysławowi Smolarskiemu bez żadnych powodów.

Prezes: *Prof. Dr Wicherkiewicz.*

Zebranie delegatów państwowego Związku austr. organizacyi lek. postanowiło co do bojkotu następujące zasady: 1) Wolno przestrzegać przed obejmowaniem posad, nie dających możności utrzymania, zwłaszcza jeżeli posada ta jeszcze szkodzi okolicznym kolegom. 2) Bojkot miejsca jest dozwolony. a) jeżeli przedtem usunięto z posady niesłusznie jednego lub kilku kolegów; b) gdy poprzedni lekarz sam wypowiedział miejsce z powodu małej płacy, bo objęcie takiego miejsca przez kogo innego byłoby licytacyą »in minus«; c) w razie sporu poprzedniego lekarza z daną korporacyą na tle stosunków ekonomicznych stanu lekarskiego. *X.*

Zakaz sprzedaży przetworu tajnego »Miraculo« Dr Müllera, wyrabianego przez Stahna w Berlinie, wydało austr. ministerstwo spraw wewn. (rozp. z 19. XII. 1908. L. 37.780). *X.*

Zakaz sprzedaży przyrządu »Hörtrommel« J. Landaua w Wiedniu wydało austr. ministerstwo spraw wewn. (Rozp. Nam. z 2. II. 1909. L. 13.735), ponieważ według orzeczenia Najw. Rady zdrowia przyrząd ten przy niestosownem użyciu może wywołać ciężkie następstwa dla zdrowia. *R.*

Nowe określenie taryfy lekarskiej podjęła w Prusiech na żądanie Izb lekarskich osobna komisya, wybrana w r. 1907. Za najniższą dozwoloną należytość za pierwszą poradę uznano 1 markę, a 1·50 za pierwszą wizytę u lekarza w godzinach ordynacyjnych. Za odwiedzenie chorego w dzień pierwszy raz 2 m, potem po 1·50 m. Wizyty nocne (od 7 wieczorem do 9 rano) 3—6 marek. Wynagrodzenie należy się także wtedy, jeżeli wezwano lekarza bez potrzeby i to w tej samej wysokości, co za zwykłą wizytę. Specyalne badania (wziernikami i t. p.) muszą być osobno wynagradzane (minimum 2 marki). Za operacyę podniesiono także dotychczasową taryfę: 1) za usuwanie guzów z otwarciem jam ciała 50—500 m., 2) za obecność przy porodzie prawidłowym 5—50 m., 3) cięcie cesarskie 100—1000 m., 4) operacya katarakty 50—500 m. i t. p. Nowy projekt zajmuje się także taryfą specyalistów, lekarzy znawców i t. p.: podniósł on głównie ceny maksymalne, przez co chorzy mniej zamożni na tem nic cierpieć nie będą. *Kl.*

W sprawie stosunku lekarzy do reformy postępowania karnego przemawiali na międzynarodowym Zjeździe kryminalistów w Berlinie Leppmann i Aschaffenburg. Pierwszy żądał większego uznania ze strony sędziów dla orzeczeń lekarskich, dalej możności przeglądania aktów, wypytywania świadków i oskarżonego, w ogólności ułatwiania przez sąd zadania znawcy. Lekarz nie powinien być równocześnie świadkiem i znawcą. Wynagrodzenie znawców powinno być odpowiednio uregulowane. Aschaffenburg omawiał głównie zagadnienia psychiatryczno-sądowe, jak potrzebę przedłużenia okresu badania umysłowego, zwracania przy przesłuchiwaniu świadków uwagi na to, czy dany osobnik wogóle jest zdolny do logicznego sądu i spostrzeżeń, dalej omawiał sprawę wprowadzenia osobnych sądów dla młodych przestępców, w których zasiadać powinny i kobiety, a wreszcie sprawę psychiatrycznego wykształcenia sędziów. *X.*

O warunkach przesiedlania się lekarzy do obcych państw podaje dokładne wiadomości dziełko Schwalbego: »Bestimmungen über die Zulassung zur ärztlichen Praxis im Auslande«. (Thieme, Lipsk, cena 3 m. 50 f.). *X.*

Składka noworoczna na fundusz imienia ś. p. Jordana dla wdów i sierot po lekarzach (c. d.).

Po 3 korony: Dr Podobiński, Kuczewski, C. Komorowski, O. Rappaport, 1. szt. Dr Frauenglas, Pawlicki.

Po 2 korony: Dr Owsiński, Murczyński, Radliński, Morawski, Poźniak, K. Rutkowski, Dundaczek, Prof. Lewkowicz, Dr S. Aronsohn, Tyszecki, Krokiewicz, Kacki, Chomin, Mehrer, I. Aronsohn, Pachoński, Eichhorn, Prof. Baurowicz, Dr Talko Hryncewicz, Opolski, L. Feuerstein, Wiktor Reiss, Dekański, 1. szt. Dr Błachowski, Prof. Sołowij, Dr Kostrzewski, Prof. Dobrowolski, Dr R. Spira, Dukiet, Kania, Budzyński, Pisek, L. Friedmann, J. Liebeskind, Skórczewski, Sabina Jeleńska Macieszyna, Immerglückówna, Mirtenbaum, Friediker, Benoni, Prof. Jakubowski, Dr S. Fuchs, Dr Fränkel, Teufel, Walczyński, Chramiec, O. Lang, Mallik, Radwańska, Wernikowski, Mahl, Prof. Halban, Dr H. Wein, Łuszczkiewicz, Tokarski, Seidler, Kalisz, Hernich, Prof. Kośmiński, Sternberg, A. Frank, Karaś, E. Ehrenpreis, Borysiewicz, Tiegermann, Kuźniar, Gawlik sen., J. Mehrer, Koeppel, Porycki, Kadyi, M. Bund, Drewiński, Chrząszczewski, Puza, A. Klein, Kibitz, Lic, Miczulski, B. Kijas, Schächter, Dmochowski, Hojnacki, Filipkiewicz, Baschkopf, Schmeidler, Margulies, Werner, Jodłowski, Lorenski, Ligięza, M. Kapellner, Wychowski, Kossak, J. Rosner, Leńko, Lukas, S. Lewicki, Krzyżanowski, Chotiner, Prof. Mars, Dr Muszkiet, Kraszewski, Greliński, Gąsiorowski, Bernadzikowski, Hoffner, Szadkowski. (c. d. n.).

O stosunkach zdrowotnych w Galicyi. Pod tym tytułem ogłasza »Kuryer Lwowski« (42) artykuł wstępny z powodu wydanego właśnie z druku »Sprawozdania krajowej Rady zdrowia za r. 1905«. Przytaczając nowe, w tym roku do sprawozdania wprowadzone wnioski kraj. Rady Zdrowia (O potrzebie ekspedycyi naukowej dla zbadania, pomnożenia sił lekarskich i utworzenia ruchomych kolumn sanitarnych [szpitali »latających«] dla zwalczania duru osutkowego), sądzi »Kuryer«, że i te nowe postulaty będą odtąd przez dziesiątki lat pokutowały na papierze— niespełniane, nawiązując do tego następującą słuszną uwagę: »A jeśli nas kto zapyta, kogo w pierwszym rzędzie o te zaniedbania oskarżamy, czy rząd, czy sejm, czy namiestnika, lub marszałka, odpowiemy: Nie! Głównymi winowajcami są tu posłowie zarówno do sejmu, jak do parlamentu centralnego, że dotąd najczęściej ignorowali zadania sanitarne, niesłychanie ważne, bo gdyby posłowie byli świadomi tych zadań i ich doniosłości, ani rząd, ani marszałek, ani namiestnik nie zdołałby wstrzymać ich naporu o naprawę złego. Powtóre winna prasa, która u nas sprawy sanitarne zbyt po macoszemu traktuje, nie stara się uświadamiać społeczeństwa o olbrzymich stratach ekonomicznych,

społecznych, moralnych, narodowych, które z zaniedbania w tej dziedzinie wynikają«. — Poważny ten, a zupełnie uzasadniony zarzut, uczyniony już dawniej w »Przeglądzie lek.« naszemu dziennikarstwu, może teraz silniej podziała, gdy go naszym dziennikom powtórzył jeden z ich grona i to ten właśnie, który pod tym względem jest jedynym wyjątkiem i istotnie wśród galicyjskiego dziennikarstwa politycznego pierwszy począł popierać postulaty sanitarne, podnoszone w pismach lekarskich. — »Cóżby dopiero zdziałać można drogą prasy« — kończy »Kuryer lw.« — »gdyby u nas, podobnie jak za granicą, każdy poważny dziennik posiadał fachowego referenta dla spraw sanitarnych, tak jak ma specyalnego sprawozdawcę dla polityki, sztuki, oświaty i innych działów aktualnych«. *R.*

Prasa na usługach walki z gruźlicą oddaje wielkie usługi w Belgii, gdzie w tym kierunku działa »Narodowa liga przeciwgruźlicza«. W jednej tylko sekcyi ligi, Namur, umieszcza 65 czasopism i dzienników stale agitacyjne. artykuły (dr Lefevrea) *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca roku 1908	427.796	228,000
W styczniu 1909	19,594	5,300
Razem	447,390	233,300

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 31. I. do 6. II. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 16, Markowa 10), Jaworów (Jazów stary 1), Kolbuszowa (Trzeboś 1), Kołomyja (Słobódka polna 9, Chomiakówka 4, Siemakowce 2, Debesławce 5), Kosów (Riczka 3, Sokołówka 1), Lisko (Ustyanowa 1), Rawa (Biała 2), Skałat (Orzechowiec 1, Rożyska 1), Skałat (Iwanówka 2), Sokal (Wolica kom. 1), Turka (Jabłonka w. 3, Butla 1), Wadowice (Przeciszów 1), Złoczów (Czyżów 1). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 31. I. do 6. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2, krztuśca — † 1, płonicy 23 † 1 (w tem obcych 2 † —), duru brzusznego 2 † 2 (1 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. I. do 6. II. 1909 błonicy 10 † 1 (6 † —), krztuśca 1, płonicy 6, odry 8 † 1 (1 † —), duru brzusznego 9 (4). *Dr Sch.*

Dur powrotny w Łodzi. W Łódzkim szpitalu miejskim znajduje się od 30 stycznia r. b. 9 chorych na dur powrotny, stwierdzony klinicznie i bakteryologicznie. Przebieg dotąd łagodny — 1 zejście śmiertelne. Wszyscy chorzy dostali się do szpitala z miejscowego przytułku noclegowego. *Dr Trenkner.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 10. II. 1909 przedstawił Prof. Kostanecki nieprawidłowość zastawek tętnicy płucnej, Prof. Kader: znieczulanie »śródżylne« sposobem Biera (w którem wykonał przy końcu posiedzenia amputacyę), przypadki: podwiązania pękniętej tętnicy oponowej średniej, wyłuszczenia nerki z powodu wodonercza, resekcyi odźwiernika z powodu raka, bioder szpotawych, a Dr Radliński przypadek resekcyi żeber (części kostnych) przy rozedmie płuc i przypadek szczególniejszego uchyłka pęcherza.

— Magistrat zwołał na 9. lutego 1909 konferencyę w sprawie stałych dyżurów lekarskich w Pogotowiu ratunkowem. Konferencya doszła do wniosku, że obowiązków tych nie można nałożyć ani na lekarzy miejskich, ani na lekarzy policyjnych. Koszta dyżurów płatnych obliczono na 9000 koron rocznie i postanowiono zwrócić się do Towarzystwa Czerwonego Krzyża z zapytaniem, czyby się do kosztów nie przyczyniło stałą subwencyą.

— Stowarzyszenie »Schronienie nauczycielek i nauczycieli« w Zakopanem wydało VIII. sprawozdanie doroczne za r. 1907/8. Towarzystwo, zasługujące pod każdym względem na gorące poparcie, walczy z wielkiemi trudnościami finansowemi, które pokonywa tylko dzięki poświęceniu i zapobiegliwości osób, stojących na jego czele. Członków założycieli liczy Towarzystwo 17, wspierających 37, zwyczajnych 327, honorowych 2 (Dr Żychoń i p. Helena Surzycka). Rachunki Towarzystwa zamykają się w dochodach i rozchodach kwotą 15.692 koron. Fundusze Stowarzyszenia wynoszą 4122 koron. W Domu Zdrowia, utrzymywanym przez Towarzystwo w lokalu wynajętym, leczono w ostatnim roku 35 osób, z nich 28 z naciekami w szczytach, 7 z większemi zmianami; wyraźną poprawę osiągnięto u 28,6%, poprawę u 31,4%, stan się nie zmienił u 25,7%, pogorszenie nastąpiło u 11,4%. Na czele Stowarzyszenia stoi Dr Edmund Brzeziński, lekarzem Domu Zdrowia jest Dr A. Kuczewski.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Helena Kleinmann, rodem z Warzyc w Galicyi.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 6. II. 1909 sprawą instrukcyi dla lekarzy szkolnych w seminaryach nauczycielskich.

— Miejska komisya sanitarna zajmowała się na posiedzeniu w d. 6. II. 1909 sprawą zaopatrzenia wszystkich szkół w skrzynki ratunkowe i sprawą urządzenia obowiązkowych kursów pierwszej pomocy w nagłych przypadkach dla nauczycieli, dalej sposobem wywozu śmieci i odpadków, i zażądała, by jej przedłożono do rozpatrzenia regulamin dla rzeźników i masarzy, jako odnoszący się do kontroli nad środkami żywności.

— Pod kierunkiem Doc. Dra Kowalskiego powstaje we Lwowie zakład wodoleczniczy dla chorych dochodzących.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału matematyczno-przyrodniczego warszawskiego Towarzystwa naukowego w d 4. II. 1909 znajdowały się prace Dra J. Tura: »W sprawie stosunku wielkości ciała zarodka do masy żółtka«, M. Eigera: »Topografia wewnątrzsercowych zwojów nerwowych u świnki morskiej, myszy białej i człowieka« (przedstawił Prof. Przewoski), oraz prace S. Wrońskiego, Z. Woycickiego i W. Blumentalówny i Z. Weyberga z zakresu ściśle przyrodniczego.

— Według dzienników ma być w Warszawie otwarty państwowy Instytut dentystyczny z kursem czteroletnim; ukończenie Instytutu ma dawać prawo do wstąpienia na trzeci rok Wydziału lekarskiego. Instytutów takich ma powstać wogóle 6 (Petersburg, Moskwa, Warszawa, Kijów, Charków, Odessa), poczem mają być zamknięte wszystkie prywatne szkoły dentystyczne w państwie rosyjskiem.

Z różnych stron. Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie zamierza w najbliższym czasie urządzić szereg wykładów popularnych dla rodaków, których w Kijowie jest trzydzieści kilka tysięcy. Prócz tego pracują lekarze-Polacy na polu społecznem w wydziale lekarskim i wydziale letnisk rz.-kat. Towarzystwa dobr., w Towarzystwie polskich kolonii letnich (na kolonie letnie wysłano w r. b. przeszło 700 dzieci), wreszcie w Pogotowiu ratunkowem (Now. lek. 2).

— »Spolek českych lekařů« mianował swymi członkami zagranicznymi (přespolni) Doc. Chlumskyego w Krakowie i Prof. Kučerę we Lwowie.

— Główny komitet międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie prosi nas o przypomnienie, że rękopisy wykładów powinny być nadesłane do Biura Zjazdu (Budapest, VIII. Eszterházy-utca 7) najpóźniej do 28. lutego 1909. Wkładki uczestnictwa w Zjeździe w kwocie 25 koron należy przesyłać pod adresem: »Prof. Dr de Elischer, trésorier du Congrès intern. de méd. Budapest VIII. Esterházy-utca 7«.

— W berlińskiem seminaryum medycyny społecznej (Hackescher Markt 1) odbędzie się 17—30. IV. b. r. krótki kurs medycyny i higieny społecznej, a 1—15. III. b. r. kurs wykładów o udawaniu i przesadzaniu objawów chorobowych (oba kursa dla lekarzy niemieckich — bezpłatnie).

— Komisya oświecenia publ. Dumy państwowej rosyjskiej przyjęła wniosek rządu o założenie wszechnicy w Saratowie, na co przeznaczono po 3,200.000 rb. przez lat 5.

— W uniwersytecie kijowskim ogłoszono konkurs na katedrę chirurgii operacyjnej i anatomii topogr. Zgłoszenia do 20. marca 1909.

Mianowani: neurolog Gilbert Ballet, profesor historyi medycyny w Paryżu, przeszedł na katedrę psychiatryi; Dr P. Delbet, mianowany profesorem kliniki chirurgicznej, a Dr Hartmann profesorem chirurgii operacyjnej w Paryżu.

Zmarli:

Dr Leopold Glaser,

urodził się 8. października 1828 r. w Peszcie z rodziców niezamożnych; już w latach chłopięcych zmuszony był starać się

o swe utrzymanie. Gimnazyum skończył w Peszcie, poczem udał się do Wiednia na studya uniwersyteckie. Utrzymywał się tam z lekcyi, których udzielał za lichem, wówczas praktykowanem, wynagrodzeniem; przytem jak najpilniej korzystał z wykładów takich mistrzów, jak Skoda, Oppolzer, Hebra i w. i. Tak walcząc z przeciwnościami, uczestnicząc w zaburzeniach z r. 1848 jako członek legii uniwersyteckiej, otrzymał w r. 1854 dyplom doktorski. W tym samym roku wybuchła w Galicyi epidemia duru, a rząd, któremu chodziło wówczas jedynie o załogi wojskowe, wezwał młodych lekarzy do zwalczania epidemii. Między pierwszymi zgłosił się bł. p. Dr Glaser i wśród najtrudniejszych warunków objął służbę w przepełnionym szpitalu wojskowym w Jarosławiu, gdzie niebawem, zaraziwszy się sam, omal, że nie stał się ofiarą epidemii. Ustąpiwszy ze służby rządowej, praktykował Dr Glaser przez krótki czas w Dukli i w Jarosławiu, wreszcie osiadł na stałe w Tarnowie, gdzie przez lat czterdzieści i kilka wykonywał praktykę. Rodem Węgier, przecież usilną i wytrwałą pracą przyswoił sobie znakomicie język tego kraju, który za drugą ojczyznę sobie obrał i uważał, wychowując dzieci po polsku. Niezmordowany w pracy, niezwykłej zacności jako człowiek i lekarz, zdobył sobie powszechny szacunek współobywateli i kolegów, którzy w r. 1905 uczcili pięćdziesiątą rocznicę Jego doktoratu obchodem jubileuszowym. *Dr D.*

Dr Antoni Bronisław Broekere, wychowaniec wszechnic niemieckich, uczestnik powstania i więzień w r. 1863, w 66 r. ż. w Śremie w Poznańskiem; Dr W. Niedzielski, prosektor przy katedrze anatomii patologicznej w Kijowie.

Redakcya otrzymała: W. Puławski: Walka z chorobami zakaźnemi. Odb. »Zdrowie« 1908. — Osv. Gonc. Cruz: Relatorio da directoria geral de saude publica. Rio de Janeiro. 1908. 2 tomy z licznemi mapami i tabelami — VIII. Sprawozdanie Zarządu Stowarzyszenia »Schronienia Nauczycielek i Nauczycieli w Zakopanem« za r. 1907/8.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. lutego 1909 o godz. 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Wykłady Prof. Dra E. Godlewskiego (jun.): »O prawach dziedziczności« i Dr T. Janiszewskiego: »O domach izolacyjnych«.

Walne Zgromadzenie Organizacyi lekarzy krakowskich odbędzie się w **Poniedziałek d. 15. lutego 1909 o godzinie 7 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wybór Zarządu i delegatów na Walne Zgromadzenie Związku krajowego.

Koledzy, nie należący jeszcze do organizacyi, mogą do niej zgłaszać się przed Zgromadzeniem. Wydział Związku jak najgoręcej wzywa do tego tych Kolegów, którzy jeszcze do organizacyi nie przystąpili, gdyż ogólny stan spraw zawodowo-lekarskich w Austryi wymaga koniecznie niezwłocznego ukończenia organizacyi.

Sekretarz: *Weinsberg.* Prezes: *Wicherkiewicz.*

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich zawiadamia o nieodżałowanej stracie dwóch swoich członków, ś. p. Dra Sebastyana Macha i Emila Kozłowskiego.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Fibrolizynę stosował Dr Georg Müller (*Mediz. Klinik* 1909 Nr 3) z dobrym wynikiem w ciężkim przypadku *spondylarthritis deformans*, uzyskując stosunkowo znaczną poprawę. Zastosował w ciągu miesiąca 20 wstrzyknięć po 2·3 g. przetworu Mercka w pośladki. Obok tego nie zaniedbywał innych środków pomocniczych. Leczenie jeszcze nie ukończone. *Mk. W.*

Veronal-Natrium fabr. Merck, skład chemiczny, działanie i zalety, opisuje Dr Ph. Fischer i Dr J. Hoppe (*Ther. d. Gegenw.* 1908 Grudz.). W szczególności zasługuje na uwagę rozpuszczalność leku w zimnej wodzie 1:5, co ułatwia stosowanie podskórne i przez odbytnicę. *Mk. W.*

»Dysphagietabletten« (wyrób firmy Dr Horowitza) poleca Dr Singer (Med. Blätter 1908. Nr 50). Kołaczyki te zawierają mentol i anestezynę wzgl. kokainę, obok tego środek poprawiający smak. Złożone są według dawnej zasady, że połączenie kilku podobnie działających leków w małych dawkach działa energiczniej, aniżeli duże dawki składników. Znieczulenie krótkotrwałe gardła i początku przełyku, wywołane przez kokainę, przedłuża się przez parowanie mentolu. Nadto pary mentolu wchodząc do jamy nosowo-gardłowej i do krtani, wywołują rozluźnienie śluzu, ułatwiając jego wydalenie. Działanie daje się porównać z wkraplaniami mentolu przy gruźlicy krtani. Kołaczyki znajdują zastosowanie przy przewlekłym nieżycie oskrzeli u ludzi starszych, przy przewlekłym nieżycie nosa i zapaleniu gardła. Dzieciom podaje się $^1/_4$—$^1/_2$ kołaczyka 2—3 razy dziennie.

Również przy ostrym nieżyciu żołądka poczyniono z powyższymi kołaczykami korzystne doświadczenia, podając 3 razy dziennie kołaczyk, rozgnieciony we wodzie. Wymioty i bolesność zazwyczaj się uspokajają.

Dr S. uważa te kołaczyki za cenny środek pomocniczy.

Fabryka wyrabia je w 2 odmianach: Nr I z kokainą Nr II bez kokainy. *Mk. W.*

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Woda Krościeńska

ze zdroju Stefana

znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

HUNYADI JÁNOS

GORZKA WODA NATURALNA

NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY

ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Miesienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 125

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Tannismut (Dwugarbnik bismutu) Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.

Novargan Z powodu braku działania drażniącego także wyżej zgęszczonych rozczynów nadaje się szczególniej do leczenia **ostrego wiewióra.**

Gastrosan Dwusalicylan bismutu: przeciw **dolegliwościom z kwasów** przy nadmiernem wydzielaniu etc. Pudełeczka z 10 lub 20 proszkami po 0,75 g.

Creosotal „Heyden", Duotal „Heyden", dawno wypróbowane środki lecznicze przy wszystkich chorobach zakaźnych dróg oddechowych.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 c

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 D. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Poszukuję wspólnika - współpracownika

dla rozszerzenia zakładu dla nerwowych i umysłowych.

Dr OLECHNOWICZ, poczta Marki Warszawskie. 340

Rok założenia 1887. Rok założenia 1887.

I-sza KRAJOWA FABRYKA OPATRUNKÓW CHIRURGICZNYCH

M. L. DOBROWOLSKIEGO

MAG. FARMACYI W PODGÓRZU

poleca swoje wyroby pozostające pod kontrolą Komisyi przemysłowej krakowskiego Towarzystwa lekarskiego.

Fabrykę znajdującą się obecnie na Krzemionkach, pędzą dwie maszyny parowe o łącznej sile 32 koni. Znajduje się w niej 10 krempli do dziennej produkcyi 500 kgr. waty, blicharnia i suszarnia bawełny, oraz laboratoryum parowe. — Oświetlenie elektryczne. — Ogrzewanie centralne. — Telefonu Nr 200.

Zwiedzenie fabryki P. T. Lekarzom dozwolone. 212

STOLL'A dyet. przetwory Kola

Cesarski Elixir Kola, Wino Kola, Elixir Kola, Kola „Stoll" granulée 818

polecają pierwsze powagi lekarskie jako **znakomity** środek skrzepiający żołądek i wzmacniający nerwy.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie i opłatnie

Otrzymać można w aptekach i drogueryach.

K. STOLL, Prag-Königl. Weinberge.

Skład główny we **Lwowie** Piotr Mikolasch i Sp., Dr Jan Piepes Poratyński, apteki, w **Krakowie** K. Wiszniewskiego spadkobiercy, apteka etc.



Tanie czeskie pierze do pościeli!

5 kg.: świeżo darte K. 9·60, lepsze K. 12, białe puchowe darte K. 30, K. 36.— Wysyłka opłatnie za pobraniem. Wymiana i zwrot za opłatą porta dozwolone.

143 BENEDIKT SACHSEL, LOBES Nr 204

pod Pilznem, Czechy.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

PEPSYNA ACIDOLOWA

zupełnie stała, znakomicie działająca.

Przetwory kwasu solnego z pepsyną.

Siła I. i II.

Karton z 50 pastylkami po 0·5 gr.

BROMLECITHIN

zastępuje przetwory żelaziste przy niedokrwności.

Dawka: dziennie 2×3 pigułki.

Flaszki z 50 i 100 pigułkami po 0, 1 gr. bromlecithin. 9 c

BOROVERTIN

środek odkażający mocz.

TANOCOL

środek ściągający jelitowy.

BROMOCOLL

środek przeciw padaczce.

PERUOL

środek przeciw świerzbowi.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation Pharmac. Abteilg. Berlin S. O. 36.

Guajacol Perdynamin

Środek swoisty
przeciw gruźlicy w okresie początkowym,
przeciw skrofulozie,
przeciw nieżytowi oskrzeli,
przeciw kokluszowi.

Środek zapobiegawczy
przy skłonności do chorób płuc (wywołanej przez niedokrwistość)
przy ozdrowieniu po influency lub innych chorobach zakaźnych.

Probki i piśmiennictwo bezpłatnie przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier:
d. Mr. Camillo Raupenstrauch, em. aptekarz,
Wiedeń III/1, Castellezgasse 25.

270 b

Części składowe:
12.5 g Natr. sulfoguajacol. nd 250 g Perdynam.
(Hämoglobin-Saccharat).

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrwności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 **Główny skład i wyrób**
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne: 208





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Rok LXVIII. Kraków, dnia 20. lutego 1909. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Kamica kiszkowa w przebiegu nieżytu kiszek śluzowo-błoniastego

podał

Dr Leon Zuławski

Dyrektor szpitala powsz. w Gorlicach.

We wrześniu r. 1908 zgłosiła się do mnie chora P., rodem z Czech, lat 30 licząca i podała, że co jakiś czas miewa gwałtowne bole brzucha w okolicy prawego podżebrza. Bole te mają się rozchodzić ku bokom klatki piersiowej, czasami ku kręgosłupowi i trwają od kilku do kilkunastu godzin. Obecnie występują one co kilkanaście dni; przedtem występowały rzadziej i nieregularniej. Chora twierdzi, że podobne bole ma już od 8 lat, tylko że dawniej zajmowały one podbrzusze prawe. Poprzednie bole były stale przez rozmaitych lekarzy uważane za bole maciczne i chora poddawała się długoletniemu leczeniu, które jednak nie odnosiło żadnego skutku. Bole trwały uporczywie, a dopiero przed 5 miesiącami ustały na dwa miesiące, poczem wróciły ze zmianą siedziby i odtąd stale już tylko w górnej części brzucha występują. Charakter bolów tych jest napadowy; przed każdym napadem chora miewa uczucie ogólnej niemocy, czasami nudności, a zawsze pewnego stopnia wzdęcie brzucha. Bole mają być tak gwałtowne, że chora musi się w czasie bolów zgiąć i nie może powstrzymać się od jęku. Chora stale od kilkunastu lat cierpi na zaparcie stolca; — żółtaczki nigdy nie miała. Zapytana, czy w stolcach nie zauważyła czegoś nieprawidłowego, podała, że już od kilkunastu lat zauważyła w stolcach obecność śluzu w postaci kępek i długich błon. Na tę okoliczność jednak nie zwracała uwagi lekarzy, ponieważ żaden się o to nie pytał.

W 11-stym roku życia przebywała ospę, przed 7 laty rodziła, — poród i połóg były prawidłowe. Przed 4 laty chorowała przez 3 miesiące, jak powiada na »piersi« i wtedy miała z kaszlem odpluwać drobne kamyczki. Jestto szczegół, — do którego powrócę w dalszym ciągu tej pracy.

Zresztą nie przebywała żadnych innych chorób. — Dziedziczności w żadnym kierunku nie stwierdzono z tej przyczyny, że chora nie umiała nic podać o swej rodzinie.

B a d a n i e: Kobieta średniego wzrostu, dobrej budowy ciała, dobrego odżywienia; na skórze wyraźne ślady przebytej ospy. Zrenice prawidłowo i równomiernie rozszerzone, oddziałują prawidłowo tak na światło, jak i akomodacyę. Jama ust bez zmian, uzębienie prawidłowe, zęby zdrowe. Nos, gardło, krtań prawidłowe. Szyja prawidłowych rozmiarów, gruczoł tarczowy nie powiększony. Klatka piersiowa prawidłowo sklepiona, wszędzie nad płucami wypuk jawny, granice płuc prawidłowe, ruchome, szmery oddechowe wszędzie prawidłowe, serce bez zmian opukowych i osłuchowych. Naczynia obwodowe prawidłowe. Brzuch prawidłowo wysklepiony; oglądaniem nie wykrywa się żadnych zmian, macaniem stwierdzić się daje nadmierna tkliwość w okolicy prawego zagięcia kiszki grubej — i uczucie pewnej zwiększonej oporności w głębi. Okolica kiszki ślepej nie bolesna; nie spostrzega się żadnego zwiększenia napięcia mięśni, ani też nie można wyczuć kiszki ślepej lub wyrostka robaczkowego. Wątroba i śledziona bez zmian.

Badanie narządu płciowego wykazuje miernego stopnia upławy, — zresztą żadnych zmian a nawet śladów przebytych wrzekomo chorób macicy lub przydatków.

Układ nerwowy zupełnie prawidłowy. Mocz barwy winowożółtej, silnie kwaśny a c. właść. 1025, — brak białka i cukru, kwas moczowy silnie zwiększony. W osadzie drobniutkie kryształki kwasu moczowego.

Badanie stwierdziło przeto jedynie zwiększoną tkliwość brzucha w okolicy prawego zagięcia kiszki grubej i zwiększoną tamże oporność oraz zmiany w moczu, jako zwiększenie kwaśności, ciężaru właściwego i ilości kwasu moczowego.

Stan ten i wywiady upewniły mnie, że chora cierpi na nieżyt (*typho-colitis muco-membranacea*) śluzowobłoniasty kiszek i dla stwierdzenia poleciłem chorej przynieść stolec do zbadania po następnym napadzie bolów. Brak zmian w wątrobie i zmian w okolicy kiszki ślepej przy zupełnie dobrym stanie macicy i przydatków, wyłączał schorzenie tych narządów i odrazu zwracał uwagę w stronę podanych w wywiadach zmian w stolcach. Stolec, przyniesiony po kilku dniach, zawierał śluz w postaci kępek i taśm, i piasek w postaci drobniutkich ziarn koloru cisawego.

Jestto więc przypadek kamicy kiszkowej *(lithiasis-intestinalis)* w przebiegu śluzowobłoniastego nieżytu kiszek.

Chorej poleciłem stale przecedzać stolce przez sito i kilkakrotnie przynosiła mi chora garść piasku jelitowego. Piasek ten, badany w pracowni Docenta S e ń k o w s k i e g o, okazał wszystkie właściwości kamieni kiszkowych (enterolitów). Oprócz istoty organicznej kałowej zawierał sole fosforanowe, magnowe i wapniowe. Ziarnko tego piasku wyglądało na przekroju jednolicie i nawet pod lupą nie wykazywało obecności jądra środkowego.

Dalsze spostrzeganie ustaliło, że po każdorazowym napadzie bolów — stolce zawierały pewną ilość tego piasku, poczem następował krótszy lub dłuższy okres bez bolów, ze stolcami bez piasku, a jedynie z domieszką śluzu. Ciekawe było zachowanie się moczu w stosunku do bolów i do obecności piasku w stolcach. W czasie, wolnym od bolów, mocz był silnie kwaśny, o wysokim ciężarze właściwym ze znacznie zwiększoną ilością kwasu moczowego; natomiast w czasie napadu i tuż po napadzie, t. j. w czasie obecności piasku w stolcach, ciężar właściwy i kwaśność moczu opadały prawie do stanu prawidłowego. Ogólny stan chorej pomimo bardzo silnych bolów jest dobry.

Zestawiając to wszystko, widzimy, że chora cierpi od kilku, a może nawet kilkunastu lat na nieżyt śluzowo-błoniasty jelit, który stale był przez rozmaitych lekarzy nierozpoznawany; że pierwotnie zajęta była głównie kiszka ślepa i z tego powodu bole zajmowały podbrzusze prawe, potem zaś sprawa chorobowa usadowiła się w zagięciu prawem, że u chorej wydziela się okresowo piasek jelitowy ze stolcami i że początek tej kamicy jelitowej nie da się oznaczyć; że badanie moczu stwierdza zmianę ogólną w kierunku zwiększenia kwasu moczowego — i że to zwiększenie ilości kwasu pozostaje w pewnym stosunku do wydalania piasku ze stolcami, a w końcu, że tworzenie się kamieni w ustroju chorej nie jest odosobnionym objawem skłonności kamieniotwórczej, gdyż już 4 lata wstecz, w cza-

sie nieżytu oskrzeli, tworzyły się kamienie w oskrzelach, które chora wykaszliwała.

Pojęcie sprawy chorobowej, zwanej kamicą jelitową, nie jest w piśmiennictwie naszem pojęciem ściśle określonem. Kamica jelitowa nie wywołała tego zainteresowania, na które z wielu względów zasługuje i dlatego spotykamy się jedynie tu i ówdzie z licznemi uwagami, które nie odpowiadają rzeczywistemu znaczeniu sprawy. Często pod jedno pojęcie kamicy jelitowej zestawia się powstawanie w jelitach koprolitów, enterolitów, żwiru i piasku jelitowego, które różnią się i własnościami fizycznemi, a co ważniejsze i patogenezą. Z patogenezą zazwyczaj krótko się załatwia, przypisując powstawanie kamicy jelitowej nawykowemu zaparciu stolca i dyecie przeważnie roślinnej. Tymczasem sprawa kamicy kiszkowej nie jest tak prostą. Tworzenie się kamieni w ustroju zwierzęcym jest bądź co bądź jednym z ciekawych objawów biologicznych, który zawsze wymaga do powstawania oprócz pewnych warunków, dających się naszymi sposobami badania stwierdzić, — czegoś, co nazwać musimy usposobieniem kamieniotwórczem, a czego dokładniej i jaśniej określić nie umiemy.

W każdej kamicy, czy to będzie kamica śliniankowa czy żółciowa, czy trzustkowa lub nerkowa, po głębszem rozpatrzeniu musimy przyznać, że oprócz tych zwykłych warunków patologicznych, które umożliwiły powstanie kamieni, istniała w ustroju pewna skłonność do wydzielania soli w nadmiernej ilości i nie można zaprzeczyć, że istnieją stany chorobowe, doskonale umożliwiające powstawanie kamieni, a pomimo tego nie dochodzi do rzeczywistego ich wytwarzania się. Ileż to razy spostrzegamy zastojową żółtaczkę z następowym nieżytem pęcherzyka i dróg żółciowych, a pomimo tego nie następuje tworzenie się kamieni żółciowych. Mamy wszystkie trzy warunki, przy których powstają kamienie, jak zastój żółci, zmianę jej składu i zmianę błony śluzowej, a pomimo tego kamienie się nie tworzą; — da się to wytłumaczyć jedynie brakiem zdolności kamieniotwórczej ustroju. Natomiast mamy w przyrodzie dowody, że tam, gdzie istnieje w wysokim stopniu usposobienie, — tak zwana zdolność kamieniotwórcza, wystarczy już jeden z tych warunków, ażeby nastąpiło nadmierne wydzielanie się soli z ustroju i wytworzenie się kamieni. Wystarczy np. przez przedziurawioną muszlę zadrażnić ziarnkiem piasku płaszcz małża, ażeby powstała perła w tem miejscu. Tak samo w doświadczeniu Geoffroy Saint-Hilaire samo tylko dłuższe zatrzymanie jaja w jajowodzie, wywołało pomnożenie warstw skorupy jaja. W obu tych doświadczeniach mamy dowód nadzwyczajnie silnej zdolności wydzielania się soli z ustroju. I u ludzi widzimy, że u pewnych osób ta zdolność jest tak znaczna, że niekiedy równocześnie w rozmaitych narządach tworzą się kamienie. U innych znowu osób w ciągu ich życia w miarę powstawania odpowiednich warunków w pewnych stanach chorobowych, powstają kolejno rozmaite kamice. W przypadku powyżej opisanym chora przed 4 laty cierpiała na kamicę oskrzelową, obecnie zaś ma kamicę kiszkową. Autorowie francuscy (Rochaz, Dieulafoy) już z końcem zeszłego wieku wyrazili zapatrywanie, że w powstawaniu kamic, główną rolę odgrywa usposobienie kamieniotwórcze, skaza kamieniotwórcza, którą łączą częstokroć ze skazą moczanową czyli dną. Wracając do kamicy kiszkowej, zaznaczyć muszę, że krystalizacyę soli w jelitach a raczej w stolcach spostrzegał pierwszy Prof. Ehremberg w smółce noworodków. Później Schönlein w czasie epidemii duru brzusznego w Zurychu w r. 1835 zwrócił uwagę na liczne kryształki soli w stolcach tych chorych. Schönlein usiłował nawet tym kryształkom przypisać znaczenie rozpoznawcze w durze. Następnie już coraz częstsze są spostrzeżenia kryształków i kamieni w stolcach. Zawsze jednak trwa zamieszanie w tej sprawie o tyle, że wszyscy autorowie łączą jeszcze w jedno pojęcie kamicy kiszkowej wszelkiego rodzaju kamienie, spotykane w stolcach, bez względu na to, jakiego były pochodzenia i jakiej formacyi. Dopiero pierwszy Cloquet w r. 1854 rozdziela kamienie kiszkowe na dwie grupy i on pierwszy zauważa, że błona śluzowa jelit może w stanie chorobowym wydzielić w nadmiernej ilości sole, tak jak pewne zwierzęta czynią to w prawidłowych warunkach. Po nim Laboulbène stwarza wyrażenie »piasek kiszkowy« na określenie złogów pod postacią żwiru, który spostrzegał w stolcach sześciu swoich chorych. Laboulbène sądził, że ten piasek wytworzył się w następstwie zwiększonego dowozu soli do ustroju przez dyetę przeważnie roślinną. Wkrótce spostrzeżenie Marquez'a dowiodło, że zapatrywanie Laboulbèna nie jest słuszne, chora bowiem Marqueza oddawała piasek ze stolcami, zawierającymi śluz, aczkolwiek żywiła się wyłącznie potrawami mięsnemi. To spostrzeżenie dało pierwszy impuls do zapatrywania, że w tym piasku należy widzieć coś więcej, niż wydzielanie soli, doprowadzonej w nadmiernej ilości w pokarmach. Późniejsze liczne postrzeżenia (Oddo, Mongour, Fontet, Dieulafoy), doprowadziły ostatecznie do tego zapatrywania, że obok kamieni, często spotykanych w jelitach jak kamyczki żółciowe, koprolity i t. d., istnieje właściwa kamica kiszkowa, analogiczna do kamicy żółciowej, trzustkowej, nerkowej i t. d., i że najczęściej występuje ona w przebiegu śluzowobłoniastego nieżytu kiszek.

Równocześnie podzielono spotykane w jelitach kamienie na trzy grupy. Do pierwszej grupy zaliczono wszystkie bryły, utworzone z ciał obcych, które z zewnątrz dostały się do jelit, jako to włosy zwierzęce i roślinne, zęby, pestki owocowe, ziemia i piasek, połykane przez umysłowo chorych, a w końcu zbite kawałki kału tak zwane koprolity.

Do drugiej grupy zaliczono kamienie, utworzone wprawdzie w ustroju, ale poza żołądkiem i jelitami, a które potem dostały się do jelit. Tu należą kamienie żółciowe — najczęstsze, kamyczki migdałkowe, śliniankowe lub oskrzelowe połknięte, kamyczki trzustkowe, i kamyczki pęcherzowe lub pochwowe, które drogą przetok dostały się do jelit.

Do trzeciej grupy należą wszystkie kamienie, utworzone w jelicie, jako skupienie kryształków, soli wapniowych i t. d., wydzielonych przez ścianę jelita; do tej grupy należą enterolity, żwir i piasek jelitowy i one stanowią właściwą kamicę kiszkową *(lithiasis intestinalis)*. Kamica opisana na wstępie w przebiegu śluzowobłoniastego nieżytu kiszek jest typowym przykładem właściwej kamicy kiszkowej przez autorów francuskich zwanej »gravelle intestinale«. Związek przyczynowy między tą kamicą, a nieżytem kiszek nie ulega wątpliwości, aczkolwiek trudno i pra-

wie niepodobna oznaczyć ich wzajemny czasowy stosunek.

Śluzowobłoniasty nieżyt kiszek należy do chorób, co do której patogenezy nie ma jeszcze pewnego i jednolitego zapatrywania. Rozwój jego i przebieg bywa rozmaity; nieżyt taki już to występuje odrazu pod postacią napadów gwałtownych bolów, powtarzających się przez całe lata, już to rozwija się pomału, z początku niekiedy z przewagą rozwolnień, czasami ze stanami gorączkowymi — poczem dopiero powstaje uporczywe zaparcie stolca. Głównym objawem tego nieżytu, obok napadowego bolu jest oddawanie ze stolcami śluzu w postaci kępek lub błon i piasku, albo żwiru.

Zdarzają się przypadki, że w stolcach spotyka się tylko żwir lub piasek bez domieszki śluzu, jednakowoż częściej spotykamy stan odwrotny, t. j., że nieżyt jest tylko śluzowobłoniasty bez kamicy. Co do tego czyni Dieulafoy słuszną uwagę krytyczną, że sprawę tę należałoby poddać ściślejszemu zbadaniu, gdyż nie ma najmniejszego dowodu, czy u chorego, który od lat oddaje ze stolcami śluz i błony, nie znajdował się równocześnie w tych stolcach i piasek kiszkowy. Żwir i piasek kiszkowy, zmieszany z masami kału łatwo może ujść uwagi chorego; natomiast śluz, czy to w postaci kępek, czy błon, swemi własnościami fizycznemi odrazu zwraca uwagę na siebie. Pytanie, czy w każdym przypadku śluzowobłoniastego nieżytu kiszek następuje równocześnie nadmierne wydzielanie soli w jelitach, ostatecznie da się rozstrzygnąć przez dokładne badanie stolców w każdym przypadku takiego nieżytu. Rozstrzygnięcie to ze stanowiska patogenetycznego dlatego może mieć wielkie znaczenie, że zachodzi pytanie, czy ta właśnie nadmierna ilość wydzielonych soli nie jest powodem wzmożonej działalności gruczołów śluzowych.

Objawem w przypadkach tych prawie zawsze dominującym są silne bole brzucha. Jak wiadomo, bole w tej chorobie zajmują różne odcinki kiszki grubej i stale zawsze przez jakiś czas w tych samych okolicach występują.

Przytem z miejsca największego bolu rozchodzi się on w różnych kierunkach, i przez to robi je podobnemi do bolów spotykanych przy zmianach innych narządów. Stąd też i rozpoznanie tej choroby w wielu przypadkach jest trudne i często mylne. W przypadku napadu bolu można ten nieżyt kiszki grubej wziąść nie tylko za inne cierpienie narządów jamy brzusznej, ale nawet za cierpienie płuc lub serca. I tak np. zdarza się, że w czasie napadu bolów występuje znacznie przyspieszona czynność serca z objawami duszności i wtedy łatwo pomylić się i rozpoznać np. dusznicę bolesną *(angina pectoris)*; a nawet jak to wykazał Tessier, odruch ze strony narządu krążenia w płucach może być tak silny, że występują wszystkie objawy przemijającej niedomykalności zastawki trójdzielnej. Potain podaje, że widział u jednej chorej, u której w czasie między napadami tętno wynosiło 88 uderzeń na minutę, przyspieszenie czynności serca, wynoszące w czasie napadu 128 uderzeń na minutę; przytem tętno to było nieregularne i wykazywało dobitnie, że serce było w stanie silnego rozstroju. Zmiany te są czysto nerwowe — odruchowego pochodzenia, nie wywołane żadnemi mechanicznemi przeszkodami, np. przez podniesienie przepony, wzdęcie brzucha, gdyż w przypadku Tessiera i Potaina żadnych takich przyczyn obaj ci autorowie wykazać nie mogli.

Najczęściej jednak omyłki rozpoznawcze polegają na mylnem rozpoznaniu zapalenia wyrostka robaczkowego lub kolki wątrobnej w przypadkach, gdzie oprócz nieżytu śluzowobłoniastego i kamicy jelitowej nie ma zresztą żadnych zmian. W przypadkach nawet stwierdzonego nieżytu śluzowobłoniastego zapomocą badania stolców bardzo często wtedy, gdy bole stale w prawej stronie podbrzusza występują, uważa się istnienie przewlekłego lub podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego za prawdopodobne, a nawet pewne. Szczególniej zdarza się to w przypadkach, przebiegających z gorączką. Rozmaite są tego powody. Z jednej strony powszechnie panujące błędne zapatrywania, że nieżyt śluzowobłoniasty jest częstszem powikłaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, — to znów, że zapalenie wyrostka jest częstem następstwem takiego nieżytu i to szczególniej, gdy taki nieżyt przebiega z kamicą jelitową.

Z drugiej strony nie można nie przypisać pewnego wpływu na chętne rozpoznawanie zapaleń wyrostka robaczkowego powszechnie zwiększonemu popędowi do operacyi. Pod wpływem słusznej obawy następstw rzeczywistego zapalenia wyrostka robaczkowego nieoperowanego, zawezwany do narady operator nie wchodzi w największej części przypadków tak pilnie w szczegóły rozpoznawcze, ażeby nie popaść w uprzedzenie i stąd w ostatnich latach mnożą się doniesienia o setkach wyciętych wyrostków robaczkowych zupełnie zdrowych. Przekonany jestem, że nikt z tych którzy operują, nie uniknął tej omyłki — i ja jej nie uniknąłem — aczkolwiek materyał mój jest niezbyt wielki.

W jesieni r. 1903 zgłosił się do szpitala w Gorlicach gospodarz Antoni R., zamieszkały w powiecie jasielskim, lat 41 liczący, i podał, że od 2 lat cierpi na gwałtowne bole w prawej połowie podbrzusza. Badaniem wykazać się dała pewnego stopnia tkliwość prawej strony podbrzusza, zwiększenie oporności w okolicy kiszki ślepej, a przy głębszem macaniu wał, odpowiadający kiszce ślepej. Punkt Mac-Bourneya był tkliwy, ale nie bolesny. Stan stale bezgorączkowy, ogólne wychudzenie i silne zaparcie stolca. Stolce zawierają błony śluzowe. Napady bolów nieraz co kilka dni. Rozpoznanie pomimo typowego śluzu w stolcach, brzmiało z powodu stałego bolu w okolicy wyrostka: »przewlekłe zapalenie wyrostka«. Chory po kilku tygodniach leczenia środkami przeciwgnilnymi i lewatywami, wyszedł ze szpitala ze znacznem polepszeniem. W marcu w r. 1904 zgłosił się jeszcze bardziej wychudzony z ciągle powtarzającemi się bolami w okolicy wyrostka robaczkowego. Stan przedmiotowy ten sam, jak przedtem; chory żąda wykonania operacyi, wycięcia wyrostka robaczkowego. Po pewnem wahaniu zgodziłem się na operacyę, hołdując ówczesnym zapatrywaniom o łączności tego zapalenia z nieżytem śluzowobłoniastym. Wyciąłem wyrostek długości 11 ctm., zupełnie drożny i zupełnie zdrowy. W jamie brzusznej nie znalazłem żadnych śladów zapalenia lub innych jakichś zmian. Chory po doraźnem zagojeniu się rany brzucha, opuścił szpital; — a w 2 tygodnie potem zawiadomił mnie, że takich samych napadów bolów dostał w kilka dni po powrocie do domu.

Jak częste są podobne niepotrzebnie wykonane operacye, świadczą najlepiej rozprawy w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem d. 19-go lipca r. 1906, podczas których wykazał Prof. Orth, że na 100 wyrostków, badanych przez niego i przez Aschoffa, a wyciętych z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, było 9—10 zupełnie zdrowych, bez jakichkolwiek makroskopowych lub mikroskopowych zmian. (Dok. nast.).

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek pęknięcia przepukliny pępowinowej podczas porodu.

Podał

Dr Bernard Engländer.

Jeśli już rzadko spotkać się można z przepukliną pępowinową u noworodka (1: 5000 porodów w berlińskiej »Charité«[1]), to jeszcze rzadziej widzieć można pęknięcie jej podczas porodu. Z tego też powodu ogłoszenie takiego przypadku zdaje mi się usprawiedliwione.

Niedawno wezwano mnie do wieloródki z tego powodu, że położna zauważyła jakąś nieprawidłowość na ciele noworodka i sądząc, że ma przed sobą przypadek przyrośnięcia łożyska do noworodka, była w kłopocie, gdzie podwiązać pępowinę. Przybywszy na miejsce, zastałem noworodka płci żeńskiej, głośno krzyczącego, z długą, grubą pępowiną i łożyskiem między udami matki. Pępowina była od nasady przy pępku na długość 12 cm rozszczepiona, wysłana wewnątrz błoną gładką i lśniącą (otrzewną). Na brzuszku dziecka leżała kątnica, nieco ciemno-czerwono zabarwiona, rozdęta, z dość długim wyrostkiem robaczkowym i 3 pętle jelita biodrowego, które podczas krzyku dziecka jeszcze więcej wychodziły. Właściwa brama przepuklinowa (pępek) drożna zaledwie dla palca. Zresztą żadnych innych nieprawidłowości na ciele noworodka nie zauważyłem.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że przepuklina ta pękła podczas porodu, który się odbył siłami natury, że nie wywołała owego pęknięcia położna, która zauważyła tę nieprawidłowość zaraz po przyjściu dziecka na świat.

Ze stanowiska leczniczego ma tego rodzaju nieprawidłowość ważne znaczenie. Ponieważ treść przepukliny zetknęła się podczas porodu z zapewne niejałową wydzieliną pochwy, ponieważ położna w kłopocie, gdzie ma pępowinę podwiązać, dotknęła się pętli jelit, — co sama przyznała, — i przykryła je pieluszką, niezupełnie czystą pod względem bakteryologicznym, przeto o jakimś skutecznym zabiegu operacyjnym prawie nie można było myśleć. Ponieważ prócz tego na operacyę nie godziła się ani matka, ani też jej najbliższe otoczenie, przeto los noworodka był z góry rozstrzygnięty. Zmarł też on dnia następnego, w 29 godzin po porodzie.

W przypadku tym jednakże wynik jakiegokolwiek zabiegu doszczętnego byłby, zdaniem mojem, wątpliwy.

[1]) L. Seitz; v. Winckel's Handbuch Bd. III, Theil III. Kapitel VI. S. 184.

Ton nad wątrobą w przypadku marskości przerostowej.

Podał

Dr Wilhelm Weissglass.

W II. klinice lekarskiej w berlińskiej »Charité« spostrzegałem przypadek następujący:

40-letni stolarz, dziedzicznie nie obciążony, podaje, że od roku cierpi na swędzenie skóry, połączone z ogólnem osłabieniem i że od tego czasu brunatnieje mu skóra, a brzuch się powiększa. — Chory przyznaje się do nadużywania wyskoku, głównie wódki, natomiast nie przyznaje się do żadnej choroby wenerycznej.

Stan obecny: Budowa kośćca dobra, mięśnie dobrze wykształcone. Podściółka tłuszczowa słaba. Skóra brunatna. Żyły kończyn dolnych rozszerzone. Układ nerwowy: Odruchy wzmożone, zresztą bez zmian. — Narząd krążenia: Opukiwaniem i prześwietleniem promieniami Röntgena stwierdza się, że serce przekracza prawidłowe granice na lewo, zresztą bez zmian. Tętno: 80 uderzeń na minutę, dobrze napięte. Krew: 4,420.000 ciałek czerwonych, 7500 ciałek białych, 75% hemoglobiny (Sahli). Narząd oddechowy bez zmian.

Brzuch wzdęty, puchliny wykazać nie można. Wątroba macalna, niezbyt twarda, przekracza na 2 palce łuk żebrowy. Na granicy płucno-wątrobnej i nad dolną połową mostka, najsilniej jednak po stronie prawej, słychać wyraźnie ciągły (nierytmiczny) szmer o cechach t o n u m u z y c z n e g o, którego natężenie silniejsze jest, gdy chory leży, niż, gdy stoi. — Śledziona macalna. Żołądek i jelita bez zmian. Stolec prawidłowej zbitości, nieco jasny, zawiera dużo urobiliny.

Mocz w pierwszych dniach zawiera 0·3% cukru gronowego, dużo urobiliny, zresztą prawidłowy. — Po kilku dniach znika cukier zupełnie i mimo podania 100.0 gr. dekstrozy, a względnie 100,0 gr lewulozy cukru w moczu wykryć nie można. Urobilina natomiast utrzymuje się w zwiększonej ilości prawie do końca, dopiero ostatniego dnia okazuje się w ilości prawidłowej. Odczyn Cammidge (czynności trzustki) wypada dodatnio.

Leczenie: kalomel 0·05 3 razy dnia.

Chory po 11. dniach opuszcza klinikę, czując się o wiele silniejszym i nie odczuwając swędzenia skóry. — Brunatne zabarwienie skóry, jakoteż ton muzyczny nad wątrobą utrzymują się nadal.

Oceny i sprawozdania.

Władysław S t e r l i n g. **Badania psychologiczne nad spostrzeganiem i pamięcią przy porażeniu postępowem.** (Z pracowni psychologicznej przy klinice psychiatrycznej Prof. E. Kraepelina w Monachium. Praca nagrodzona na konkursie im. Pląskowskiego). Warszawa, 1907. (E. Wende i Sp.).

Jako materyału do badań swych użył autor 12 przypadków porażenia postępowego (*paralysis progressiva*), wybranych pomiędzy trzydziestoma. Te dwanaście przypadków poddał autor systematycznemu doświadczalnie — psychologicznemu badaniu, którego celem było zdanie sobie sprawy, jak w porażeniu postępowem zachowuje się zdolność spostrzegania i zapamiętywania. Ku temu celowi posługiwał się autor przyrządem przez siebie obmyślonym, a w ten sposób zbudowanym, iż tabliczkę umocowaną na końcu wahadła można było przesuwać przed otworem umieszczonym w ekranie. Tabliczka była podzielona na 9 kwadracików tak urządzonych, aby do każdego z nich można było włożyć jakąś dowolną, jedną literę. — Przy jednorazowem puszczeniu wahadła w ruch, tabliczka z literami ukazuje się w otworze ekranu, a że zarówno wielkość tego otworu, jak i szybkość ruchu wahadła (przez zmianę jego długości) można zmieniać dowolnie, przeto można też dowolnie zmieniać czas, przez który tabliczka z umieszczonemi na niej literami jest widoczna w otworze ekranu. Chorego, który ma być badaniu poddany, sadza się za ekranem i przez wprawianie wahadła w ruch ukazuje mu się w otworze tabliczkę z literami, których ilość waha się od 1 do 9, lecz najczęściej wynosi trzy.

Wielkość otworu i długość wahadła regulowano w ten sposób, ażeby czas ekspozycyi, t. j. czas, przez który litery na tabliczce są widzialne, wynosił 77·56. — Skoro tylko tabliczka zniknęła z otworu, musiał chory wymienić litery, które widział. Takich doświadczeń dokonywano jednego dnia z jednym chorym 50; a każdego chorego badano przez 5 dni.

Chcąc na podstawie w ten sposób otrzymanych wyników ocenić z d o l n o ś ć s p o s t r z e g a n i a badanych chorych, trzeba odróżnić 1) i l o ś ć w o g ó l e w y m i e n i o n y c h l i t e r, tudzież 2) i l o ś ć t r a f n i e i b ł ę d n i e w y m i e n i o n y c h. Z Finzim, który ilość wogóle wymienionych liter uważa za miarę objętości, czy wydatności spostrzegania, autor nie godzi się, podnosząc słusznie, iż nie można mówić o zwiększonej wydatności spostrzegania tam, gdzie chory wskutek korefabulacyi wymienia więcej liter, niż mu pokazano. — Z tablic ustawianych przez autora okazuje się, iż ilość wogóle wymienionych liter nie ulega w porażeniu postępowem z dnia na dzień żadnym niemal zmianom, — ale że jest przeciwnie dla każdego chorego ilością stałą. Ta stała ilość wynosiła przy eksponowaniu 3 liter średnio dla jednych chorych 0·98, dla innych 5·2, — przeważnie jednak 2·77, co odpowiada stosunkom, znalezionym przez innych autorów u osób zdrowych. Pamiętać jednak należy, że autor naumyślnie do swych doświadczeń posługiwał się przypadkami porażenia postępującego, niezbyt daleko posuniętymi. Zestawiając i l o ś ć b ł ę d n y c h i t r a f n y c h odpowiedzi przekonał się autor, iż w ogromnej większości przypadków ilość trafnych odpowiedzi była większa, niż błędnych, tudzież, że ilość błędów malała, gdy ilość trafnych odpowiedzi rosła. Stąd też na tablicach gra-fi

cznych, przez autora zestawionych, krzywe trafnych i błędnych odpowiedzi przebiegają w większości przypadków symetrycznie, w niektórych jednak równolegle, t. j. iż obie ilości równomiernie wzrastały lub malały, w innych wreszcie, najmniej licznych, przecinały się, to znaczy, iż stosunek ilości trafnych i błędnych odpowiedzi ciągłej ulegał zmianie.

Autor swój materyał rozpatrywał także pod względem zdolności lokalizowania. W tym celu chory badany musiał nietylko wymienić spostrzeżone litery, ale także podać, w którym kwadraciku wymieniona przez niego litera się znajdowała. Dla każdego chorego można było przez obliczenie wynaleść liczbę średnią trafnych lokalizacyi, a liczba ta w ciągu 5 dni doświadczeń nie zmieniała się niemal zupełnie, zdawała się zależeć od liczby trafnie wymienionych liter o tyle, iż była największą u tych chorych, którzy potrafili najwięcej liter pokazanych trafnie wymienić.

Chcąc oznaczyć wpływ wprawy na zdolność spostrzegania zliczał autor ilość trafnych i ilość błędnych odpowiedzi, otrzymanych w dwóch pierwszych dniach badania i zestawiał otrzymane cyfry z odpowiedniemi ilościami ostatnich dwóch dni badania. Okazało się, iż tylko w bardzo nieznacznej ilości przypadków wprawa ma wpływ wyraźnie korzystny i to tylko w stopniu nieznacznym. W większości przypadków natomiast albo nie było zupełnie żadnego wpływu wprawy, albo też nawet przeciwnie: liczba odpowiedzi trafnych była w dwóch ostatnich dniach mniejsza, a błędnych większa, niż w pierwszych dwóch dniach. W każdym razie z doświadczeń autora wynika, iż w porażeniu postępowem zdolność do wprawiania się jest albo zupełnie zniesiona, albo w porównaniu z osobnikami zdrowymi przynajmniej wybitnie zmniejszona.

Aby oznaczyć wpływ zmęczenia, posługiwał się autor następującemi obliczeniami. Ilość odpowiedzi błędnych i ilość trafnych z 25 pierwszych doświadczeń porównywał z 25 doświadczeniami pozostałemi, dokonanemi tego samego dnia. Stosunek tych ilości do siebie uważa autor za wyraz zmęczenia, jakie występowało jednego dnia i nazywa je zmęczeniem częściowem. (Może trafniej byłoby je nazwać zmęczeniem cząstkowem). W przeciwieństwie do tego zmęczenia częściowego nazywa autor zmęczeniem bezwzględnem, absolutnem, to zmęczenie, którego wyrazem jest stosunek sum odpowiedzi trafnych i błędnych, otrzymanych przez dodawanie odpowiednich ilości z 25 doświadczeń wszystkich pięciu dni do analogicznych sum, z drugich 25 doświadczeń w ciągu wszystkich 5 dni. Z takich obliczeń okazało się, iż tylko w niewielu, bo zaledwie w 4 badanych przypadkach można było wogóle wpływ zmęczenia wykazać, a i to w stopniu nieznacznym. Z tych 4 przypadków w dwóch istniało zmęczenie zarówno częściowe, jak i absolutne w powyższem znaczeniu; u dwóch pozostałych istniało tylko zmęczenie absolutne, częściowe zaś pojawiało się w niektórych dniach, w innych nie.

Liczb, otrzymanych przez siebie, a tyczących się występowania zmęczenia w porażeniu postępowem, nie może autor zestawiać z wynikami, otrzymanymi przez innych autorów u osób zdrowych, wskutek tego, iż autorowie ci posługiwali się wręcz odmiennemi metodami. Na podstawie jednak swych badań wypowiada autor przekonanie, iż w porażeniu postępowem zmęczenie albo zupełnie nie występuje, albo w stopniu bardzo nieznacznym; przytem podnosi, iż mówi o zmęczeniu przedmiotowem, to znaczy obniżającem wydatność pracy. To, co niektórzy autorowie, jak n. p. Rauschburg zmęczeniem w porażeniu postępowem nazywają, jest tylko podmiotowem uczuciem zmęczenia się, które autor i wśród swoich przypadków, mianowicie u dwóch chorych zauważył, i to — rzecz szczególna — albo wkrótce po napadzie porażnym, albo przed nim.

Rozpatrzywszy wyniki doświadczeń swych pod względem ilościowym, rozbiera je autor jakościowo. Jakoż wśród pomyłek, popełnianych przez badanych chorych, daje się wydzielić pewna liczba pomyłek, z których jedne autor nazywa pomyłkami optycznemi, a które niewątpliwie zostały wywołane podobieństwem kształtów litery eksponowanej i wymienionej n. p. C. i G., albo O. i Q., tudzież drugie t. zw. akustyczne, mające za przyczynę podobieństwo dźwiękowe, zachodzące między literą głośno odczytaną w czasie ekspozycyi, a literą wymienioną później, n. p. T. i D., lub P. i B. Pomyłki powstałe po wydzieleniu akustycznych i optycznych pomyłek nazywa autor absolutnemi. Jest rzeczą jasną, iż psychologicznie, a zwłaszcza psycho-patologicznie, zupełnie inna jest wartość pomyłek absolutnych, a akustycznych względnie optycznych. W badanych przypadkach odsetek akustycznych i optycznych pomyłek wynosił u niektórych chorych 41, a nawet 51 wszystkich pomyłek (n. p. w przypadku I. i XII.): stąd wniosek, iż w tych przypadkach zdolność spostrzegania jest znacznie lepsza, niżby to się na podstawie bezwzględnych ilości odpowiedzi trafnych i błędnych wydawać mogło. W żadnym jednak z pomiędzy badanych przypadków nie brakło pomyłek absolutnych: przeciwnie, we wszystkich, z wyjątkiem dwóch, wspomnianych powyżej, stanowiły pomyłki absolutne przeważającą, często ogromną większość. Pomyłki optyczne były, z wyjątkiem jednego przypadku, zawsze znacznie liczniejsze, niż akustyczne. Autor w dwóch tablicach przedstawia rodzaje pomyłek i ich częstość, przyczem uderza ogromna stosunkowo częstość zamieniania M. i N.

Bardzo ważną rolę przy powstawaniu pomyłek odgrywała perseweracya, objawiająca się w doświadczeniach autora w tem, iż chory wymieniał jako widziane na eksponowanej tabliczce litery, których na niej nie było, ale które się znajdowały na jednej z poprzedzających tabliczek. Ten rodzaj perseweracyi, trafiający się także u zdrowych osób, występował u niektórych badanych chorych nader często (tak w przypadku III., IV. i IX.), w innych znacznie rzadziej, lub zgoła nie.

Oprócz powyższego rodzaju perseweracyi w nielicznych z badanych przez siebie przypadków spostrzegł autor zjawisko już wprost chorobliwej perseweracyi, a mianowicie, iż chorzy wymieniali nie litery, znajdujące się na poprzednio widzianych tabliczkach, zamiast liter świeżo widzianych, ale kilkakrotnie, stale i uporczywie powtarzali litery istotnie na ostatniej tabliczce widziane, a już wymienione. Ten rodzaj perseweracyi istnieje tylko jako zjawisko chorobowe, a autor mógł go stwierdzić w dwóch przypadkach (III. i IV.).

U osób zdrowych perseweracya liter z poprzednich tabliczek dotyczy zarówno tych liter, które przy ekspozycyi poprzedniej tabliczki zostały wymienione, jak i tych, których badany nie wymienił, a z zestawień Finciego, który w tym kierunku przeprowadzał badania, wynika, iż u osób zdrowych częstość persewerowania liter poprzednio wymienionych i niewymienionych jest jednakowa. Autor natomiast, badając tylko samych chorych na porażenie postępowe, ani razu nie spostrzegł perseworowania liter poprzednio niewymienionych, ale przeciwnie, jedynie litery wymienione przy poprzednich ekspozycyach ulegały przy następnych perseweracyi.

W dalszej części swej pracy omawia autor wyniki swych doświadczeń pod względem zdolności zapamiętywania u chorych na porażenie postępowe. Doświadczenia polegały tutaj na tem, iż z 50 ekspozycyi, stanowiących doświadczenie jednego dnia, przy 9 pierwszych miał badany wymienić litery, widziane bezpośrednio po ukończeniu ekspozycyi; przy 8 następnych wymienianie liter następowało po upływie 15 sekund; przy następnych po 30 sekundach; przy następnych 8 znowu po 15 sekundach, a przy ostatnich 9 znowu bezpośrednio po zniknięciu tabliczki z literami. (Odstępy = 0,15,30 sekund). Okazało się z tych doświadczeń, że czas, jaki upływał między ekspozycyą, a wymienianiem, nie wpływał zupełnie na ilość liter wogóle wymienianych (błędnie, czy trafnie), natomiast czas ten bardzo silnie zmieniał stosunek ilości odpowiedzi trafnych do ilości odpowiedzi błędnych, i to na niekorzyść ilości trafnych odpowiedzi.

Z porównywania późniejszych seryi doświadczeń nad zapamiętywaniem z wcześniejszemi wynika, iż korzystny wpływ wprawy okazywał się znacznie wyraźniej przy badaniu zdolności zapamiętywania, aniżeli przy doświadczeniach nad spostrzeganiem. Natomiast wpływ zmęczenia na zdolność zapamiętywania objawiał się tylko w nieznacznym stopniu.

Porównując perseweracye, jakie występowały, jeśli nie było odstępu między chwilą ekspozycyi, a wymienianie widzianych liter z perseweracyami, otrzymanemi przy odstępach 15 i 30-sekundowych, sądzi autor, iż przy doświadczeniach z odstępami ilość perseweracyi wzrastała, a także sięgała bardziej wstecz. Gdy bowiem przy braku odstępów perseworowane zostawały litery, widziane na jednej z dwóch conajwyżej tabliczek wstecz, to przy odstępach pojawiały się perseweracye, tyczące się liter widzianych na 1—8., a nawet 13-tej tabliczce wstecz.

Oto są główne wyniki, do jakich autor w swej pracy dochodzi.

Znaczna liczba tablic, graficznych zestawień i krzywych objaśnia tę pracę — i sprawia, iż mimo pewnych usterek stylistycznych, może niedość dokładnej korekty i tu i owdzie niedość wyraźnego przedstawienia, — myśl autora tłomaczy się jasno. Niektóre wnioski autora wydają się jednak przy zestawieniu ich z wynikami, podanymi na tablicach, zbyt pospieszne: tak n. p. ogólny wniosek o znacznym wpływie odstępów (interwalów) na

perseweracye wydaje mi się niedość koniecznie wypływać z odpowiedniej tablicy, (Tabl. XVI.).

Nowość i ścisłość użytej metody nie pozwala w dostatecznej mierze porównywać wyników, otrzymanych przez autora u chorych na porażenie postępowe z wynikami, do jakich doszli inni badacze u osób zdrowych; sam zaś autor nie przeprowadzał porównawczych doświadczeń zapomocą swej techniki u ludzi prawidłowych.

Są to jednak zbyt drobne usterki, aby miały wpływać na wartość całości pracy, będącej owocem żmudnych, a z wielką pilnością i ścisłością dokonanych doświadczeń, tem więcej, iż z natury rzeczy wartość takiej pracy mniej na wnioskach polega, a bardziej na uzyskanych wynikach, i to wynikach, otrzymanych w tym wypadku zapomocą nowej lub przynajmniej znacznie ulepszonej techniki. Sam zaś plan i metoda, według których doświadczenia zostały przeprowadzone, może służyć wprost za wzór dla tego rodzaju badań.

Nie ulega żadnej wątpliwości, iż pracą swą uczynił autor krok naprzód na drodze ścisłego, dającego się wyrażać liczbami badania chorych umysłowych, a zapominać nie można, iż droga to — dziś przynajmniej — jedyna, na jakiej można się spodziewać rozwiązania najważniejszych zagadnień z zakresu psychiatryi.

Dr A. Rydel.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Becker. **Przyczynek do stosowania prądu galwanicznego w codziennej praktyce.** (Elektroliza wrzodzianki, galwanizowanie zapalenia najądrza). (*Mediz. Klinik* 1909, Nr 6). Leczenie elektrycznością może i lekarzowi-praktykowi oddać cenne usługi, n. p. przy wrzodziance i zapaleniu najądrza. Przy wrzodziance wyzyskuje się działanie elektrolityczne. Anodę, zmoczoną słoną wodą, bierze chory do ręki, a katodę, opatrzoną igłą, wbija się we wrzodziankę, puszczając prąd o sile 0,2 M. A., dochodząc potem do 2 M. A., poczem (trwa to 3—5 minut), zmienia się prąd, przez co igła staje się anodą na 2 minuty; potem jeszcze raz zmienia się prąd na 3—5 minut. Zwykle po wyjęciu igły udaje się potem wrzodziankę dokładnie odczyścić i założyć mały tamponik; w razie braku wybitnej poprawy należy na 2. lub 3. dzień ponowić elektrolizę. Chorzy wolą ten sposób leczenia, niż nacięcie. Galwanizowanie przy zapaleniu najądrza jest środkiem, zdaniem B., wprost nieocenionym. Już na drugi dzień chory czuje ulgę, a wyleczenie następuje w 5—8 dni. Używać należy prądu około 0,2 M. A przez 3—5 minut. *A.*

Müller. **Promienie Röntgena na usługach lecznictwa.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 5). Dotychczasowe próby leczniczego działania promieni Röntgena uznać należy za bardzo pomyślne. Odnosi się to zwłaszcza do chorób skórnych. Wprost nieocenione usługi oddaje to leczenie przy figówce (*sycosis*), i to tak zwykłej, jak i pasorzytowej, i to nawet w przypadkach zaniedbanych. Oczywiście pamiętać należy o tem, że przewlekła figówka skłonną jest do nawrotów, lecz te leczą promienie szybko. M. poleca przy figówce naświetlać do 6 minut i nie używać po kolei bez przerwy więcej, niż 2—3 dawek. Również korzystne wyniki osiąga się przy trądziku i zapaleniu mieszków włosowych, strupniu woszczynowatym i strzygawicy (*trichophytie*). Natomiast przy nadmiernem uwłosieniu nalezy w leczeniu promieniami zachować ostrożność, albowiem zamieniamy tu ze względów kosmetycznych jedną wadę w drugą, t. j. uwłosienie na plamy barwikowe, zanik i pomarszczenie skóry. Często promienie leczą też różne wypryski i łuszczycę, należy tu jednak używać słabych naświetlań, bo skóra wtedy jest zwykle nader czuła. Przy łuszczycy należy też co pewien czas celem zapobiegania nawrotom stosować »naświetlania zapobiegawcze«. Znakomicie działają promienie przy usuwaniu brodawek i liszaja, a nieraz korzystnie przy toczniu, należy tu jednak być cierpliwym. Nieco już sceptyczniej zapatrywać się należy na leczenie promieniami nowotworów, bo tu często wyleczenia są pozorne. Niektóre mięsaki, n. p. limfatyczne, znikają czasem zdumiewająco szybko; tak n. p. w jednym przypadku M. wśród leczenia znikły ogromne guzy na szyi niemal w 24 godzin nagle. Przy białaczce próbować należy jeszcze dalej ostrożnie tego leczenia. Przy innych cierpieniach, jak dychawicy oskrzelowej, wolu, przeroście sterczu i t. p. osięga się, jak dotąd, bardzo różne i niestałe wyniki. *K.*

Sauerbruch. **Leczenie naczyniaków marznącym kwasem węglowym.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1909, Nr 1). S. poleca do leczenia naczyniaków sposób, który widział w Chicago. Naczyniak pokrywa się warstewką gazy i na nią puszcza z bomby silnym strumieniem bezwodnik kwasu węglowego. Na naczyniaku tworzy się śnieg, który powinien tam leżeć 10—20 sekund. Marznięcie to wywołuje kurczenie się naczyń i niedokrwienie, a stosowane systematycznie co 8—10 dni, wywołuje w końcu zanik naczyniaka. Leczenie to stosować należy cierpliwie dopóty, aż naczyniak zniknie. *K.*

Rehn. **W sprawie leczenia płaskich raków skóry.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 4). Na podstawie badania drobnowidowego rzekomo wyleczonych płaskich raków skóry, dowodzi R., jak często to wyleczenie jest pozornem. Choć w samej bliźnie niema nawrotu, to jednak często w okolicy spotyka się rozsiane ogniska. Nieraz n. p. pod wpływem leczenia maściami, pastami i t. p. owrzodzenie skórne goi się, a rak w głębi szerzy się dalej. To samo powiedzieć też można o leczeniu raków skóry promieniami Röntgena. Tu gojenie zewnętrzne łudzi nas i tracimy sposobność usunięcia cierpienia doszczętnie w zarodku nożem. R. wobec swoich spostrzeżeń radzi co do zachowawczych sposobów leczenia płaskich raków skóry zachować ostrożność. *K.*

Prof. Chiari. **W sprawie ropień jam bocznych nosa.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 5). Ch. omawia sprawę ropień jam bocznych nosa ze względu na potrzeby lekarza praktycznego, podając wskazówki rozpoznawcze i nie zapuszczając się w zagadnienia specyalne. O ile nie umie się rozpoznawać dobrze ropień jam bocznych nosa, to doczekać się można przykrych powikłań. Ropienia te wpadają same w oczy dopiero wtedy, gdy ściana jamy bardzo się wypukli lub gdy nawet utworzy się przetoka na zewnątrz. Najczęstszą przyczyną ropienia są ostre nieżyty nosa, zwłaszcza po chorobach zakaźnych, n. p. grypie, ostrych wysypkach i t. p. Ropienia jamy szczękowej mogą też brać początek od zęba, inne od ciał obcych, gruźlicy, kiły i t. p. Najtrudniej rozpoznać ropienie przewlekłe. Tu głównym objawem jest ropny wypływ z nosa. Podobny obraz daje przewlekły nieżyt, kiła, obecność ciała obcego i ozena. Ropienie jamy poznajemy po tem, że ropa wypływa jednym otworem nosowym i najsilniej zrana, gdyż w nocy zbiera się jej w jamie najwięcej. Ropa bywa rzadką i niebardzo cuchnącą, przynajmniej nie czuje tej woni otoczenie, lecz najwyżej sam chory. Przy ozenie natomiast chory nie czuje przykrej woni i dziwi się, że otoczenie na to narzeka. Przy badaniu wziernikiem stwierdza się, że ropa dobywa się zawsze z jednego miejsca. Najczęściej ulega zajęciu jama szczękowa, potem czołowa, sitowa i klinowa. Ropienie jamy szczękowej z wolnym odpływem cechuje brak bolu, a przy badaniu wziernikiem widać, że ropa dobywa się na zewnątrz od przedniego końca średniej małżowiny. Pewność rozpoznawczą daje zwykle dopiero prześwietlenie jamy (lampkę elektryczną wkłada się w ciemnym pokoju do ust chorego). Chora strona prześwietla się mniej. Pewność daje aspiracya ropy i próbne przepłukanie. Cenne usługi oddaje też rentgenografia. Przewlekłe ropienia jamy czołowej cechuje ból przy opukiwaniu czoła; nieraz tamże spotykamy obrzęk skóry. Prześwietlenie wiele sprawy nie rozjaśnia. Natomiast pewność daje sondowanie kanału nosowo-czołowego i wypłukanie, co jednak jest już rzeczą specyalisty. Ropienia jamy czołowej mają wielką skłonność do przebijania się do oczodołu lub wnętrza czaszki. Ropienia przednich jam sitowych cechuje silne obrzmienie małżowiny średniej; ścisłe rozpoznanie zostawić należy specyaliście. Ropienia jamy klinowej cechują często silne bole głowy, zwłaszcza tyłogłowia. Ropa zjawia się zwykle między średnią małżowiną i przegrodą, i zasycha w strupy. Badanie rentgenowskie oddaje nieraz cenne usługi, ale nie może zastąpić sondowania i przepłukania próbnego. *A.*

Loges. **Przypadek pourazowej przepukliny płucnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 51). Pewien robotnik zraniony został nożem w r. 1899 w lewą górną część klatki piersiowej od przodu. Po zagojeniu się rany zaczął występować w tem miejscu guz z początku wielkości orzecha włoskiego, zwolna powiększający się. Od tego czasu ciągły kaszel i często krwioplucie, w ostatnich czasach coraz silniejsze. Badanie wykazało przepuklinę płucną, łatwo odprowadzić się dającą, wielkości pięści, wychodzącą między 3—4. żebrem ze strony lewej od przodu. Przewlekłe zapalenie oskrzeli, lekka rozedma płuc. Badanie co do gruźlicy z wynikiem ujemnym. Polecono spokojne leżenie w łóżku, leczono nieżyt oskrzeli i zastosowano odpowiednią opaskę na przepuklinę. Przypady ustąpiły zupełnie, krwio-

płucie nie zjawiło się ani razu. Po 2 miesiącach zjawił się chory znowu z krwioplućiem, i przyznał się, że opaski nie nosił wcale. Zastosowano to samo leczenie i znowu wynik był doskonały. — Przepukliny pourazowe płuc bez złamania żeber należą do rzadkości. Krwioplucie powstaje wskutek naciągania się płuca przy kaszlu w przepuklinie. Rokowanie jest dobre, bo nieliczne wprawdzie, jak dotąd, spostrzeżenia wykazują, że przy noszeniu paska często przepukliny takie znikają. U chorego Logesa jednak przepuklina zupełnie może nie zniknie, bo wrota są już za szerokie i przepuklina za duża. Nosząc opaskę, niema jednak chory żadnych przypadłości. *K.*

Levy-Dorn. **O wartości telerentgenografii dla badania narządów klatki piersiowej.** (*Med. Klinik.* 1908. Nr 48). Promieni Röntgena używamy w podwójnym celu, 1) aby zobaczyć ciała, których inaczej widzieć nie możemy, 2) aby ocenić ich położenie, wielkość, kształt i t. d. Do pierwszego celu wystarcza prześwietlenie zwykłe, natomiast do drugiego celu potrzeba już specyalnych urządzeń, gdyż przy zwykłem prześwietlaniu obrazy przedmiotów wydają się znacznie większe. Jeżeli więc chcemy uzyskać obrazy ściśle tej samej wielkości, co badany przedmiot, używać musimy do tego równoległych projekcyi, a to możemy osiągnąć dwojaką drogą: 1) Ustawiamy lampę tak daleko od obrazu, że kąt rozbieżności promieni nie wchodzi już w rachubę (im lampa bliżej, tem rozbieżność promieni większa); 2) otrzymujemy obraz za pomocą cienkiego snopa promieni w pobliżu, oglądając kolejno wszystkie punkty obrazu. Równoległe promienie padać powinny na płytę pod kątem prostym, by przez to i różni badacze i ten sam badacz w różnych chwilach otrzymywali tę samą wielkość przedmiotu. Obrazy narysowane w ten sposób zowiemy ortorentgenogramami. Badanie z oddali uskuteczniać możemy u chorego, siedzącego w tymsamym pokoju (np. z odległości 2 metrów), u leżącego zaś w ten sposób, że lampa znajduje się w pokoju o piętro niżej i przez otwór w suficie naświetla się chorego. Telerentgenografia nadaje się zwłaszcza do badania zarysów przepony, wysięków, nacieków, siedziby ciał obcych i t. p. Badanie to jednak wymaga już kosztowniejszych urządzeń i zużywa więcej lampy, dlatego też wielu lekarzy przekłada sposób badania z blizka. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rossi Doria. **O wieku pierwszego miesiączkowania we Włoszech i o stosunku między niem, a rozwojem miednicy.** (*Arch. f. Gyn.* tom 86, zeszyt 3). Zważywszy, że na okres pokwitania płciowego przypada główna czynność rozwojowa wszystkich tkanek, a szczególnie kości, zwrócił autor uwagę na rozwój miednicy w tym czasie i zauważył, że częstość występowania nieprawidłowych miednic o wiele jest większą u kobiet, u których pierwsza miesiączka wystąpiła o wiele później lub o wiele wcześniej, aniżeli zwykle (14 lat, 3 m.). Wiadomo, że u osób, u których wyjęto gruczoły płciowe (jajniki, jądra), już w krótki czas potem występują nieprawidłowości w budowie kośćca; autor stara się także i związek ścieśnień miednicy z początkiem miesiączkowania wytłómaczyć wpływem jajników na rozwój układu kostnego, a szczególnie miednicy, tembardziej, że za tem przemawia wiele jeszcze innych faktów (zmiękknienie kości, a wytrzebienie i i.). Ponieważ zaś na wcześniejsze lub późniejsze wystąpienie pierwszej miesiączki, ma oprócz rasy, klimatu i szerokości geograficznej ważny wpływ położenie i otoczenie społeczne, sposób życia, wykształcenie i wychowanie, odżywienie i mieszkanie, możemy przez odpowiednie uregulowanie tych czynników wpłynąć pośrednio na rozwój miednicy kobiecej. Jeżeli więc wczesny okres dzieciństwa u dziewcząt otaczamy troskliwą opieką, to tembardziej należy to czynić w okresie pokwitania płciowego; korzystny wpływ na prawidłowy rozwój miednicy u dziewcząt mógłby przecież mieć ważne znaczenie społeczne. Przedewszystkiem więc należy się starać o odpowiednie i obfite odżywienie, spokój fizyczny i umysłowy. Młode dziewczęta nie powinny więc pracować nad siły, jak to się właśnie dzieje w fabrykach, a rodzice nie powinni swych córek zbyt wczas rano wysyłać do pracy i nie przeciążać robotami domowemi. Zważywszy na wielką skłonność dziewcząt w tym wieku do znużenia, nie powinny ich nauczycielki zmuszać do wytężającej pracy umysłowej; prawodawcy wreszcie powinni stosunki te uregulować zapomocą ustaw. Niemniej ważny jest spokój dla układu nerwowego dziewcząt, szczególnie w tym wieku wrażliwym. Powinny więc dziewczęta unikać wszelkich podrażnień natury chemicznej (kawa silna, wino, likiery i i.) lub psychicznej z podkładem erotycznym (obrazy, rozmowy, szczególnie w godzinach wieczornych, tańce). O objawach czynności narządu rodnego powinny dziewczęta otwarcie pouczyć matki lub nauczycielki, nie czekając, aż się o tem dziewczęta dowiedzą w sposób tajemniczy od swych przyjaciółek. W szkołach powinny dziewczęta pozostawać pod nadzorem lekarza, któryby szczególną uwagę zwracał na prawidłowy rozwój układu kostnego, a przedewszystkiem miednicy (przez pomiary). Przeciw zmianom w rozwoju kośćca należy już wczas zalecić leczenie ortopedyczne w połączeniu z odpowiednimi środkami leczniczymi. W przypadkach niedostatecznej czynności jajników należy wcześnie podawać przetwory jajnikowe, które równie dobrze działają przeciw innym także dolegliwościom, występującym u dziewcząt w okresie pokwitania, jak bole głowy, grzbietu, bezsenność, przypadłości asteniczne. *E. Ehrenpreis.*

Doc. Seitz. **Przyczynki do kliniki, statystyki i leczenia rzucawki porodowej** (*eclampsia*). (*Arch. f. Gyn.* t. 87, z. 1). Pierwsi Schmorl i Lubarsch stwierdzili, że obraz anatomo-patologiczny u kobiet, zmarłych wskutek rzucawki, jest tak charakterystyczny, iż na podstawie samego wyniku sekcyi można tę chorobę na pewno rozpoznać nawet, jeżeli za życia brakło najważniejszego objawu klinicznego, t. j. drgawek. Zmiany w narządach polegają na zwyrodnieniach, jakoteż ogniskach martwicy w sercu, wątrobie i nerkach, na krwotokach i ogniskach rozmięknienia w mózgu i na mnogich zakrzepach w naczyniach. Nasilenie i rozległość tych zmian zależą, jak przy każdem zatruciu, od ilości trucizny, od czasu, w którym ona dostała się do ustroju i od skłonności osobnika. Schmorl sądzi, że w przebiegu rzucawki nie powstają drgawki, albo jeżeli zatrucie jest tak silne, że wywołuje odrazu porażenie ośrodkowego układu nerwowego, albo jeżeli nie doszło jeszcze do tego stopnia podrażnienia, który jest konieczny do wywołania drgawek; według Bruneta zaś nie powstają drgawki, jeżeli z powodu krwotoków mózgowych nastąpi przerwanie dróg nerwowych. Autor zbija powyższe przypuszczenia, gdyż trucizna, właściwa rzucawce, wytwarza się w ustroju powoli i stopniowo dochodzi do wielkich ilości; dziwnemby było, dlaczego konieczny stopień podrażnienia nie miałby być osiągnięty właśnie w tych przypadkach, w których sekcya wykazuje najcięższe zmiany w narządach. Należy raczej przypuścić, że trucizna, właściwa rzucawce, zawiera dwa składniki, jeden ogólno-toksyczny, a drugi swoiście wywołujący drgawki. Zależnie od przewagi jednego lub drugiego składnika dochodzi raz do najcięższych zmian anatomicznych i zejścia śmiertelnego, mimo że drgawki zupełnie nie wystąpią, drugi raz zaś drgawki opanowują cały obraz chorobowy. Między typową rzucawką z drgawkami i bez nich istnieją postacie przejściowe, w których drgawki występują tylko w pojedynczych częściach ciała, n. p. w jednej kończynie, w twarzy i t. p.; autor wybrał dla nich nazwę napadów szczątkowych lub poronnych. Wspólnym objawem wszystkich postaci rzucawki jest tylko śpiączka (*coma eclampt.*). W ostatnich czasach starano się na podstawie pewnych objawów rozpoznawać rzucawkę w tych nawet przypadkach, w których do drgawek nie doszło i chore zostały przy życiu. Do objawów tych należy: obfity i szybko ustępujący białkomocz, upośledzenie aż do utraty przytomności, ćmienie przed oczyma aż do zupełnej, choć tylko przejściowej ślepoty, ogólny niepokój mięśniowy, napięte tętno, wzmożone ciśnienie krwi i i., trwające kilka godzin, poczem objawy te powoli ustępują, a po dalszym śnie i wystąpieniu obfitych potów zupełnie znikają. Autor sądzi, że podobnie, jak w padaczce, mogą w rzucawce, zamiast drgawek wystąpić inne objawy, i proponuje dla tych postaci nazwę równoważników rzucawki. — Zastanawiając się nad pytaniem, które części układu nerwowego największej doznają szkody w przebiegu rzucawki, sądzi autor, że przednie części kory mózgowej; za tem przemawiają: ogólny niepokój ruchowy, omamy, zwykle bardzo głęboka śpiączka i nie tak rzadkie psychozy, występujące w jakiś czas po ustaniu napadów. Na podstawie dat statystycznych stwierdził autor, że psychozę porzucawkową poprzedzało 2—3 razy tyle napadów, aniżeli w tych przypadkach, które się skończyły wyzdrowieniem lub śmiercią położnicy. Statystyki wykazują dalej, że średnio w przebiegu rzucawki bywa napadów drgawek 8, i że śmiertelność nie wzrasta proporcyonalnie do ilości napadów. Wyniki te stoją w sprzeczności z dotychczasowem twierdzeniem: im więcej napadów, tem gorsze rokowanie, i z dotychczasowem pojęciem o działaniu trucizny, właściwej rzucawce, a potwierdzają raczej przypuszczenie autora, że trucizna ta zawiera dwa składniki. Tylko w ten sposób można sobie wytłómaczyć, dlaczego jedne kobiety znoszą kilkaset napadów, a u innych śmierć występuje już po pierwszym; za tem pojmowaniem rzeczy przemawia także tak zmienny obraz anatomo-patol. Autor rozróżnia 3 postacie rzucawki: 1) gdzie prze-

waża trucizna ogólno-ustrojowa, wywołująca wówczas ciężkie zmiany w sercu, wątrobie i nerkach, i zejście śmiertelne nawet bez drgawek lub po pierwszym napadzie, 2) gdzie oba składniki trujące znajdują się w równej ilości, i 3) gdzie trucizna nagabuje przedewszystkiem ośrodki psychomotoryczne i wywołuje jeden napad po drugim, a mimoto chore często wracają do zdrowia, bo narządy wewnętrzne były mało uszkodzone. Wreszcie omawia autor wpływ rozwiązania rodzącej na rzucawkę. Przyjmując, że choroba ta jest zatruciem wychodzącem z płodu, czy łożyska, i sądząc z przypadków, gdzie napady ustawały po obumarciu płodu, jakoteż z mniejszej śmiertelności przy rzucawce połogowej, należało przypuścić, że rozwiązanie będzie miało wpływ korzystny. Statystyki wykazują, że prawie w połowie wszystkich przypadków drgawki ustępowały zaraz po porodzie, bez względu na to, czy on był samorodny, czy operacyjny. Nie znaczy to jednak, że i choroba ustąpiła; statystyki wykazują, że mimo ustania napadów po porodzie, 20% tych chorych jeszcze umiera, co znowu dowodzi, że z ilości napadów nie można wnosić o ciężkości zatrucia. Miarą dla stwierdzenia wpływu rozwiązania może być jedynie obliczenie śmiertelności, i to tylko na podstawie tych przypadków, w których zaraz po wybuchu rzucawki istotnie chorą rozwiązano, bez względu na stan dróg porodowych. Pod tym względem dało się stwierdzić, że istotnie śmiertelność tem była mniejsza, im szybciej po pierwszym napadzie kobietę rozwiązano. Gdy śmiertelność przy postępowaniu zachowawczem wynosi 28·6%, to przy przyspieszeniu porodu już tylko 15—18%, a przy natychmiastowem rozwiązaniu zaraz po wybuchu choroby 6·5%. Zdaje się więc, że wczesne i szybkie rozwiązanie daje obecnie najlepsze wyniki lecznicze. Autor poleca przeto przy utrzymanej szyjce, pochwowe cięcie cesarskie; rozszerzanie jej przyrządem Bossiego okazuje się niebezpieczne. Przy zatartej szyjce, lecz nie rozszerzonem jeszcze ujściu macicy, radzi autor nacięcia według Dührssena, albo bardzo ostrożnie zastosowany rozszerzacz Bossiego. Ponieważ metody te najlepiej i najpewniej dają się zastosować w zakładach leczniczych, należy każdą chorą na rzucawkę przewieść o ile możności szybko do najbliższego zakładu położniczego. Gdzie to jest niemożliwe, pozostaje lekarzowi albo szybkie rozszerzenie ujścia balonem, albo obrót metodą Braxtona-Hicksa z następnem wolnem wydobyciem płodu. *E. Ehrenpreis.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 1 lutego 1909.

1) K. Kostanecki przedstawia pracę własną p. t.: **Sztuczne pobudzenie jajek Aricii do rozwoju partenogenetycznego.** Autor starał się w miesiącu marcu i kwietniu na materyale stacyi zoologicznej w Neapolu wywołać sztuczną partenogenezę u rozmaitych gatunków annelidów, stosując różne metody. Jedynie jajka Aricii okazały się do tego celu podatne. Umieszczał je na 2—3 minut w wodzie morskiej z dodatkiem 10% $^1/_{10}$ n. kwasu azotowego, a po wypłukaniu w wodzie poddawał je działaniu wody morskiej z dodatkiem 10% $2^1/_2$ n. chlorku potasu. Na części jajek tworzyła się błona, następnie wydzielały się dwa ciałka kierunkowe, poczem jajka dzieliły się, albo tak samo, jak zapłodnione, w dwie nierówne, albo też we dwie równe komórki. Niektóre dzieliły się w dalszym ciągu na cztery, sześć lub osiem komórek. Dla porównania badał autor w skrawkach przebieg zapłodnienia u Aricii, a porównywając skrawki jajek rozwijających się partenogenetycznie stwierdził, iż wydzielanie ciałek kierunkowych odbywa się u nich w zupełnie ten sam sposób, jak w jajkach zapłodnionych; po wydzieleniu drugiego ciałka kierunkowego z pozostałych chromosomów tworzy się pęcherzykowate jądro, przy którem pojawia się najpierw jajko, potem dwa promieniowania, poczem tworzy się wrzecionko pierwszego podziału. Dodatkowe promieniowania w plazmie ani podczas wydzielania ciałek kierunkowych, ani też podczas tworzenia się wrzecionka pierwszego podziału nie występują. Często spotyka się nieprawidłowe figury mitotyczne, polegające przeważnie na tem, że ciałka kierunkowe albo wcale nie wydzielają się, albo wydziela się tylko jedno, a w jajku tworzą się figury wielobiegunowe, albo też kilka jąder; czasem jajka, które wydzieliły tylko jedno ciałko kierunkowe, dzielą się na dwie i cztery komórki.

2) N. Cybulski zdaje sprawę z pracy Dra Leona Chwistka p. t.: **O zmianach peryodycznych treści obrazów widzianych.** Autor opisuje zjawisko, polegające na tem, że obserwacya pewnych obrazów pociąga za sobą peryodyczne zmiany ich treści. Po krótkim przeglądzie metod, które stosowano przy pomiarach tych zmian, zestawia wyniki doświadczeń. W dalszym ciągu podaje autor wyniki pomiarów zmian peryodycznych, należących do różnych dziedzin znanych, a zestawiwszy ich wyniki z wynikami poprzednimi dochodzi do wniosku, że peryodyczne zmiany treści obrazów stanowią odrębną kategoryę oscylacyi obrazów widzianych.

(Treść 9 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 3 lutego 1909 r.

Przewodniczący wiceprezes Mięsowicz. Obecnych członków 26.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący w myśl przedstawienia na posiedzeniu poprzedniem proponuje na członków honor. Prof. Marsa i Gluzińskiego.

Prof. Ciechanowski motywuje ten wniosek imieniem komitetu. Wniosek przyjęto przez aklamacyę.

3) Kol. Rutkowski przedstawia dziecko 7-miesięczne, dotknięte **wodogłowiem wewnętrznem.** W przypadku tym odpreparował R. prawą żyłę skroniową i podwiązawszy jej obwodowe rozgałęzienia, wpuścił obwodowy koniec odpreparowanej żyły do komory mózgowej, (sposób Schmiedena). Po kilku tygodniach, skoro zabieg ten nie sprowadził poprawy, wszczepił R. sposobem Payra żyłę odgoleniową (*vena saphena*), wyciętą u dorosłej kobiety, długości około 8 cm, do podłużnej zatoki opony twardej tego dziecka, a drugi koniec żyły wpuścił do komory bocznej mózgowej. Dziecko było operowane przed kilku dniami.

W dyskusyi kol. Kader, podnosząc, że drenowanie ma wielkie znaczenie, zaznacza, że drenowano złotemi rurkami we Wrocławiu, wprowadzano też szkło, gallanit (resorbujący się materyał), ale ciała te, jako obce, sprowadzały zakażenie.

Doc. Rutkowski zaznacza, że zasadniczą myślą tego sposobu jest nietylko wytworzenie drenu z tkanki żywej, ale i stworzenie stałego odpływu dla płynu mózgowordzeniowego z komór, do czego najlepiej się nadają drogi żylne.

4) Kol. Pisarski przedstawia przypadek **raka pęcherza** (*carcinoma papilliferum*) u 42-letniego mężczyzny. Mężczyzna ten cierpi od 5 lat na krwiomocz; innych objawów ze strony narządu moczowego nie ma; wywiady w każdym kierunku ujemne. Badanie kliniczne stwierdziło obecność nowotworu, a cystoskopia potwierdziła rozpoznanie. Obraz cystoskopowy, a mianowicie groniastość nowotworu w jego dolnej części, nasunął myśl, że chodzi tu o nowotwór złośliwy. Doc. Rutkowski dokonał w tym przypadku częściowego wycięcia pęcherza, a mianowicie prawej bocznej i przedniej ściany, na którym to odcinku znalazł dwa uszypułowane guzy. Badanie histologiczne stwierdziło raka (*carcinoma papilliferum*). Cystoskopia, dokonana w $1^1/_2$ miesiąca od operacyi, stwierdziła bliznę na prawej bocznej ścianie pęcherza, zresztą stosunki zupełnie prawidłowe.

W dyskusyi stoi kol. Rapaport na stanowisku, że nowotwory złośliwe powinno się operować wewnątrzpęcherzowo. Kol. Pisarski zaznacza, że do zabiegów wewnątrzpęcherzowych nadają się tylko nowotwory niezłośliwe. — Prof. Kader i Doc. Rutkowski stoją na stanowisku doszczętnego operowania nowotworów złośliwych i uznają metodę wewnątrzpęcherzową w takich razach za zupełnie niewłaściwą.

6) Kol. Przewodniczący oznajmia, że wykład kol. Januszewskiego został odłożony. Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

III. Posiedzenie naukowe z d. 5 lutego 1909.

I. Prof. Łukasiewicz przedstawia: 1) chorego z **lichen ruber planus;** przypadek o tyle rzadki, że zmiany usadowione są na błonach śluzowych (policzku i brzegach języka); leczenie: wstrzykiwania atoksylu, na błonach śluzowych miejscowo kwas mleczny; 2) chorą z **lichen ruber planus** na udach i goleniach, leczoną arsacetylem z dobrym wynikiem; 3) chorą **z twardziną skóry** (*sclerodermia*) na przedramieniu i ze sklerodaktylią. Ł.

omawia rozpoznanie różniczkowe i leczenie, zaznaczając, że powrót skóry do stanu pierwotnego jest tu wyłączony.

II. Kol. Wallach przedstawia guz **z okolicy kości krzyżowej** u dziecka 4 letniego. Jest to torbiel wielkości dużej pomarańczy, w tej torbieli kawałek jelita, od którego odchodzi twór, przypominający wyrostek robaczkowy. Całość wygląda na **potworniaka**.

III. Kol. Prof. Herman okazuje nerkę gruźliczą, uzyskaną przez **nefrektomię** u kobiety 28-letniej, u której na podstawie objawów podmiotowych i przedmiotowych (stwierdzonych chromocystoskopią, cystoskopem itd.) rozpoznano zajęcie gruźlicze nerki prawej. Prócz kilku prosówkowych gruzełków znaleziono ognisko serowate wielkości 2-halerzówki, komunikujące z miedniczką. Podnieść należy bardzo wczesny okres cierpienia i wybitne upośledzenie czynności tak mało zmienionego narządu. — Dyskusya: Kol. Prof. Gluziński nie przypuszcza, aby tak mała zmiana wywołała tak znaczne upośledzenie czynności nerki; trzeba tu raczej przypuszczać jakieś chwilowe przeszkody w odpływie i t. p. Kol. Prof Rencki jako taką przeszkodę przypuszcza zgrubienie moczowodu. Kol. Prof. Ziembicki mówi o sondowaniu moczowodów. Kol. Prof. Rydygier, odrzucając istnienie przeszkody w odpływie moczu w danym przypadku, wyraża zdanie, że nawet małe zmiany w nerce mogą wywołać obfite wydzielanie moczu i wogóle objawy, które istniały w przedstawionym przypadku. Zdaniem kol. Prof. Sieradzkiego należy zbadać mikroskopowo nerkę, w której rozleglejsze zmiany mogą jeszcze istnieć i tłómaczyć opisane przez prelegenta objawy.

IV. Kol. Hornowski wygłasza wykład: **O przyczynie niejasnych przypadków śmierci po zabiegach operacyjnych.** Na podstawie nader ciekawych badań układu chromochłonnego (*chromaffin*) istoty rdzeniowej nadnerczy i zwojów współczulnych u królików i u ludzi, którzy poddawani byli uśpieniu chloroformowemu i w jakiś czas po niem ginęli, dochodzi H. do wniosku, że stany asteniczne, jakie po operacyach występują, są następstwem wyczerpania się istoty tonizującej nadmiernie wyprodukowanej w czasie uśpienia. Wniosek praktyczny, że w takich stadach astenicznych wstrzykiwanie wyciągów z nadnerczy mogłoby uratować chorego. Nadmienić należy, że, sądząc z doświadczeń na królikach, najniebezpieczniejsze dla ustroju po zabiegach, wykonanych w uśpieniu chloroformowem, są pierwsze trzy doby. H. wspomina nadto o swych badaniach nad zachowaniem się tkanek chromochłonnych u ludzi i zwierząt, które zginęły z powodu zamarznięcia lub oparzenia. — Dyskusya: Kol. Nowicki podnosi niemniej ciekawe zachowanie się istoty chromochłonnej i w innych stanach chorobowych. W badaniach, które obecnie przeprowadza nad zachowaniem się nadnerczy przy rozmaitych schorzeniach nerek u ludzi i zwierząt (wycinanie nerek, wodonercze i t. d.), dalej przy charłactwach pokazuje się, że istota chromochłonna może prawie zupełnie niknąć. Pozostaje to niewątpliwie w związku z zachowaniem się adrenaliny we krwi przy schorzeniach nerek, okoliczności, która rzuca pewne światło na przerosty serca i schorzenia naczyń przy zajęciu powyższych narządów. Kol. Prof. Sieradzki wspomina o nagłej śmierci przy gruźlicy nadnerczy, którą stwierdził w 2 przypadkach. Kol. Prof. Gluziński nie przypuszcza, aby jedynie bądź co bądź oryginalne tłómaczenie kol. H. wyjaśniało przyczynę śmierci pochloroformowej. Braki i znaczne zmniejszenie istoty chromochłonnej, znajdowane przez kol. N. w sprawach klinicznie zupełnie różnych, przemawiałoby tylko za myślą, że owe zaburzenia w nadnerczu, objaśniające się brakiem względnie zmniejszeniem istoty chromochłonnej, a zatem i wydzielania, mogą być jednym z ważnych czynników, prócz innych, śmierć wywołujących. Kol. Kielanowski zapytuje, jak tłómaczy kol. H. prawidłową ilość istoty chromochłonnej u królików, które w czasie samego uśpienia zginęły. Kol. Szumowski wspomina o dawnych zapatrywaniach na czynność nadnerczy. W końcu zabiera głos kol. Hornowski. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 15. grudnia 1908 r.

Karwacki: **Wiązanie aleksyny, jako metoda dyagnostyczna.** Prelegent wyłuszczył podstawy teoretyczne metody wiązania aleksyny i skreślił historyę odnoszących się tu badań, poczynając od odkrycia Bordeta aż do chwili obecnej. Następnie omawiał zdobycze praktyczne metody ze stanowiska rozpoznawczego. W tych razach, gdy odczyn ma zewnętrzne cechy swoistości, wyniki rozpoznawcze są chwiejne i ustępują aglutynacyi i bakteryolizie. W tych znów razach, gdy próba nie posiada znamion swoistości (dowolny antygen, surowica chorego i aleksyna), dodatni wynik w przymiocie ma pewną wartość praktyczną; w gruźlicy zaś, trądzie i sprawach nowotworowych nawet dodatni wynik nie upoważnia do wniosków rozpoznawczych. W warunkach ścisłej swoistości wiązanie aleksyny dokonywa się nie za pośrednictwem amboceptora bakteryolitycznego, lecz precypityn. Od czego zależy wiązanie aleksyny w przymiocie, sprawach nowotworowych, gruźlicy, trądzie, płonicy, mocznicy i cukrzycy — nie wiemy zgoła. Zanim istota tego zjawiska nie zostanie wyjaśniona, rozpoznanie kliniczne choroby wyłącznie na mocy wiązania komplementu, zdaniem prelegenta, miejsca mieć nie może.

Stanisław Mutermilch w dyskusyi zaznacza, że aczkolwiek nie sprawdziło się założenie teoretyczne, na podstawie którego Wassermann opracował metodę serodyagnostyczną dla przymiotu, to jednakże fakt ten zgoła nie zmniejsza doniosłości tej próby. Jak wiadomo, Wasserman jako antygenu dla swej próby używał wyciągu z narządów kiłowych. Ponieważ wyciąg taki z surowicy chorych na kiłę istotnie wiązał komplement, przeto Wassermann wysnuł stąd słuszny na pozór wniosek, że w surowicy chorych na kiłę znajdują się swoiste względem krętków bladych niweczniki. Późniejsze jednak badania wykazały, że odczyn Wassermanna otrzymać można z surowicy chorych na kiłę również wówczas, jeżeli jako antygenu użyć wyciągu z narządów ludzkich prawidłowych lub zwierzęcych; okazało się nawet, że za antygen służyć mogą również czyste związki chemiczne, jak lecytyna, oleinian sodu i t. p. Okoliczność powyższa niezmiernie powikłała teoretyczną stronę omawianego odczynu; w każdym razie nie może już być mowy o znajdowaniu się w surowicy chorych na kiłę prawdziwych niweczników względem krętków bladych. Pomimo pojedynczych głosów sceptycznych trzeba próbę tę uważać za niezmiernie ważną zdobycz naukową, a porównywanie jej, jak to czyni prelegent, do odczynu durowego Ehrlicha, jest, zdaniem mówcy, nieuzasadnionem lekceważeniem tego doniosłego odkrycia. Mówca oddawna zajmuje się odczynem Wassermanna, do którego posiłkuje się jako antygenem, wyciągiem z serca świnki morskiej. W przypadkach przymiotu w II okresie prawie stale otrzymywał mowca wynik dodatni, u osobników zaś kiłą nie dotkniętych, wynik zawsze bywał ujemny.

Wernic zaznacza, że próba Wassermanna pod względem wartości praktycznej równać się może próbie Widala przy durze. Próba Wassermanna jest próbą ilościową, należy więc zachowywać stosunek pomiędzy jej czynnikami składowymi. Nieścisłe wykonanie metody, a nadewszystko nieprzeprowadzenie kontroli nad antygenem, amboceptorem i aleksyną, są głównymi czynnikomi, wpływającymi na różnorodność wyników wśród badaczów.

I. L.

Towarzystwo naukowe warszawskie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie w d. 4/II 1909.

1) P. J. Tur: **W sprawie stosunku wielkości ciała zarodka do masy żółtka.** Na podstawie pomiarów, przeprowadzonych nad zarodkami jaszczurki *Lacerta muralis,* oraz nad zmianami indywidualnemi wielkości ich mas żółtkowych, dochodzi autor do wniosku, że niema żadnej zależności stałej pomiędzy wielkością absolutną zarysów samego ciała zarodka — a wielkością kuli żółtkowej.

2) P. M. Liger: **Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych u świnki morskiej, myszy białej i człowieka** (przedstawił p. E. Przewoski). Niema specyalnych zwojów w komorach. Wszystkie zwoje, nie wyłączając zwojów, leżących w przegrodzie międzyprzedsionkowej, leżą w tkance łącznej podosierdziowej.

(Treść prac pp. Wóycickiego i Blumenthala, Wrońskiego i Weyberga, omawianych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lek«). *Jan Tur.*

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 4 listopada 1908.

I. Kol. Schönaich: **Popłonicze zapalenie gruczołów chłonnych.** W pewnej liczbie przypadków zapalenie gruczołów chłonnych występuje w okresie pogorączkowym płonicy po zupełnem ustąpieniu pierwotnych objawów zapalenia w gardle, nosie i gruczołach. Tę postać wtórną zapalenia gruczołów opisał w 1905 roku Schick pod nazwą *lymphadenitis postscarla-*

tinosa. Prelegent, opierając się na materyale szpitala Anny-Maryi w Łodzi, opisuje kliniczny przebieg omawianego cierpienia. Przytacza przypadki, w których zapalenie popłonicze gruczołów było jedynem późnem powikłaniem płonicy. Omawiając poszczególne objawy, dłużej zatrzymuje się nad ciepłotą. W przypadkach, w których zapalenie gruczołów występowało samodzielnie, ciepłota podnosiła się zazwyczaj nieznacznie, w przypadkach zaś zapalenia gruczołów, występującego wraz z zapaleniami nerek, wysokie nasilenie ciepłoty występuje częściej. Dalej opisuje prelegent przypadki zapalenia gruczołów, występującego wraz z zapaleniem nerek. Co do czasu występowania, to zarówno zapalenie nerek, jak i zapalenie gruczołów najczęściej występowało od 12-go do 19-go dnia choroby. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zaznacza kol. Trenkner, że obrzmienie takie gruczołów spotykał najwcześniej na 11-ty dzień choroby. Kol. Trenkner, jak również w odpowiedzi kol. Schönaich, wygłaszają swe teoretyczne poglądy na przyczyny powstawania tych powikłań.

II. Kol. Perlis przedstawia **raka łechtaczki**, wyłuszczonego u 62-letniej kobiety. Jednocześnie było zajęcie obustronne gruczołów pachwinowych. Tenże przedstawia preparat skóry, zerwanej u robotnika przez pas transmisyjny. Zdarta została skóra z okolicy całego wzgórka łonowego, z prącia, z wyjątkiem skóry na żołędzi, z worka mosznowego, z krocza włącznie z przednim obwodem odbytu. Braki skóry będą pokryte płatami, przeszczepionymi sposobem Thierscha. Uszkodzenia cewki moczowej i jąder nie było. Sekretarz *J. Michalski.*

Posiedzenie z dnia 18. listopada 1908 r.

1. Kol. Golc przedstawił chorą, skierowaną do niego przez kol. Grabowskiego dla rozpoznania choroby. Kol. Grabowski usunął u chorej tej w marcu r. b. narośl z dolnej małżowiny nosa. Narośl była twarda, bardzo unaczyniona. Obecnie stan nosa jest następujący: Cała dolna część nosa nabrzmiała, nozdrza wypuklone, a otwory nosowe wyglądają jakby zarośnięte z obydwóch stron od strony przegrody nosowej dwiema naroślami wielkości laskowego orzecha o gładkiej powierzchni, sinoczerwonej barwy. Z głębi nosa wydobywa się przezroczysty śluz. Zbitość narośli zbliżona jest do twardości chrząstki. W gardle i jamie ustnej widać bliznowate ściągnięcie łuków i podniebienia miękkiego, błona śluzowa na nich jest lśniąca, blada. Brak języczka (*uvula*). Prócz małej (wielkości pestki od wiśni) ziarnkującej czerwonej narośli na brzegu łuku podniebienia, żadnych nacieczeń nie widać. Kol. Golc przypuszcza, że dany przypadek jest **twardzielą nosa** *(rhinoscleroma)* i wyłącza raka i przymiot. Mikroskopowe badanie ma być wykonane w szpitalu św. Aleksandra.

2. Kol. Goldman przedstawia chorego po operacyi **zeszycia nerwu promieniowego.**

3. Odczytano protokół posiedzenia Zarządu Tow. lekarsk. i przyjęto wniosek Zarządu, ażeby bibliotekarzowi dać płatnego pomocnika do uporządkowania katalogu kartkowego na jeden miesiąc.

4. Kol. Helman wypowiedział: **Kilka uwag w sprawie międzynarodowego języka Esperanto i o znaczeniu jego w medycynie.** Uzasadniwszy na wstępie odczuwaną przez wszystkie warstwy społeczne i całe ludy potrzebę wspólnego pomocniczego języka międzynarodowego i wspomniawszy o wielu bezowocnych trudach, uczynionych w przeciągu ostatnich stuleci w celu rozwiązania tego zagadnienia, prelegent zapoznał słuchaczy z olbrzymim już dziś ruchem esperanckim i podał szczegółową charakterystykę Esperanta, który zdaniem najpoważniejszych uczonych, myślicieli i lingwistów jest najlepszem i najracyonalniejszem rozwiązaniem problematu języka międzynarodowego. Esperanto, owoc długoletniej i wytrwałej pracy naszego rodaka i kolegi Dra L. Zamenhofa z Warszawy stał się już obecnie własnością całego świata cywilizowanego, w swoim tryumfalnym iście pochodzie zdobył sobie miliony gorliwych zwolenników we wszystkich zakątkach świata i stworzył bogatą literaturę i prasę. Liczba towarzystw i klubów esperanckich przekracza już obecnie 1500, liczba czasopism dochodzi do 100. To niebywałe rozpowszechnienie zawdzięcza Esperanto swym zaletom: łatwości, dźwięczności i bogactwu; nauczyć się go można w przeciągu kilku tygodni. Oceniony on został nietylko jako ważny czynnik praktyczny w stosunkach międzynarodowych, lecz jednocześnie jako potężny środek pokojowego zbliżenia i zbratania ludów. Lekarze szybko ocenili doniosłe znaczenie Esperanta i stanęli już w pierwszych szeregach organizującej się pod zielonym sztandarem milionowej rzeszy bojowników pokojów i braterstwa ludów. Rozpowszechnienie Esperanta odda w przyszłości lekarzom olbrzymie usługi, ułatwi on zapoznanie się z różnojęzycznem piśmiennictwem lekarskiem, umożliwi bardziej celowe porozumiewanie się w sprawach naukowych, zwłaszcza na zjazdach międzynarodowych, dalej jest on pożądany w miejscowościach leczniczych, a już niezbędny na wojnie, w instytucyach Czerw. Krzyża. W tym kierunku zdziałano już bardzo wiele. W końcu mowca zapoznał słuchaczy z celem i zadaniami utworzonego wszechświatowego Związku lekarzy esperantystów (Tutmonda Esperanto Kuracisto Asocio); liczba członków tego związku rośnie z każdym dniem i szybkim rozwojem jedynego miesięcznika esperancko-lekarskiego »Vocho de kuracistoi«, wydawanego we Lwowie. 8 lekarzy łódzkich zapisało się w poczet członków Tut. Esp. Kur. A.

Sekretarz: *I. Michalski.*

Posiedzenie z dnia 2 grudnia 1908.

I. Kol. Trenkner przedstawił: 1) 3-miesięczne dziecko dotknięte **żółtaczką na tle przymiotu;** 2) dziecko dotknięte **zwężeniem odźwiernika;** 3) przypadek **stridor inspiratorius congenitus.**

II. Bibliotekarz, kol. Prechner, odczytał sprawozdanie z posiedzenia bibliotecznego.

III. Kol. J. Saks wygłosił odczyt: **Cztery przypadki cięcia cesarskiego z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka i kilka uwag o postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych.**

Na wstępie wspomniał prelegent, że przed dwoma laty podzielił się z kolegami opisem 6 przypadków cięcia cesarskiego z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka; do powtórzenia tamtego wykładu zaprosiła kol. S. sekcya ginekologiczna warsz. Tow. lek.; teraz zaś chce się podzielić kol. S. opisem świeżych czterech przypadków.

Przypadek VII. Dnia 26 czerwca b. r. zostało dokonane cięcie cesarskie u 26-letniej pierwiastki, mieszkanki Wielkiej Woli, która dostała nagle bolów porodowych na kolei. Pogotowie ratunkowe przewiozło rodzącą z dworca kolei do szpitala. Przy badaniu rodzącej okazało się, że była ona dotknięta wybitnem zwężeniem miednicy (*conjug. diagon* = 6, 5 ctm.), w danym przypadku istniało przeto bezwzględne wskazanie do cięcia cesarskiego; przy badaniu narządów płciowych okazało się, że istnieją dwa otwory w błonie dziewiczej, dwie pochwy, dwie szyjki maciczne. Uśpienie chloroformowe, cięcie macicy podłużne; w jamie macicy dwa płody płci żeńskiej, słabo rozwinięte, żywe. Macica pojedyncza, ale dwurożna; krwawienie z macicy podczas operacyi umiarkowane. Operacya trwała minut 45. Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny, powikłany tylko dwukrotnem podniesieniem się ciepłoty do 38,5. Dzieci zmarły po jakimś czasie: pierwsze wskutek wątłości wrodzowej (nie umiało ssać), drugie z niewiadomej przyczyny umarło w domu. W 17 dni po operacyi w stanie zdrowia pomyślnym operowana opuściła szpital.

Przypadek VIII. Pitla P., 30 lat licząca, po raz IV rodząca; dwa razy dokonano u niej wymóżdżenia płodu, przy trzecim porodzie dokonano hebosteotomii; sprzężna przekątna wynosi 8, 5 ctm. Rodzącą uprzedzono, że zależnie od okoliczności dokonana będzie przy porodzie czwartym hebosteotomia lub cięcie cesarskie. Dnia 3/IX 1908 zgoła nieoczekiwanie przy braku wszelkich bólów porodowych odeszły wody płodowe; bole porodowe wystąpiły dopiero w kilka godzin później. Ze względu na wczesne odejście wód postanowił kol. S. dokonać cięcia cesarskiego (chloroform+eter); operacya przebiega typowo, płód płci męskiej, żywy, dobrze rozwinięty, waży 3270 gramów. Operacya trwała minut 47. Przebieg pooperacyjny doskonały; chora od drugiego dnia karmi dziecko, od trzeciego dnia dostaje pożywienie zwykłych położnic; w dwa tygodnie po operacyi chora opuszcza szpital na własne żądanie w stanie zdrowia zupełnie dobrym. Wzrost chorej 128 ctm.

Przypadek IX. Dnia 8/IX 1908 przywiozło do szpitala Pogotowie ratunkowe 20 letnią Maryę S., pierwszy raz rodzącą, w stanie nieprzytomnym wskutek napadów rzucawki, których w domu rodząca miała sześć w krótkich odstępach czasu. Przy badaniu przez pochwę okazało się, że rodząca dotknięta jest bardzo wybitnem zwężeniem miednicy, sprzężna przekątna wynosi niecałe 7 ctm.; wzgórek krzyżowy bardzo silnie wystający; część przodująca płodu bardzo wysoko, trudno dosięgalna. Wskazanie bezwzględne do cięcia cesarskiego, które wykonano w uśpieniu

mieszanem (chloroform + eter); z pęcherza płodowego wyciekają brudno-zielonawe wody płodowe, płód płci żeńskiej czyni zaraz ruchy oddechowe; łożysko usunięto ręcznie; krwawienie z macicy bardzo obfite, wymagające wytamponowania macicy. Operacya trwała minut 40. Drgawki po operacyi się nie powtórzyły; w pierwsze 48 godzin stan chorej był dość poważny, chora skarżyła się na silne bole brzucha, które ustąpiły po wypadnięciu z macicy ogromnego skrzepu krwi, poczem przebieg był już bardzo pomyślny. Wzrost chorej wynosił 125 ctm.; była to najniższa chora ze wszystkich, u których kol. S. dokonał cięcia cesarskiego. Operowaną wypuszczono ze szpitala w 15 dni po operacyi w stanie zdrowia zupełnie pomyślnym.

Przypadek X. 27-letnia Julia W., po raz czwarty w ciąży będąca, została zakwalifikowana do cięcia cesarskiego, dwa razy bowiem dokonano u niej wymóżdżenia płodu, przy trzecim porodzie cięcie cesarskie, wykonane przez kol. Zaborowskiego, lecz otrzymano wówczas dziecko martwe; sprzężna przekątna 9 ctm., względne wskazanie do cięcia cesarskiego. Dnia 20/XI 1908 cięcie cesarskie u chorej, zgoła przez pochwę nie badanej; przebieg operacyi typowy, na macicy nie znać śladu operacyi poprzedniej; płód płci żeńskiej, dobrze rozwinięty, wydobyty w stanie bezdechu, zaczyna oddychać dopiero po minucie; krwawienie z macicy bardzo nieznaczne; operacya trwała minut 37. Przebieg pooperacyjny doskonały, w 12 dni po operacyi chorą przedstawiono w Tow. lek., w 16 dni po operacyi opuściła szpital.

Po opisie powyższych przypadków omawiał kol. S. rozmaite zabiegi, stosowane przy miednicach ścieśnionych, jak wysokie kleszcze, obrót zapobiegawczy, poród sztuczny przedwczesny, wymóżdżenie, cięcie przyłonowe i cięcie cesarskie. Dla pierwszych trzech zabiegów kol. S. znajduje rzadkie wskazania, wymóżdżenia nie uważa za możliwe wykreślić z zabiegów operacyjnych, specyalnie w warunkach praktyki prywatnej, cięcie przyłonowe uważa za wskazane tylko w warunkach szpitalnych, tak samo, jak i cięcie cesarskie, które daje bardzo dobre wyniki. W końcu wyraża kol. S. zdanie, że rodzące z zwężeniem miednicy powinny odbywać poród w zakładach położniczych i nawołuje kolegów do skierowywania takich rodzących do zakładów. (Streszczenie własne).

IV. Kol. Goldberg: **O znieczuleniu lędźwiowem.** Po omówieniu historycznego rozwoju sprawy znieczulenia lędźwiowego zastanawia się prelegent nad wpływem toksycznym środków, używanych do znieczulania, przytacza prace doświadczalne von Liera i Storkera, poczem przechodzi do opisu swych 100 przypadków. Znieczulenie otrzymano w 84%, wreszcie wypadło uciec się do uśpienia ogólnego. Ciężkich powikłań na stole operacyjnym nie było. Lekkie postacie zapadu widziano w 5 przypadkach. Porażeń pooperacyjnych nie było zupełnie. Bole głowy zauważono w 24%, a z nich uporczywe w 4 przypadkach. Porównanie ampułek Gersznera z takiemiż Mercka wypadło na korzyść pierwszych. (Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawiali kol. Sterling, Trenkner, Wacław Jasiński, Kaufman. Sekr. *I. Michalski.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie z dnia 3 marca 1908 r.

Obecnych członków 30, przewodniczący K. Rumszewicz.

W dziale naukowym na porządku dziennym odczyt St. Peszyńskiego: **Ciąża zewnątrzmaciczna, jej rozpoznanie i wskazania lecznicze.**

W dyskusyi Daszkiewicz, zgadzając się z prelegentem zupełnie w rzeczach zasadniczych, różni się odeń w zapatrywaniu na niektóre szczegóły. Tak np. w sprawie leczenia krwisteku pozamacicznego prelegent jest zdania, że w wielu przypadkach można czekać. Czy w istocie tak należy postępować, to sprawa sporna. Pomijając już niebezpieczeństwo ropienia, któremu w takim razie chora podlegać może, naraża się ją jeszcze na różne inne cierpienia i dolegliwości, zmuszając nieraz w późniejszym czasie do operacyi. Przytem nigdy nie mamy pewności, że krwotok już więcej się nie powtórzy. To też, nie spiesząc się z operacyą w podobnych przypadkach, przecież pamiętać należy, że ona koniec końcem może stać się konieczną. Zdaniem mówcy prelegent niesłusznie także kładzie nacisk na konieczność obznajamiania się z dyagnostyką ciąży zewnątrzmacicznej dla lekarzy niespecyalistów. Rozpoznanie tego stanu bywa nieraz połączone z trudnościami prawie niepokonalnemi nawet dla zawodowych położników, trudno więc spodziewać się trafnego rozpoznania od tych, którzy położnictwem zajmują się tylko przygodnie lub wcale się nie zajmują. — Peszyński: Co do leczenia krwisteku, zaznaczyłem tylko, że uważam nakłucie i aspiracyę przez sklepienie pochwowe za rękoczyny niewystarczające i niebezpieczne. Zresztą wsteczne zmiany krwisteków odbywają się często prędko i pomyślnie. Od powtórnych krwawień po pozornem polepszeniu nacięcie krwisteku wcale nie zabezpiecza, uczynić to może tylko cięcie brzuszne. Co się tyczy drugiego zarzutu Daszkiewicza, to większość ciąż zewnątrzmacicznych najprzód dostaje się w ręce internistów, dlatego, że chore uważają się za chore na niestrawność, zdenerwowanie i t. p., nie przypuszczając wcale właściwego stanu rzeczy. Ponieważ zaś lekarz, traktujący ciążę zewnątrzmaciczną, jako jeden z wyżej wymienionych stanów chorobowych, może wyrządzić chorej nieobliczalną szkodę, więc należy pragnąć, aby pamiętał o tej ewentualności, ilekroć wzywają go do kobiety, będącej w wieku czynności płciowej, z powodu bolów brzucha, połączonych z zapadem i z tego powodu informacye, dotyczące zewnątrzmacicznej ciąży, nie są bez interesu dla szerszego lekarskiego ogółu. — Sochacki, wyrażając uznanie prelegentowi, zaznacza, że Daszkiewicz ma słuszność, podkreślając wielkie nieraz trudności rozpoznania w wątpliwych przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej, a w dowód tego przytacza przypadek, w którym specyaliści przez długi czas sprawy trafnie rozpoznać nie mogli. — Podobny przypadek przytacza Werbski. — Daszkiewicz zaznacza, że najtrudniejszem bywą rozpoznanie nieprzerwanej ciąży zewnątrzmacicznej we wczesnych okresach, zwłaszcza u chorych, cierpiących na zapalenie przydatków. — Januszkiewicz: Przypadki ostrych zaburzeń z bolami w brzuchu i zapadem zdarzają się na ogół nie często. Otóż internista, nie znajdując w takich razach widocznych objawów choroby, wchodzącej w zakres jego kompetencyi, powinien zaprosić ginekologa. — Daszkiewicz zgadza się na to zupełnie, pozostając jednak przy poprzedniem zdaniu, iż sprawa ciąży pozamacicznej jest sprawą nie ogółu lekarskiego, lecz położników. — Peszyński stwierdza, iż nie wymaga wcale od ogółu lekarzy dokładnej znajomości patologii i terapii ciąży zewnątrzmacicznej, lecz tego, aby w wątpliwych razach pamiętali o możliwości tej sprawy, unikając w ten sposób omyłek, mogących fatalnie się odbić na stanie chorych kobiet. Przypadek Sochackiego, dotyczący kobiety, która z przyczyny dolegliwości, wywołanych, jak się później okazało, przez ciążę zewnątrzmaciczną, zwróciła się o poradę do internisty, potwierdza tylko zapatrywania prelegenta. — Sochacki wówczas głównie dlatego skierował swą chorą do ginekologa, że bole brzucha usadowiły się z lewej strony; gdyby były z prawej strony, to przyznaje, że byłby prawdopodobnie myślał w pierwszym rzędzie o sprawie wyrostkowej. — Makowski: To, co prelegent powiedział na temat patologii i terapii ciąży zewnątrzmacicznej, zyskało ogólne uznanie. Nieporozumienia zaczęły się dopiero tam, gdzie zaczynają się one zwykle między internistami, a specyalistami. Stanowisko, zajęte przez Daszkiewicza w dyskusyi można rozumieć dlatego, że w danym przypadku od internisty wymaga się tylko zwrócenia uwagi na możliwość ciąży nieprawidłowej, od położnika zaś dokładnego jej rozpoznania, co bywa nieraz bardzo trudną rzeczą. Dalej chciałby mowca podnieść jeszcze jedno zagadnienie o więcej ogólnym patologicznym charakterze, a mianowicie zapytać prelegenta, co jest przyczyną owych wtórnych krwotoków, zjawiających się niekiedy dopiero po długim czasie, w okresie, w którym chorą uważa się prawie za wyleczoną. — Peszyński przypomina, że sprawę tę w swym wykładzie poruszył. Chodzi mianowicie o to, że zapłodnione jajko posiada własności, wyróżniające je od innych tkanek. Przez zapuszczanie naczyń w okoliczne tkanki działa ono na nie w sposób przeżerający. Od tych właśnie nadżarć, przeciwko którym zabezpieczona jest wprawdzie tkanka macicy, lecz wobec których bezbronne są inne tkanki, zależą owe powtórne późne krwotoki. Na zakończenie zaznacza prelegent, że będzie uważać się za szczęśliwego, jeśli w myśli słuchaczów jako skutek jego wykładu zostanie przekonanie o potrzebie pamiętania o ciąży zewnątrzmacicznej.

Sekretarz *M. Łążyński.*

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

§ 14. I. nakazuje zwłoki osób, zmarłych na te cztery, w § 13. wymienione choroby, jaknajrychlej przenosić do trupiarni. II. Zarządzone to być może także w przypadkach płonicy, błonicy, wąglika, nosacizny. III. Jeżeli zwłok do trupiarni przenieść nie można, należy je aż do pogrzebu w ten sposób odosobnić, aby niepowołani nie mieli do nich przystępu. IV. W razie potrzeby może być przeniesienie lub odosobnienie zwłok dokonane przymusowo. V. Dokładne przepisy o przenoszeniu i grzebaniu takich zwłok i o urządzaniu trupiarni wydane będą w drodze rozporządzenia.

§. 15. dotyczy tępienia zwierząt, przenoszących zarazę (mór, żółtą febrę, dur powrotny).

§. 16. zezwala zakazywać jarmarków, uroczystych obchodów i innych większych zebrań ludności.

§. 17. zezwala wydawać osobne przepisy o meldowaniu ludności miejscowej i obcej i ewidencyi meldunków w miejscowościach i okolicach, którym zagraża niebezpieczeństwo powstania lub zawleczenia choroby p. o. d.

§ 18. I. Osoby, o których można przypuszczać, że są przenosicielami choroby p. o. d., można poddawać szczególnemu nadzorowi sanitarno-policyjnemu. W tym celu można na nie nałożyć osobny obowiązek meldowania się, oraz zarządzić peryodyczne ich badanie przez lekarza, a w razie potrzeby odkażenie i odosobnienie w ich mieszkaniu, ewentualnie w odpowiednim lokalu. II. Nadzór osób podejrzanych musi być w każdym razie wykonywany w myśl poprzedniego ustępu w przypadkach moru, cholery, ospy i duru osutkowego. (Ustęp III. dotyczy ograniczenia swobody ruchów dozorców chorych i grabarzy).

§ 19 zezwala zarządzać częściowe lub zupełne zamknięcie szkół i ochronek. O tem zarządzeniu ma być zawiadomiona władza szkolna, a ta ma zamknięcia niezwłocznie dokonać.

§ 20. zezwala na zakaz domokrążnego handlu i rękodzieła.

§ 21. I. Ograniczenie i zamknięcie przedsiębiorstw przemysłowych. Przy szerzeniu się dalszem moru, cholery, ospy, duru osutkowego lub wąglika może być zarządzone w pewnym okręgu zamknięcie warsztatów, w których odbywają się pewne zajęcia, grożące szczególnem niebezpieczeństwem rozwleczenia zarazy, a to po wysłuchaniu opinii inspektora przemysłowego, i jeżeli dalsze wykonywanie zajęć zagrażałoby nagle i znacznie ich wykonawcom, jakoteż i ogółowi przez dalsze krzewienie się choroby. II. Jeżeli wystąpi jedna z wymienionych w ustępie I. chorób, wówczas może być pod temiż, co w ustępie I., warunkami ograniczony lub zamknięty ruch w warsztatach stałych, lub osobom, stykającym się z chorymi, wstęp do warsztatów zakazany. III. W drodze rozporządzenia będzie określone, o ile powyższe środki mogą być zarządzone przy innych chorobach p. o. d.

§ 22. Domy, w których znajdują się chorzy na mór, cholerę, ospę lub dur osutkowy, mogą być odpowiednio oznaczone. Znaków tych przed dokonaniem odkażenia usuwać nie wolno.

§ 23. I. Opróżnienie mieszkań i budynków, w których zdarzył się przypadek moru, cholery, ospy lub duru osutkowego, może być zarządzone i przeprowadzone przymusowo, jeżeli to okaże się konieczne dla ochrony innych mieszkańców i skutecznego zwalczenia zarazy. II. Mieszkańcom należy na ich żądanie, a mianowicie jeżeli są ubodzy (im Falle ihrer Mittellosigkeit) bezpłatnie dostarczyć odpowiedniego pomieszczenia.

§. 24. pozwala na ograniczenie lub zakaz obrotu przedmiotów, mogących być przenośnikami zakażenia, a pochodzących z miejsc zakażonych, przy morze, cholerze, ospie, durze osutkowym i brzusznym, czerwonce, wągliku, nosaciznie.

§. 25. zezwala ograniczać stykanie się z mieszkańcami miejscowości zakażonych morem, cholerą, ospą, durem plamistym. Sprawa ograniczenia ruchu zagranicznego (§. 26) co do towarów i osób ma być uregulowana na zasadzie istniejących praw i układów międzypaństwowych drogą rozporządzeń. W tenże sposób (§ 27) mają być wydane przepisy co do ruchu na kolejach i t. p. w obrębie państwa.

§ 28. Jeżeli przy wystąpieniu choroby p. o. d. nie wystarcza do skutecznego jej zwalczenia lekarzy, będących do rozporządzenia w dotkniętym chorobą obszarze, wówczas mogą być na czas potrzeby ustanawiani lekarze epidemiczni.

§ 29. pozostawia przepisy o wykonywaniu badań i prac nad zarazkami, ich przechowywaniu i przesyłaniu — rozporządzeniom.

Rozdział III. dotyczy odszkodowania i pokrycia kosztów.

§ 30. przyznaje prawo odszkodowania za przedmioty uszkodzone przy odkażaniu lub zniszczone wtedy, jeżeli przez uszkodzenie lub zniszczenie przedmiotu położenie ekonomiczne właściciela się pogorszyło (Gefährdung oder wesentliche Beeinträchtigung der wirthschaftlichen Lage). Za przedmioty, będące własnością funduszów publicznych, (państwa, kraju, powiatu, gminy) odszkodowanie się nie należy. — Prawo do odszkodowania traci ten (§ 31), kto dopuścił się przekroczenia ustawy i rozporządzeń co do choroby, z powodu której podjęto odkażanie. § 32. oznacza sposób oszacowania szkody, § 33. przepisuje do zgłaszania się o odszkodowanie termin 14-dniowy od odkażenia lub zwrotu przedmiotu lub zawiadomienia o jego zniszczeniu.

§ 34. dotyczy pensyi i zaopatrzenia dla lekarzy i ich rodzin. I. W razie niezdolności do pracy lub śmierci lekarza delegowanego do zwalczenia zarazy, przyznaje ten paragraf pensyę, resp. zaopatrzenie w tej wysokości, jaka przypada w IX. randze po 10-letniej służbie. II. Jeżeli lekarz ten miał prawo już do innej pensyi, to będzie ona w takim razie dopełniona do wysokości podanej w ustępie II.—III. Jeżeli zaś miał prawo do pensyi takiejsamej lub wyższej, to paragraf ten niema zastosowania. (C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie odbyła się w dniu 11. lutego dyskusya nad projektami opodatkowania uczestników mającej powstać kasy chorych lekarzy, wniesionymi przez Józefa Zawadzkiego i W. Szumlańskiego na posiedzeniu w d. 21. stycznia (ob. str. 88). Przewodniczący posiedzenia kol. Szczęsny Bronowski wyjaśnił w odpowiedzi na interpelacyę kol. Rosenberga, co stało się z innymi projektami opodatkowania, złożonymi Zarządowi Stowarzyszenia, że projekty te, jak opodatkowanie równe, postępujące według dochodów i zapomocą znaczków, były już roztrząsane, obecnie zaś poddane zostają dyskusyi tylko dwa nowe projekty. Nawiasowo przypominamy, że według projektu kol. Rosenberga uczestnicy zapisywaliby się dobrowolnie, stosownie do zasobności materyalnej, do jednej z trzech grup i opłacaliby po 10, 20 ewentualnie 30 rb. rocznie. Projektodawca, przewidując, że do pierwszej grupy zapisałoby się 75% uczestników (dochód roczny do 3000 rb.), do drugiej 15% (dochód do 6000 rb.), a do trzeciej 10% (dochód roczny powyżej 6000 rb.), oblicza dochody kasy na 15000 rb. rocznie.— Kolega Mucha jest przeciwny pierwiastkowi filantropii, której dopatruje się w opodatkowaniu kolegów zamożniejszych na korzyść mniej zamożnych, uważa za jedynie sprawiedliwy podatek równy; tak opodatkowanych jest 1,800.000 ubezpieczonych w 13.000 kas ubezpieczenia we Francyi; mowca przeciwny jest przymusowemu należeniu wszystkich członków Stowarzyszenia do kasy, gdyż nie wszyscy będą mogli opłacać wysoką składkę i węzeł, który ma kolegów łączyć, zacznie ich dusić; przeciwny jest wreszcie mowca ograniczeniu przystępu do kasy niečłonkom Stowarzyszenia. W odpowiedzi na to kol. Józef Zawadzki powołuje się na sześciokroć liczniej-

szą rzeszę ubezpieczonych w niemieckich oraz nowo-austryackich kasach ubezpieczenia, gdzie podatek na rzecz kasy jest proporcyonalny do dochodów oraz istnieje przymus ubezpieczeniowy. Podatek dochodowy nie nosi w sobie pierwiastka filantropii, lecz jest powszechnie dziś uznany za sprawiedliwy; Stowarzyszenie powinno objąć wszystkich lekarzy nietylko w Warszawie, lecz i w kraju, a wtedy i ciężary, wynikające z opłacania składek, będą mniejsze i istnienie kasy trwalej ugruntowane. Kol. Żenczykowski zwraca uwagę, że w tych kasach, gdzie podatek jest dochodowy, zapomogi bywają wypłacane również odpowiednio do dochodów, gdy tymczasem w kasie chorych lekarzy przewidywane są zapomogi równe, niezależnie od wysokości podatku; kasa chorych jest instytucyą finansową, podobną do towarzystw ubezpieczeń i powinna wypłacać odszkodowania w stosunku do wysokości wniesionej premii. W dyskusyi zabierali nadto głos koledzy: Szumlański, który uzasadniał swój projekt, Polikier, żądając dowolnego opodatkowania się uczestników, Kizler za projektem, zbliżonym do projektu kol. Zawadzkiego i Orzeł za kasą, dostępną dla całej korporacyi lekarskiej.

Dnia 12-go lutego odbyła się konferencya w sprawie uporządkowania etatów lekarskich szpitali warszawskich oraz wysokości płacy ordynatorów. Przewodniczący kol. Sadowski odczytał referat komisyi szpitalnej przy Stowarzyszeniu, ułożony stosownie do polecenia posiedzenia poprzedniego na podstawie referatu kol. Dunina w sprawie uporządkowania etatów lekarskich szpitali warszawskich, i referatu kol. Hewelkego w sprawie podniesienia płacy ordynatorów. Komisya, rozpatrując sprawę wszechstronnie, stała głównie na stanowisku dobra instytucyi szpitalnej, a nie wyłącznie zysków osobistych i zaznaczyła, że ordynatury należy przedewszystkiem co do etatów uporządkować. Obecnie mamy ordynatorów etatowych z pensyą, nadetatowych bez pensyi i bez oddziałów. Ta ostatnia kategorya ordynatorów powinna być zupełnie zniesiona, jako zbyteczna. Ordynatorzy powinni być wszyscy etatowi, płatni jednakowo i powinni prowadzić oddziały o jednakowej liczbie łóżek. Za minimum łóżek jednego oddziału uznano 40; wobec tego w warszawskich szpitalach powinno być (prócz instytutu oftalmicznego i św. Jana Bożego) 62 ordynatorów etatowych, płatnych. W niektórych szpitalach, jak np. Dz. Jezus, należy przeto liczbę ordynatorów powiększyć, w innych, jak np. św. Rocha i żydowskim — zmniejszyć. Jako wynagrodzenie roczne dla ordynatora etatowego żąda komisya 1500 rb. z podwyżką 250 rb. co 5 lat — na prawach emerytury państwowej. — W dyskusyi kol. Jakimiak, popierając pretensye powyższe w zasadzie, przewiduje trudności finansowe, gdyż pensye lekarzy (ordynatorów, asystentów i naczelnych) wyniosłyby rocznie 236.000 rb., co nie stałoby w żadnym możliwym stosunku do ogólnych wydatków szpitalnych; proponuje wyznaczyć na pensye lekarzy 20% ogólnych wydatków i powołać się na przykład szpitali rosyjskich i niemieckich. Kol. Hewelke wyraża zdanie, że w żądaniach nie powinna komisya krępować się ogólnymi wydatkami szpitalnymi, ani brakiem funduszów, gdyż o to kłopotać powinien się magistrat. Lekarze co do pensyi swoich pozostali w tyle o 70 lat; po przeliczeniu dawniejszej pensyi ordynatorów stosownie do obecnych warunków żądać należy 1500 rb. Nie można ustalać pensyi lekarskich według ogólnych wydatków szpitalnych, gdyż te skutkiem anormalnego opłakanego stanu szpitalnictwa u nas są za małe i muszą być koniecznie podniesione. Zważywszy to wszystko, mówca dochodzi do wniosku, że etat, przytoczony przez kol. Jakimiaka, stanowi tylko pozornie dużą tamę. Kol. Karczewski, Sawicki i Męczkowski uznając w zupełności pretensye ordynatorów, zastrzegają się przeciwko zarzutowi pogoni za zyskiem, zaznaczając, że ani poprzednio, ani obecnie, ani nawet później, gdy pensye będą podniesione, nikt dla wynagrodzenia w szpitalach pracować nie będzie. Sumienność w spełnianiu obowiązków jest sprawą ideową, nie przymusową, tradycyjnie panuje na naszych oddziałach; mowcy dla tem dobitniejszego zaznaczenia bezinteresowności proponują z żądaniem poprawy bytu lekarzy szpitalnych wystąpić później, dopiero po opracowaniu szeregu projektów, mających na celu poprawę ogólnych warunków szpitalnych. Zebranie chętnie przychyliło się do tego wniosku. *W. K.*

W Kole lekarzy szkolnych przy Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie wygłosił Dr W. Knappe odczyt: **O próchnieniu zębów u młodzieży szkolnej**. Przytoczywszy wyniki badań higienistów szkolnych, dochodzi K. do wniosku, że próchnienie zębów jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą młodzieży szkolnej, gdyż 92% dzieci ma zęby chore. Dotyczy to nietylko naszego kraju: statystyka innych krajów jest również zastraszająca. Wyliczywszy przyczyny, wywołujące próchnienie zębów i objaśniwszy przebieg sprawy, przeszedł prelegent do następstw, jakie pociąga za sobą próchnienie zębów dla ustroju. Zepsuty ząb stanowi wrota wkraczania zakażeń do ustroju: obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi, zapalenie szczęki, ropnie, oto stałe następstwa próchnienia; opisano nawet przypadki śmierci skutkiem zakażenia ogólnego, którego źródłem był ząb spróchniały. Lekarze chorób płucnych na zjeździe w Norymberdze uznali próchnienie zębów za jedną z przyczyn szerzenia się gruźlicy i żądali zakładania bezpłatnych klinik dentystycznych. U nas pod tym względem zrobiono bardzo mało: udziela się porad dentystycznych w Instytucie higieny im. Lenvala, w niektórych, bardzo nielicznych szkołach znajdują się dentyści, którzy jedynie badają zęby uczniów, i na tem koniec. Prelegent żąda obowiązkowego leczenia zębów u młodzieży szkolnej przez stałych dentystów szkolnych, a głównie utworzenia w Warszawie kliniki dentystycznej dla młodzieży szkolnej na wzór kliniki w Strasburgu. Koszt utrzymania takiej kliniki, obsługującej 18000 dzieci, wynosi tam 8500 marek rocznie. W Strasburgu szybko przekonano się, jak wiele zyskuje szkoła na tem, gdy dzieci mają zęby zdrowe: zauważono szybkie wzrastanie sprawności fizycznej i zdolności umysłowych, poprawę ogólnej zdrowotności dziatwy (opuszczeń było mniej, uwaga w klasie większa, powietrze czystsze). Projekt otworzenia podobnej kliniki w Warszawie powierzono do rozpatrzenia lekarzom dentystom.

D-rowie Matylda i Wacław Biehlerowie wygłosili odczyt p. t.: **Słów kilka w sprawie kalendarza szkolnego.** Prelegenci przedstawili w danych liczbowych stan kalendarza szkolnego u nas i za granicą i doszli do wniosku, że liczba dni szkolnych u nas jest znacznie mniejsza: tam wynosi około 263 dni, tutaj zaledwie 198. Wynika to stąd, że mamy za długie ferye i za wiele świąt wśród roku, których niema za granicą. Zważywszy, że rok szkolny dłuższy jest daleko właściwszy, gdyż nauczyciel, mając do rozporządzenia więcej godzin wykładowych, może do minimum ograniczyć ilość lekcyi zadawanych do domu, nie uszczuplając przez to wypoczynku fizycznego i umysłowego dzieci po za szkołą, żądają prelegenci zwiększenia liczby dni szkolnych przez skrócenie feryi letnich i odrzucenie niektórych świąt (np. ostatków). Ażeby zaś nie zwiększać tym sposobem przeciążenia nauczycieli, należy, zwiększając liczbę dni szkolnych, powiększyć personal nauczycielski.

Sprawę feryi omówiono oddzielnie. Przy zakreślaniu ich należy kierować się następującemi zasadami: 1) Odpoczynek im jest dłuższy (jednorazowo), tem bardziej odpowiada potrzebom ustroju dziecka; 2) ferye powinny przypadać na miesiące najgorętsze, jako ujemnie wpływające na rozwój fizyczny i umysłowy dzieci (u nas: w lipcu i sierpniu); 2) nie należy w czasie feryi obciążać młodzieży ciężką pracą fizyczną i umysłową (przykład Galicyi, gdzie uczniowie latem pracują przy robotach ziemnych, jednogłośnie potępiono); lekkie zajęcia przy gospodarstwie domowem nie są przeciwwskazane; 4) w czasie wakacyi polecać należy gorąco pobyt na świeżem powietrzu, uprawianie sportów i gier.

Do zarządu Koła na rok następny obrano: przewodniczącym Dra St. Kopczyńskiego, zastępcą: Dra L. Wernica sekretarzem Dra W. Knappego, skarbnikiem: Dr. Matyldę Biehlerową. *W. K.*

Składka noworoczna na fundusz imienia ś. p. Jordana dla wdów i sierot po lekarzach (c. d.).

Po 2 korony: Dr Reinhold, H. Berger, Harasowski, Natter, Sokal, Ameisen, Fibich, Ostafiński, Kierates, J. Tenner, W. Nowak, Rieser, Udziela, Z. Siegel, L. Liebermann, Gawełkiewicz, F. Landau, Dornfest, Bernfeld, J. Fels, chir. W. Roth, Dr M. Schenker, Mitschka, Nawrat, chir. Mantel, Dr Uranowicz, B. Steinberg, Perlmutter, B. Engländer, Piątkowski, Trammer, Gąsiorek, H. Markiewicz, J. Bielecki, Topolnicki, Praschil, Rubinstein, Zinns, Woszczyński, Prof. Pilz, Dr Urbanik, Wittels, S. Landau, Witoszyński, Mazurkiewicz, Patryn, Zbigniewicz, Dulęba, Hendrychowski, Gracka, Knauer, Mossoczy, Michalski, Stocknopf, Niezabitowski, Bannet, Kramarzyński, Mączka, Steuer, Pluciński, L. Weissmann, Richter, Jarumkiewicz, Gruder, Karabiński, H. Fraenkel, Strycharski, Rokossowski, Kostyal, Baczyński, Landesberg, Lechowicz. Czarnecki, Wehrn, Surzycki, Gorner, J. Siegelbaum, Krongold, Glikman, Szefer, Karaś, Żuliński, Ciepielowski, M. Bukowski, Żukotyński, Sobelsohn, Rager, Jeger, Turteltaub, r. ces. Dr Fr. Janda, Dr H. Ehrlich, T. Gabryszewski, Terlecki, Schöngut, Kurasiewicz, Witkowski, Heftler, Rose, Prebendowski, Bober, Iłowiecki, Ader, J. Langer, J. Blaustein, Wurst, B. Rosenblüth, Żędzianowski, H. Kraus, Garbusiński, Jan Landau, Rosenhauch, Łowczowski, Szurek, Drzymalik, Lach,

Stokłosiński, Koczyrkiewicz, Skibicki, Idziński, Bogdański, Stock, Dłuska, Dłuski, A. Loewy, W. Smolarski.

Z państwowego Związku organizacyi lek. austr. Za przyczynieniem się posłów do parlamentu Dra Michla i Malika zaprosiło prezydyum »Wolnego Związku lekarzy i przyjaciół lekarzy w parlamencie« przewodniczącego państwowego Związku organizacyi lek. dra Grussa na posiedzenie w d. 27 stycznia b. r. w sprawie rządowego projektu ubezpieczenia. Dr Gruss podniósł, że lekarzy niestety nikt się nigdy nie pyta w sprawach nawet dla nich najżywotniejszych. I tak np. do stałej Rady pracy w ministerstwie handlu mimo wielu usilnych prośb i przedstawień dotąd nie powołano żadnego lekarza, chociaż sprawa ubezpieczenia robotniczego opiera się całym ciężarem na barkach lekarzy. A przecież należą tam zastępcy kas chorych w niestosunkowo wielkiej liczbie. Odmowę uzasadniono wobec lekarzy tem, że Rada pracy zajmuje się przeważnie sprawami, nie mającemi żadnego związku ze stanem lekarskim. Tymczasem w Radzie pracy z okazyi ubezpieczenia społecznego zabierają często głos przedstawiciele kas chorych przeciw lekarzom, którym nawet nie dano sposobności, by na miejscu się bronić i prostować błędne informacye, nie mówiąc już o tem, że w sprawie ubezpieczenia mogliby dać i lekarze znawcy niejedną radę, co najmniej tak dobrą, jak prawnicy. Również i w komisyi parlamentarnej, składającej się z 52 członków, której oddano projekt rządowy w sprawie ubezpieczenia społecznego, nie ma ani jednego lekarza. I tu także zabierać będą głos, jak i w Radzie pracy, przeważnie przeciwnicy lekarzy, a oni ani słowem nie będą się mogli bronić. Następnie objaśniał dr. Gruss najważniejsze żądania lekarzy, przyczem zbijał punkt za punktem wszystkie zarzuty, czynione lekarzom. Po ożywionej dyskusyi przyjęto jednomyślnie następujące wnioski: »Wobec tego, że ustawa o ubezpieczeniu społecznem, a szczególniej o kasach chorych, żywo dotyka interesów lekarzy, a dobrego wyniku nie można się spodziewać, jeśli się w lekarzach nie pozyska chętnych i zadowolonych współpracowników, leżałoby nietylko w interesie lekarzy, ale i w interesie ustawy, by w naradach nad tą ustawą wysłuchano i zdania lekarzy. Dlatego parlamentarny wolny Związek lekarzy i ich przyjaciół uchwala: 1) Uprasza się przewodniczącego komisyi parlamentarnej dla ubezpieczenia społecznego, by do narad nad ustawą o ubezpieczeniu społecznem zaprosił przewodniczącego wolnego Związku lekarzy posła Dra Michla z głosem doradczym; 2) aby również prezydenta państw. Związku organizacyi lek. Dra Adolfa Grussa zaprosił na posiedzenie »celem informacyi«. Wysoki zaś Rząd uprasza się o powołanie do stałej Rady pracy w c. k. ministerstwie handlu jednego lekarza, a mianowicie prezydenta Związku państwowego dra Grussa«.

Mamy nadzieję, że życzenia te zostaną spełnione. Sprawa ta, to jeszcze jeden z dowodów ruchliwości i zapobiegliwości Związku państwowego. *Stahr.*

Austryackie ministerstwo handlu uwzględniło życzenie stałej Rady przybocznej w temże ministerstwie i oddało jej do oceny projekt rządowy, tyczący się ubezpieczenia społecznego, mimo, że odmówiło tego przedtem organizacyi lekarskiej, a to pod pozorem, że zgłosiła się już za późno. A teraz, kiedy jeszcze później o to samo prosi Rada pracy, rząd godzi się na to i przedłożenie, oddane bez pierwszego czytania osobnej komisyi parlamentarnej, składającej się z 52 członków i już do tego celu obranej, przedkłada do oceny Radzie pracy. Nierówną więc miarką mierzą w Austryi prośby lekarzy i prośby innych stanów. Mimo woli przypominają się słowa, których użył ku wielkiemu niezadowoleniu panów ministrów, przewodniczący Związku państw. lek. na posłuchaniu w czerwcu z. r.: »Powiadają, że w Austryi osiągnie i największe nie-prawo organizacya, co umie głośno się ruszać, podczas gdy na drodze ustawy i najprostsze prawo osiągnąć jest niemożliwem«. (Wzrost organizacyi lekarzy będzie do zawdzięczenia między innymi i kierownikowi c. k. ministerstwa handlu!) *Stahr.*

Stanowisko Kas chorych wobec lekarzy maluje dosadnie artykuł pisemka »Bielitzer Volkstimme«, zwrócony przeciwko lekarzowi w K., nie będącemu lekarzem Kasy chorych, a wezwanemu w nocy do jej członka. Zarzucając lekarzowi, że pobrał honoraryum »niesłychanie« wysokie, utrzymuje autor artykułu, że Kasy chorych nie są w takich przypadkach obowiązane zwracać chorym honoraryum w tej wysokości, w jakiej je chorzy lekarzowi nie-kasowemu zapłacili, lecz w takiej, jaką się Kasie oznaczyć spodoba, bo pieniądze, zbierane przez Kasy od robotników, powinny wracać do robotników w postaci zasiłków w chorobie i leków, a »nie mogą służyć na wsparcia dla potrzebujących pieniędzy lekarzy« (!). Autor artykułu podaje, że w danym przypadku Kasa zwróciła choremu tylko część honoraryum, zapłaconego przez niego lekarzowi i posuwa się do twierdzenia, że to postąpienie Kasy »samo przez się się rozumie«, dając do poznania, iż winnym szkody, jaką poniósł chory przy tym »zwrocie« od Kasy, jest... lekarz. Dodać należy, że Izba lekarska, do której się lekarz (strawiwszy na wyjazd 4 godziny w nocy) w sprawie tej zwrócił, uznała, iż honoraryum, którem się zadowolnił, było o połowę mniejsze od przyjętej normy. *R.*

Płace i stosunki służbowe lekarzy kolei państwowych austryackich mają być z d. 1. IV. 1909 zreformowane. Koszta służby sanitarnej kolejowej mają wskutek tego,— według komunikatów urzędowych — wzróść o 1,200 000 kor. rocznie. Czy i co zyskają na tej reformie lekarze kolejowi, pokaże się, gdy będą wiadome szczegóły reformy. *R.*

Spór Związku lipskiego z Towarzystwami ubezpieczeń w Niemczech tak się zaostrzył, że Związek wzbronił nadal swym członkom wystawiania jakichkolwiek świadectw lub oddawania jakichkolwiek usług Towarzystwom. Prezydyum Związku uchwaliło nawiązać na nowo sto unki z Towarzystwami ubezpieczeń dopiero wtedy, kiedy Towarzystwa zwrócą się do Związku wprost, bez pośrednictwa osoby trzeciej i spełnią żądania lekarzy. Na to zarządzenie oświadczają zgodę najrozmaitsze Związki, stowarzyszenia lekarskie z różnych stron Niemiec, a nawet związek kraj. lekarzy czesko-niemieckich wezwał swych członków, by nie przyjmowali badań dla niemieckich Towarzystw ubezpieczeń, o ile to tyczy się poddanego niemieckiego. *Stahr.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 7. II. do 13. II. 1909 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Bohorodczany (Mołotków 8, Markowa 13), Buczacz (Krasiejów 3), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 2, Bratkowce 1, Wiszenka 11), Horodenka (Hawrylak 11), Kołomyja (Słobódka polna 9, Chomiakówka 5, Siemakowce 4), Kosów (Riczka 1), Rawa (Magierów 1), Skałat (Orzechowiec 1, Rożyska 1, Hlebów 3), Sokal (Wolica komarowa 1), Stryj (Orawczyk 1), Turka (Jabłonka w. 1, Lipie 1), Zborów (Daniłowce 1), Złoczów (Czyżów 1), Zaleszczyki (Dupliska 1). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. II. do 13. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5, krztuśca 1, płonicy 26 † 2 (w tem obcych 2 † —), duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. II do 13. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 2 † 2), krztuśca 4, płonicy 3 † 1 (1 † 1), odry 11 (3), duru brzusznego 1 (1), gorączki połogowej 2 † 1 (2 † 1), jaglicy 31. *Dr Sch.*

Sprawa statystyki gruźlicy

na XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, poruszona stosownie do uchwały poprzednich Zjazdów przez Delegacyę Zjazdów, uzyskała żywe poparcie T o w a r z y s t w a l e k a r s k i e g o ł ó d z k i e g o. Towarzystwo to rozesłało do wszystkich lekarzy w Łodzi i okolicach wraz z bloczkami statystycznymi pismo następujące:

»Szanowny Kolego! Sekretaryat Delegacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, wypełniając uchwały zjazdowe, zarządził zbieranie statystyki chorych na gruźlicę na całym obszarze ziem polskich. Uznając niezwykły pożytek tego zamierzenia, Towarzystwo lekarskie łódzkie pragnie dopomódz Delegacyi w tej jej pracy, a to przez dostarczenie wszystkim lekarzom Łodzi (i okolic) bloczków statystycznych.

Niniejszem zwracamy się w imieniu Towarzystwa do Szanownego Kolegi z prośbą o wzięcie czynnego udziału w tej wspólnej pracy naukowej ogółu naszych lekarzy, która — jeśli będzie ściśle przez w s z y s t k i c h wykonana — rozwiąże bardzo ciekawe zagadnienie lekarsko-statystyczne. Schemat statystyczny jest prosty i niezmiernie łatwy do wypełnienia, co też daje nam tę nadzieję, że nikt z Szanownych Kolegów — bez względu na specyalność — od notowania swych chorych na gruźlicę (płuc, narządów rodnych, moczowych, trawiennych i t. p.) się nie uchyli. Przy wypełnianiu schematu należy pamiętać o z a s a d z i e n a c z e l n e j, obowiązującej w podobnej pracy naukowej: a) schemat, w którym nie odpowiedziano na wszystkie pytania, nie traci przez to zgoła wartości naukowej; b) schemat zupełnie wypełniony, w którym jednak choćby na jedno pytanie odpowiedź będzie podana na domysł (np. jeśli zapomniano przepytać chorego o daną kwestyę, a schemat jest wypełniany pod jego nieobecność), jest niepożyteczny, a właściwie: szkodliwy. Odpowiedzi pisać można ołówkiem. Nazwiska wszystkich lekarzy, biorących

udział w tej wspólnej pracy naukowej, będą ogłoszone wraz z ogłoszeniem jej wyników.

Polecając gorąco tę sprawę pamięci Sz. Kolegi przez cały czas trwania tej ankiety (15 Luty 1909 — 15 Luty 1910), łączymy wyrazy poważania.

Sekretarz: *E. Sonnenberg.* Prezes: *Ks. Jasiński.*«

Należy mieć nadzieję, że i inne nasze towarzystwa lekarskie poprą usiłowania, zmierzające do wykonania uchwał ostatnich Zjazdów lekarskich polskich w sprawie statystyki gruźlicy.

Drugi Zjazd balneologiczny polski

odbędzie się w Krakowie dnia 23 i 24 kwietnia (piątek, sobota) 1909. Zjazd będzie miał charakter częścią naukowy, częścią przemysłowy. Wydział Polskiego Towarzystwa balneologicznego w Krakowie, jako komitet gospodarczy Zjazdu, prosi o łaskawe wzięcie udziału w Zjeździe. Mający zamiar uczestniczyć w Zjeździe, raczą zgłosić pisemnie (kartą korespondencyjną) do sekretarza Towarzystwa, Dra Zanietowskiego (Kraków, Batorego 1), swój udział, oraz ewentualny tytuł odczytu. (Udział w zjeździe wynosi 10 koron, które nadesłać należy pod wskazanym powyżej adresem).

Towarzystwo balneologiczne ma zamiar wnieść po Zjeździe memoryał do władz w sprawie ulepszeń i potrzeb w zdrojowiskach. Komitet Zjazdu zwraca się więc z uprzejmą prośbą o nadesłanie najpóźniej do dnia 10 marca na ręce sekretarza Towarzystwa wskazówek i informacyi do zbiorowego referatu, który będzie podkładem dla uchwalić się mającego na Zjeździe memoryału. Informacye te dotyczyć powinny między innemi następujących spraw: 1. Komunikacye: *a*) koleje (ruch osobowy i towarowy); *b*) drogi do zdrojowisk i w zdrojowiskach. 2. Poczty, telegrafy, telefony. 3. Statuty zdrojowe, regulaminy wynajmu mieszkań, taksy zdrojowe. 4. Policya zdrojowa. 5. Domokrążstwo i żebractwo. 6. Sprawy podatkowe. 7. Pożyczki inwestycyjne. 8. Kontrola sanitarna zdrojowisk. 9. Domy izolacyjne dla zakaźnych. 10. Uregulowanie dostawy artykułów żywności i kontrola. 11. Lekarze zdrojowi wobec ustawy o ubezpieczeniu oficyalistów prywatnych.

Ograniczamy się do podania najważniejszych kilkunastu punktów. Nie wyłączone jest jednak, by w informacyach nie podniesiono innych spraw, mogących mieć doniosłe znaczenie, czy to dla poszczególnych zdrojowisk i uzdrowisk, czy ogólne.

Wydział Towarzystwa spodziewa się, że w dobrze zrozumianym interesie podniesienia zdrojowego przemysłu polskiego, otrzyma pożądane informacye i wskazówki, o które niniejszem prosi.

Wydział polskiego Towarzystwa balneologicznego.

Prezes: *Jan hr. Potocki.* Skarbnik: *Dr T. Piotrowski.*
Wiceprezes: *Dr M. Cercha.* Sekretarz: *Dr Zanietowski.*
Dr J. Aronsohn, Dr Flis, Dr Pelczar, Dr Regiec, Dr Wąsowicz.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków (Deutsche mediz. Wochenschrift), Dr Stanisław Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.). Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Wiedeń XVII/2, Zwerngasse 18 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Łódź, Spacerowa 27 (Monatschrift für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Wiekopomne dzieło Śniadeckiego: »Teorya jestestw organicznych« w ostatniem wydaniu, dokonanem staraniem kolegów Wielkopolan, z przedmową A. Wrzoska, nabywać można po bardzo nizkiej cenie, 2·50 kor. za egzemplarz [prócz kosztów przesyłki], w Administracyi naszego pisma (Kraków, Dunajewskiego 2).

Do polskiego komitetu dla XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie wybrał Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu Dr Tadeusza Dembińskiego, P. Gantkowskiego i St. Łazarewicza, a Towarzystwo lekarskie warszawskie Dr Józefa Jaworskiego, L. Lublinera i Prof. L. Kryńskiego. Ze Lwowa nie otrzymał dotychczas wydział komitetu w tej sprawie wiadomości.

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył 11. II. 1909 posiedzenie, na którem 1) wspólnie z delegatem Związku kraj. lekarzy zajmowano się sprawą wypowiedzenia Drowi S. posady przez Kasę chorych dla uczniów krawieckich. Uchwalono ogłosić ostrzeżenie. 2) W sprawie Dra B. z R., który przy rozprawie został obrażony przez adwokata strony przeciwnej, uchwalono zwrócić się do Izby adwokackiej. 3) W sprawie Dra D. z K., któremu dziennik »Bielitzer Volksstimme« robi ciężkie zarzuty co do wysokości honoraryum, pobranego od członka Kasy chorych, uchwalono odpowiedzieć Drowi D., że honoraryum obliczył bardzo nizko i upoważnić go do podania tej uchwały Izby do wiadomości Zarządu danej Kasy. Na artykuł poradzono mu nie odpowiadać. 4) Izba lek. styryjska przesyła uchwałę swego Wydziału, jako Rady honorowej, potępiającą dawanie prowizyi przez lekarzy akuszerkom, portyerom i t. d. Wydział Izby uchwalił solidarnie z tą uchwałą ogłosić enuncyacyę w tej sprawie w pismach lekarskich. 5) Następnie załatwiono szereg spraw drobnych.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lek. krakowskiego w d. 17. II. 1909 odbyły się wykłady Prof. E. Godlewskiego (jun.) »O prawach dziedziczności« i Dra Janiszewskiego: »O domach izolacyjnych«. Prelegentom podziękowano oklaskami.

— Organizacya lekarzy krakowskich wybrała na zebraniu konstytuującem w d. 15. II. 1909 następujący Zarząd: Dr Akerman (prezes), Dr Sokołowski (wiceprezes), Dr Klęsk (skarbnik), Dr Witaliński (sekretarz). Do komisyi kontrolującej zostali wybrani: Dr Schoengut i Prof. Lewkowicz; do komisyi umów: Dr Landau Jan, Doc. Latkowski i Dr Sokołowski; delegatami na Walne Zgromadzenie Związku krajowego Prof. Dobrowolski i Dr Piotrowski, a delegatami do Związku obwodowego: Dr Flis, Jaugustyn, Klęsk, Smolarski i Sokołowski.

— Na fundusz wdów i sierot po lekarzach w krajowym Związku lekarzy złożyli: Dr W. Kędzior 6 K., ks. K. za pośrednictwem jednego z kolegów 20 K. Wydział Związku składa ofiarodawcom podziękowanie.

Sekretarz: *Weinsberg.* Prezes: *Wicherkiewicz.*

— Dyplom doktorski uzyskali p. Piotr Antoni Odrowąż Wysocki, rodem z Krościenka, i p. Feliks Blay, rodem z Kalisza.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-gal. zajmował się na posiedzeniu w d. 20. I. 1909 sprawą artykułu »Głosu Na-

rodu«, skierowanego przeciw prezydyum Izby zach.-gal.; uznał za odpowiednie warunki, postawione przez lekarzy w Kamionce tamtejszej Kasie chorych co do leczenia robotników przy budującej się kolei żelaznej; wydał opinię co do zamianowania 2 lekarzy znawcami sądowymi; zatwierdził taryfy lekarskie dla Buczacza i Janowa; uznał honoraryum Dra R. w T. za niewygórowane; oświadczył się za otwarciem czwartej apteki w Tarnopolu; uchwalił udzielić informacyi byłemu lekarzowi okręgowemu Drowi K. w R., że pozostaje mu tylko podanie do Sejmu lub Wydziału kraj. o udzielenie odprawy w drodze łaski; wreszcie jako Rada honorowa zajmował się 2 sprawami.

— Prof. Dr Panek otworzył prywatną pracownię chemiczno-lekarską i higieniczno-bakteryologiczną.

— Sekcya stryjska Towarzystwa lek. gal. odbyła 17. II. 1909 posiedzenie, na którem odbyły się wykłady Prof. Kucery i Dra Sołtysika.

Warszawa. Towarzystwo higieniczne zamyśla o budowie własnego »Instytutu higieny publicznej«. Zapis ś. p. Ludwika Górskiego ma być użyty przez Towarzystwo na tworzenie kąpieli ludowych na prowincyi przy szkołach i ochronkach i na zasiłek na utworzenie takich kąpieli na Jasnej Górze.

— Towarzystwo opieki nad umysłowo chorymi izraelitami, powstałe z inicyatywy Dra Wizla, a działające od lat 3, utrzymywało w r. z. w schronisku w Otwocku 29 chorych. Na budowę schroniska wydano dotąd 54,963 rb. Prezesem Towarzystwa jest Dr Goldflam, sekretarzem Dr Wizel.

— O przepełnieniu szpitali w Królestwie dają wyobrażenie stosunki w Piotrkowie (35,000 mieszkańców), gdzie w obu szpitalach miejskich na 60 etatowych łóżkach znajduje się 140 chorych!

— W Biłgoraju powstaje nowy szpitalik. Fundusz szpitala wynosi na razie 8000 rb.

— Pozwolenie na otwarcie zakładu dla głuchoniemych w Lublinie otrzymał p. A. Jeżewski; otwarcie zakładu zależy od tego, czy znajdzie się instytucya lub osoba, któraby zamiary p. Jeżewskiego poparła. Dotychczas istnieje w Królestwie tylko jedyny zakład w Warszawie (około 200 miejsc), głuchoniemych jest zaś w Królestwie 13,000, z tego około 1200 w wieku szkolnym.

Łódź. Zarząd miasta zawarł umowę z inżynierem Lindleyem o budowę kanalizacyi i wodociągów, która ma się rozpocząć z wiosną roku przyszłego.

— Towarzystwo lekarskie łódzkie zajęło się zorganizowaniem statystyki gruźlicy w Łodzi i jej okolicach na XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, którą to sprawę poruszyła stosownie do uchwały poprzednich Zjazdów stała Delegacya Zjazdów (ob. wyżej).

Z różnych stron. Drugi międzynarodowy Zjazd w sprawie nieszczęśliwych wypadków odbędzie się w Rzymie 23. maja b. r. pod honorowem przewodnictwem Prof. Baceliego i Durantego. Prezesem Zjazdu jest profesor medycyny sądowej Dr Ottolenghi. Na wezwanie głównego komitetu Zjazdu utworzył się komitet austryacki z 18 członków, którego prezesem jest Prof. Eiselsberg, sekretarzem Doc. Dr A. Bum (Wien, I., Deutschmeisterplatz, 2). Z Galicyi należy do komitetu Prof. Kader. Tematami rozpraw będą: 1. Organizacya lekarska w przypadkach nieszczęśliwych. 2. Organizacya służby sądowo-lekarskiej i zasady orzeczeń. 3. Stwierdzenie i rokowanie nerwic urazowych. 4. Ocena zdolności do pracy przed wypadkiem i po wypadku. 5. Wpływ rodzaju odszkodowania na przebieg nerwic urazowych. 6. Statystyka lekarska i prawodawstwo. 7. Czynnościowe dopasowanie uszkodzonych kończyn. 8. Choroby serca, a urazy. 9. Udawanie. 10. W jakich zakładach najlepiej leczy się uszkodzonych wskutek wypadków. — Linie kolejowe i okrętowe włoskie udzielają uczestnikom Zjazdu znacznych zniżek. Udział w Zjeździe wynosi 20 franków, a uczestnicy otrzymują bezpłatnie sprawozdanie Zjazdu.

Mianowani: Prof. R. Pfeiffer z Królewca profesorem higieny we Wrocławiu; okulista Doc. Eperon w Lozannie profesorem nadzw.

Zmarli: Dr Stanisław Trepiński, zasłużony działacz na polu narodowo-społecznem na Kaszubach, gdzie osiadł przed 15 laty, w Sobotach.

Sprostowanie. W Nrze 7. str. 106. szpalta prawa, wiersz 13 od dołu zamiast »zabezpieczeniami, zabezpieczenia« ma być: »zaburzeniami, zaburzenia«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 24. lutego 1909 o godz. 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Wykład Prof. Bochenka: »O gruczołach przytarczycznych; rozwój, anatomia i fizyologia«.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **w piątek dnia 26. lutego 1909** o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kolega Dr Fechter. 2) O działaniu środków leczniczych w Iwoniczu, kol. Dr Turzański. 3) Wnioski członków.

O liczne zebranie się Szanownych członków uprasza Biuro sekcyi jarosławskiej.

Sekretarz: *Dr Feldman.* Przewodniczący: *Dr Czyżewicz.*

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit, przetwór odżywczy, wyrób fabr. chem. Dra Horowitza, poleca świeżo Dr S. Loebl, z Wiednia (Med. Blätter, 1908 Nr 40). Doświadczenia nad przemianą materyi dokonane przez Prof. Nevinnyego w Charité w Berlinie (Dyr. Prof. v. Leyden) w Berlinie wypadły korzystnie. Visvit jestto proszek szaro-żółty, bezwonny, o miłym smaku. L. poddał visvit ponownej próbie wpływania na przemianę materyi, kierując się przytem zasadami nowemi, w myśl Noordena i szkoły jego. Noorden wymaga dla Europejczyków, w porównaniu ze szczepami azyatyckimi, większej ilości białka w potrawach, co jest już wynikiem przyzwyczajenia. To też 80,14% białka, z tego 1,85% białka hemoglobinowego, jak je zawiera visvit, uważać należy za czynnik bardzo korzystny. Nadto podnieść należy zawartość hemoglobiny i fosforu lecytynowego, znanych jako ważne źródło energii dla ustroju. Wskazania: osłabienia wszelkiego pochodzenia, niedokrwistość, błednica, neurastenia, a szczególnie krzywica. Dla braku istot wyciągowych można visvit podawać także chorym na dnę, cukrzycę i nerki, w dawkach dowolnych.

Ze znacznej liczby leczonych osób przytacza L. w sposób wyczerpujący pouczających 6 przypadków, spostrzeganych przez rok. L. uważa visvit za dobry środek zarówno tam, gdzie chodzi o wzmocnienie ozdrowieńców, jakoteż szczególnie dla celów tuczenia. Własność pobudzenia apetytu zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie. *Hr. W.*

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222
SÓL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg. | ŁÓG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Rok LXVIII. Kraków, dnia 27. lutego 1909. Nr 9

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza w Krakowie. — Prymaryusz Dr A. Krokiewicz.

Zastosowanie lecznicze adrenaliny w przebiegu zmiękniania kości (*osteomalacia*).

Napisał

Dr Bernard Engländer.

Jakkolwiek w naszym kraju z powodu niepomyślnych stosunków zdrowotnych i ekonomicznych dość często spotkać się można z przypadkami zmiękniania kości u kobiet, to przecież za szczególny zbieg okoliczności uważać należy, jeśli ma się sposobność w przeciągu stosunkowo krótkiego czasu, bo w kilku miesiącach, leczyć aż sześć przypadków tego ciężkiego schorzenia. Korzystne wyniki lecznicze po zastosowaniu wstrzykiwań podskórnych adrenaliny u kobiet, dotkniętych zmiękniem kości, ogłoszone w ostatnich czasach przez Bossiego [1], zwróciły uwagę szerszego świata lekarskiego, jak o tem świadczą pojedyncze spostrzeżenia kliniczne, ogłoszone w tej sprawie przez różnych innych autorów. To też wobec niezbyt zadowalniających wyników dotychczasowego sposobu leczenia postanowiłem przy nadarzonej sposobności wypróbować nową metodę, bardzo polecaną przez tak poważnego badacza, jak Bossi, i spostrzeżenia moje podać do szerszej wiadomości. Do doświadczeń używałem rozczynu adrenaliny (1‰) firmy londyńskiej Parke et Davis. Wstrzykiwania wykonywałem w tkankę podskórną powłok brzusznych raz dziennie, zawsze w godzinach przedpołudniowych, przestrzegając ściśle zasad aseptyki. W początku leczenia stosowałem jedno- lub kilkudniowe przerwy po każdem wstrzyknięciu, później atoli bez wyjątku, ponieważ chore lek ten dobrze znosiły, wykonywałem wstrzykiwania codziennie. Również codziennie kontrolowałem u chorych ciepłotę ciała i tętno, jako też mierzyłem bardzo często parcie krwi zapomocą przyrządu Riva-Rocci przed i wkrótce (15—30 minut) po wstrzyknięciu adrenaliny. Nie znając dawki trującej adrenaliny i nie mając pewności, czy chore lek ten dobrze będą znosiły, postanowiłem zrazu podobnie, jak to uczynił Bossi, nie przekraczać dawki $^1/_2$ cm³; później stopniowo dawkę zwiększałem, dochodząc najwyżej do 1 cm³. Wstrzykiwania podskórne są nieco bolesne; nigdy nie zauważyłem jakiegokolwiek odczynu w miejscu wstrzyknięcia.

Przypadki nasze przedstawiają się pokrótce według zapisków, prowadzonych na oddziale chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, następująco:

I. Teresa K. l. 36, wyrobnica, przyjęta na oddział 16/XI 1907. Przebyła 6 porodów, ostatni (kleszczowy) w czerwcu 1907. Podczas ostatniej ciąży już doznawała uczucia ciężkości w nogach; bole w nogach i biodrach przy chodzeniu i siadaniu ma dopiero od dwóch miesięcy. Peryod zawsze prawidłowy. Dziedziczności wykazać nie można. Mieszkanie ma suche, nie pracuje ciężko. Badanie narządów wewnętrznych zmian ważniejszych nie wykrywa. Miednica typowa zmiękczała (dziób łonowy). Wejście do pochwy bardzo wązkie, dwóch palców poprzecznie wprowadzić nie można. Macica i przydatki prawidłowe. Przed rozpoczęciem wstrzykiwań tętno regularne około 72 uderzeń na minutę; Riva-Rocci 110—112 mm. Chora otrzymała 9 wstrzyknięć po $^1/_2$ cm³ rozczynu adrenaliny 1‰ (Takamine Parke et Davis), co odpowiada ogólnej ilości 0,0045 adrenaliny.

16/XI. W godzinę po pierwszem wstrzyknięciu: drżenie całego ciała, zawrót głowy, chora ma uczucie przez kilka godzin, jakby była pijana.

17/XI. W godzinę po drugiem wstrzyknięciu: zaczerwienienie twarzy i uczucie gorąca w twarzy, tętno szybsze 90, bicie serca. Pod wieczór suchość w ustach.

18/XI. W $^1/_2$ godziny po trzeciem wstrzyknięciu: rozszerzenie źrenicy lewej; oddziaływanie źrenic na światło i akomodacyę prawidłowe; nadto poty i objawy, jak dnia poprzedniego. Tętno 75, regularne, dobrze napięte. Z powodu utrzymującego się rozszerzenia źrenicy lewej zaniechano wstrzykiwań przez następne 4 dni, poczem jednak wobec dobrego zresztą stanu zdrowia chorej powrócono do nich.

23/XI. Po czwartem wstrzyknięciu: rozszerzenie źrenicy lewej wzmaga się; przerwa 3-dniowa.

27/XI. Po piątem wstrzyknięciu: przyspieszenie tętna, 87, zaczerwienienie twarzy, drżenie całego ciała, trwające około $^1/_2$ godziny, poty. Badanie oczu w klinice okulistycznej Uniw. Jagiell. stwierdziło prócz rozszerzenia źrenicy lewej dno oczu prawidłowe i dobre oddziaływanie źrenic.

28/XI. Po szóstem wstrzyknięciu: zaczerwienienie twarzy, bicie serca, tętno szybsze 90, poty.

1/XII. Przerwano na stałe metodę Bossiego i w dalszym ciągu stosowano leczenie fosforem. Przez czas leczenia adrenaliną bole się nie zmniejszały, ilość tętna wahała się między 58—90 uderzeń na minutę, a parcie krwi (Riva-Rocci) od 110—114 mm; ciepłota zawsze prawidłowa. Pod wpływem leczenia fosforem rozszerzenie źrenicy lewej wprawdzie się zmniejszyło, jednakże nie ustąpiło zupełnie. Chora opuściła szpital na własne żądanie z nieznaczną poprawą w dniu 29/I 1908 r. po 76 dniach leczenia szpitalnego (po 35 dniach leczenia adrenaliną, a po 41 dniach leczenia fosforem).

II. Marya R., l. 37, wyrobnica, przyjęta 20 lutego 1908 r. Dwa razy rodziła; ostatni raz w jesieni 1907 r. Od tego czasu ma się gorzej, doznaje bolów w połowie ciała i w nogach. Chodzi tylko o kiju, skulona i prowadzona pod ręce. Chora podaje, iż »zmalała«. Na szyi wól. Nad koniuszkiem serca tony nieczyste. Tętno regularne 72. Parcie krwi, oznaczone przyrządem Riva-Rocci, waha się od 109—113,5 mm. Miednica zmiękczała. Dziób łonowy wyraźny. Wejście do pochwy bardzo wązkie, dwu palców wprowadzić nie można. Okolica panewek płaska. Linia bezimienna w całości da się łatwo obejść. Kość krzyżowa zagięta w kształcie dzioba ku przodowi. Wymiary miednicy: *dist. spin.*

24, *crist.* 27, *troch.* 28,5. *conj. ext.* 20 cm. Macica w tyłopochyleniu, ruchoma. W przydatkach zmian niema. Źrenica prawa nieco szersza, oddziaływanie na światło i akomodacyę prawidłowe. W moczu mała ilość białka (0,02%), zresztą mocz prawidłowy (c. k. Zakład chemii lek.). Badanie narządów wewnętrznych zmian ważniejszych nie wykrywa.

Chora otrzymała 70 wstrzykiwań (60 cm³ rozczynu 1‰ adrenaliny = 0,06 adrenaliny).

Po wstrzykiwaniach uczucie gorąca w całem ciele, szum i zawrót głowy, bladość twarzy przez kilka godzin. Po piątem wstrzyknięciu (1/2 cm³) tętno na krótki czas nieregularne, a parcie krwi podskoczyło do 118 mm (przed wstrzyknięciem 112 mm). Zresztą tętno było zawsze regularne, a parcie krwi ulegało nieznacznemu tylko podwyższeniu. Chora otrzymała 18 wstrzyknięć po 1/2 cm³, 4 po 3/4 cm³, a 48 po 1 cm³. Mimo że wstrzykiwania dobrze znosiła, to przecież bole w kościach dalej się utrzymywały, jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że nasilenie ich się zmniejszyło i chora cokolwiek lepiej chodziła. Po ostatniem wstrzyknięciu, t. j. po ukończeniu leczenia, chora długo na nogach utrzymać się nie może z powodu bolów w bokach i krzyżach. Po 17-tem wstrzyknięciu ilość białka w moczu nieco się zmniejszyła (0·01%), ale natomiast wystąpiły ślady cukru (0·9%); przy dalszych badaniach białko i cukier zupełnie ustąpiły, a mocz okazywał prawidłowe własności. Przez cały czas leczenia ciepłota ciała nie podniesiona. Chora wyszła ze szpitala z nieznaczną poprawą dnia 1/VI 1908 r. po 101 dniach leczenia.

III. Marya S., l. 45, wyrobnica, przyjęta 30/IV 1908 roku. Rodziła 8 razy siłami natury. Chora od kilku miesięcy; bole w nogach, krzyżach i bokach. Chodzi tylko przy pomocy laski. Podaje, że zmalała. Dziedziczności wykazać nie można. Miednica zmiękczała, wyraźny dziób łonowy. Wejście do pochwy wązkie, dwu palców w poprzek wprowadzić nie można. Do wzgórka miednicznego dojście łatwe. Zresztą miednica od wewnątrz prawidłowa, niebolesna. Wymiary miednicy: *dist. spin.* 25, *crist.* 28, *troch.* 28,5, *ext.* 18 cm. W narządach wewnętrznych płciowych zmian niema. W moczu brak składników nieprawidłowych. Źrenice miernie rozszerzone, równe, oddziaływają dobrze na światło i akomodacyę. Narządy wewnętrzne zmian nie okazują. Chora otrzymała 40 wstrzyknięć, razem 39 cm³ = 0,039 adrenaliny. Objawy towarzyszące: uczucie ciepła w całem ciele, drżenie rąk, stan bezgorączkowy.

Przed rozpoczęciem wstrzyknięć tętno drobne, regularne, około 90, Riva-Rocci 111,5—114,5 mm.

Kilkakrotne badanie moczu (c. k. Zakład chemii lek.) wśród leczenia stwierdziło brak białka i cukru.

Chora opuszcza szpital dnia 25/VI 1909 po 56 d. leczenia z nieznaczną poprawą, przyczem bole jeszcze się utrzymują.

IV. Marya D., l. 46, wyrobnica, przyjęta 4/V. 1908 roku. Rodziła 8 razy. Choroba rozpoczęła się już po trzecim porodzie bolami w krzyżach, kościach i nogach. Podaje, że zmalała. Nie może chodzić, ani wogóle się ruszyć z powodu bolów. Miednica zmiękczała, dziób łonowy wyraźny. Wejście do pochwy bardzo wązkie, dwu palców na poprzek wprowadzić nie można. Do wzgórka miednicznego dochodzi się łatwo. Kość krzyżowa zagięta silnie ku przodowi. Okolica panewki lewej wpuklona ku wewnątrz. Wymiary miednicy: *dist. spin.* 27, *crist.* 29, *trochant.* 30, *ext.* 19, źrenice bardzo wązkie, równe, dobrze oddziaływają. Mocz prawidłowy. Narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno regularne, około 90. Riva-Rocci 110—111 mm.

Chora otrzymała 40 wstrzyknięć (razem 35,75 cm³ rozczynu adrenaliny = 0,03575 adrenaliny).

Objawy towarzyszące: Uczucie ciepła w całem ciele, przyspieszenie i pogłębienie oddechów, przyspieszenie tętna do 105, parcie (Riva-Rocci) 112—114,5 mm. Rozszerzenie nieznaczne źrenic, ogólne osłabienie, drżenie całego ciała, ból głowy. Podczas leczenia mocz bez zmian, stan bezgorączkowy.

Opuszcza szpital dnia 25/VI. 1908 r. po 52 dniach leczenia; bole dalej się utrzymują, jednakże o mniejszem nasileniu.

V. Jadwiga K., l. 31, żona wyrobnika, przyjęta 26/V 1908, chora od 4 lat; bole w krzyżach, nogach i utrudnienie chodu. Dwa razy rodziła. Podaje, że zmalała. Dziedziczności brak. Źrenice szerokie, bardzo leniwo oddziaływają na światło i akomodacyę. Klatka piersiowa spoczywa dolną krawędzią na talerzach biodrowych. Miednica zmiękczała. Wyraźny dziób łonowy. Wejście do pochwy bardzo wązkie, zaledwie jeden palec wprowadzić można. Zagięcie kości krzyżowej ku wewnątrz znaczne. Wzgórek mieddniczny łatwo wybadalny. Peryod regularny. W moczu brak białka i cukru. Przed rozpoczęciem wstrzykiwań tętno regularne około 90. Parcie (Riva-Rocci) 110,5—115,5 mm. Po wstrzykiwaniach Riva-Rocci 111—115 mm, tętno nieznacznie przyspieszone, stan bezgorączkowy. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Chora otrzymała w całości 38 cm³ = 0,038 adrenaliny.

Wychodzi ze szpitala 17/VII 1908, z nieznaczną poprawą po 53 dniach leczenia; przy chodzeniu jeszcze bole i drżenie całego ciała.

VI. Katarzyna K., l. 33, żona wyrobnika, przyjęta 30/V 1908. Chora od 4 lat. Po ostatnim porodzie przed dwoma laty stan gorszy, bole w nogach, krzyżach i utrudnienie chodu. Podaje, że zmalała. Dziedziczności brak. Przy chodzeniu i przy każdym ruchu występuje trzęsienie się całego ciała. Miednica zmiękczała. Dziób łonowy. Kość krzyżowa silnie zagięta ku wewnątrz. Wejście do pochwy nadzwyczaj wązkie wskutek zagięcia się kości łonowych, występujących ku wnętrzu. Z powodu więc niemożności wprowadzenia palca głębiej nie można ani miednicy, ani też części rodnych wewnętrznych zbadać. Spółkowanie niemożliwe. Wymiary miednicy: *dist. spin.* 23, *crist.* 26, *troch.* 24, *ext.* 18. Mocz prawidłowy. Przed wstrzykiwaniami tętno regularne około 90, Riva-Rocci 110—111,5 mm. Narządy wewnętrzne bez zmian. Po wstrzykiwaniach parcie krwi nieznacznie zwiększone, waha się między 112—115 mm, tętno regularne, nie przyspieszone, stan bezgorączkowy. Otrzymała 40 wstrzyknięć, t. j. w całości 38,5 cm³ = 0,0385 adrenaliny.

Objawy towarzyszące: drżenie całego ciała, uczucie gorąca, zawroty głowy, ogólne osłabienie. Opuszcza szpital 20/VII 1908 r. z nieznaczną poprawą po 52 dniach leczenia. Bole, aczkolwiek mniejsze, dalej się utrzymują; chód bardzo utrudniony, kaczkowaty.

Z przytoczonych historyi chorób wynika, że działanie adrenaliny na ustrój było doraźne, gdyż wkrótce po wstrzyknięciu jej występowały dość groźne objawy, jak: przyspieszenie tętna, bicie serca, tętno nieregularne, poty, drżenie całego ciała, zaczerwienienie lub bladość twarzy, uczucie gorąca w całem ciele, ogólne osłabienie, zawroty, ból i szum głowy, przyspieszenie i pogłębienie oddechów, a niekiedy rozszerzenie jednej lub obu źrenic, dłuższy czas się utrzymujące nawet przy zastosowaniu kilkudniowej przerwy we wstrzykiwaniach. U jednej chorej zauważyłem w moczu po wstrzykiwaniach adrenaliny powolne zmniejszenie się ilości białka, a nawet zupełne jego ustąpienie, natomiast pojawienie się na krótki czas cukru (do 0,9%). Wszystkie te objawy występowały zawsze z początku leczenia z większem nasileniem, później coraz słabiej, co przemawia za przystosowywaniem się powolnem ustroju do adrenaliny, najprawdopodobniej wskutek wytwarzających się w ustroju zwolna ciał ochronnych, niszczących jej działanie. To ujemne działanie adrenaliny zauważyć mogłem już po wstrzyknięciu dawki 1/2 cm³. Również i inni autorowie, jak v. Velits (2), Neu (3) i Puppel (4), wyraźnie zaznaczają ujemne działanie wyciągów nadnercza na ustrój, a szczególnie na serce, przytaczając szereg odpowiednich objawów, wobec czego dziwnem mi się wydaje, że Bossi o nich nie wspomina. Z naszych spostrzeżeń na szczególniejszą uwagę zasługuje wystąpienie rozszerzenia źrenic (u dwu chorych), które dłuższy czas się utrzymywało, jak również przyspieszenie i pogłębienie oddechów. Czy przyczynę tych zjawisk odnieść należy do zadziałania adrenaliny na nerw współczulny, względnie błędny, nie mam zamiaru rozstrzygać; w każdym razie świadczą one o tem niezbicie, że dostanie się do ustroju adrenaliny nawet w małej ilości (1/2 cm³) nie jest obojętne i że po zastosowaniu jej podskórnem chora powinna zostawać pod ścisłym dozorem lekarskim.

Nie można się zgodzić na twierdzenie Reinhardta (5), który przypisuje wystąpienie objawów groźnych dostaniu się do ustroju rozłożonej adrenaliny, szybko ulegającej zepsuciu po odkorkowaniu flaszeczki. W naszych przypadkach o rozkładaniu się adrenaliny mowy być nie może, jeśli się

zważy, że rozczyny były zawsze świeże i że równocześnie mieliśmy kilka chorych (3—4) w leczeniu, które dostawały po 1 cm^3 podskórnie, tak że flaszeczka, zawierająca 10 cm^3 rozczynu, wystarczała zaledwie na dwa dni (pewna część przy nabieraniu do strzykawki szła na marne). To też możemy śmiało utrzymywać, że świeże rozczyny adrenaliny wywołują w ustroju ludzkim napewno poważne zaburzenia.

U naszych chorych mierzono ciepłotę ciała kilka razy dziennie i nigdy nie zauważyłem podniesienia się jej mimo wykonania tylu doświadczeń. Podają to i inni autorowie, oprócz jednego Velitsa, który opisuje gorączkę 39,5° C. u swej chorej po wstrzyknięciu rozczynu wyciągu z nadnercza.

Nie możemy na podstawie naszych spostrzeżeń utrzymywać, aby parcie krwi po wstrzyknięciu adrenaliny wybitniej się zwiększało; przyrządem Riva-Rocci, stosowanym w każdym przypadku wielokrotnie przed i krótki czas po wstrzyknięciu adrenaliny, stwierdzałem nieznaczne tylko wahania, wynoszące zaledwie kilka milimetrów słupa rtęci, a tylko w jednym przypadku (nr 2) raz różnica ta doszła do 6 mm.

Bossi, Tanturri (6) i Puppel (przypadek 1-szy) już po zastosowaniu kilku, względnie kilkunastu wstrzykiwań podskórnych adrenaliny zauważyli dodatni wynik leczniczy, a mianowicie zupełny brak bolów podczas spoczynku i przy ruchach; Reinhardt po kilku wstrzyknięciach zauważył polepszenie, a dopiero po 45 zupełne wyleczenie. Również Kaessmann (7) opisuje przypadek, w którym chora po 7 wstrzyknięciach adrenaliny po $^1/_2$ cm^3 powróciła zdrowa do domu; jednakże wkrótce (po 9 dniach) zgłosiła się z nawrotem choroby, a ponowne wstrzykiwania adrenaliny nie dały u niej korzystnego wyniku. W przypadku tym, według Engelmanna (8), nastąpiło wyleczenie dopiero po wytrzebieniu jajników. Natomiast inni autorowie jak v. Velits, Neu i Puppel (przypadek 2-gi) odmawiają leczeniu wstrzykiwaniami adrenaliny skuteczności. Według naszych spostrzeżeń chore stopniowo przyzwyczajały się do tego leku, tak dalece, że mogliśmy ze względu na brak wybitniejszego polepszenia dłużej go stosować. (I tak u 4 chorych wykonaliśmy po 40 wstrzyknięć, u jednej nawet 70). Wyleczenia zupełnego nie zauważyliśmy jednak w żadnym przypadku, jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że do pewnego stopnia poprawa (t. j. zmniejszenie się bolów) następowała. Czy jednakże okoliczność tę odnieść należy do działania adrenaliny, czy też może do lepszych warunków bytu w szpitalu, jak — zupełnego spokoju, wstrzymania się od ciężkiej pracy domowej, lepszego pożywienia i t. d. — nie da się rozstrzygnąć, zwłaszcza, że leczone kobiety pochodziły głównie z biednego stanu wyrobniczego; w każdym razie bardzo jest prawdopodobnem, że spokój, leżenie w łóżku i korzystniejsze warunki bytu odgrywały tu niepoślednią rolę.

Prawie wszystkie chore nasze do wstrzykiwań adrenaliny się przyzwyczajały i znosiły lek ten później dobrze. U jednej tylko chorej (nr 1) wystąpiły po 9-tem wstrzyknięciu (po $^1/_2$ cm^3 adrenaliny) tak groźne objawy, że zmuszeni byliśmy odstąpić od tego sposobu leczenia. Podaliśmy jej naówczas fosfor (0,01 : 100,0 *olei jecor. asel.*, dwie łyżeczki dziennie), poczem dopiero stan jej po 41 dniach leczenia dość znacznej uległ poprawie. Tożsamo stan dwóch innych chorych, którym w międzyczasie dla kontroli podawałem wewnętrznie fosfor, uległ po 39 dniach leczenia znacznej poprawie. Jeśli zważymy, że dotychczasowy sposób leczenia fosforem u chorych, dotkniętych zmięknieniem kości, daje jeśli nie lepsze, to już co najmniej takie same wyniki, jak leczenie wstrzykiwaniami podskórnemi adrenaliny, a przytem leczenie fosforem jest niebolesne, trwa krócej i nie wymaga tak ścisłego dozoru lekarskiego, a ze strony ustroju chorej tak nadmiernego wysiłku, jak wstrzykiwania wyciągu nadnercza, to łatwo zrozumieć, że nie możemy być tak gorącymi zwolennikami tej nowej metody leczniczej, jak tego pragnie Bossi. Neu przypuszcza, że wyciąg nadnercza leczy zmięknienie kości jedynie u kobiet ciężarnych, względnie w połogu będących; jednakże przypuszczenie to, jak ogłoszone przypadki Puppela (przyp. 2) i Kaessmanna wykazują, jest mylne, podobnie, jak mylnem byłoby twierdzenie, że u kobiet, nie będących w ciąży lub w połogu, wyniki leczenia adrenaliną są ujemne. Do tej kategoryi należą przypadki ogłoszone przez Tanturriego i Reinhardta, którzy otrzymali właśnie u kobiet nieciężarnych i nie będących w połogu wyniki dodatnie. Puppel leczył adrenaliną dwie ciężarne, z których u jednej miał wynik dodatni, u drugiej zaś ujemny. W naszych zaś sześciu przypadkach wyleczenia pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny nie mogliśmy zauważyć. Zdaje się tedy być pewnem, że ciąża i połóg nie mają żadnego wpływu na działanie adrenaliny.

Na zakończenie dodać winienem, że na zapytanie piśmienne w ostatnich czasach otrzymałem od dwóch chorych odpowiedź (chore 1-sza i 4-ta); obie chore dotychczas zdrowe nie są, bóle w krzyżach i kościach dotąd się jeszcze utrzymują; należy też przypuścić, że taki sam stan będzie najprawdopodobniej i u owych 4 chorych, które dotąd odpowiedzi nie nadesłały.

W końcu złożyć mi wypada serdeczne podziękowanie Panu Radcy Drowi A. Krokiewiczowi, prymaryuszowi szpitala, za łaskawe odstąpienie materyału szpitalnego, potrzebnego do wykonania odpowiednich doświadczeń i za zachętę do niniejszej pracy.

Piśmiennictwo. 1) L. M. Bossi: Nebennieren und Osteomalakie. Ctrblt. für Gyn. Nr. 3. 1907, Nr. 6. 1907, und Nr. 50. 1907. — 2) v. Velits: Ueber Adrenalinwirkung bei Osteomalakie. Ctrblt. für Gyn. Nr. 29. 1907. — 3) M. Neu: Bemerkungen zu dem Aufsatz u. s. w. Ctrblt für Gyn. Nr 38. 1907, Nr. 50. 1907. — 4) E. Puppel: Ueber Behandlung der Osteomal. mit Nebennierenpraeparaten. Ctrblt für Gyn. Nr. 49. 1907.— 5) I. C. Reinhardt: Adrenalin und Osteomal. Ctrblt für Gyn. Nr. 52. 1907. — 6) D. Tanturri: Ein schwerer Fall von Osteomal. u. s. w. Ctrblt für Gyn. Nr. 34. 1907. — 7) F. Kaessmann: Ein Beitrag u. s. w. Ctrblt für Gyn. Nr. 44. 1907. — 8) Fritz Engelmann: Ctrblt für Gyn. Nr. 5. 1908.

Kamica kiszkowa w przebiegu nieżytu kiszek śluzowo-błoniastego

podał

Dr Leon Zuławski

Dyrektor szpitala powsz. w Gorlicach.

(Dokończenie.)

Z drugiej strony cały szereg przypadków śluzowobłoniastego nieżytu kiszki grubej, rozpoznanych mylnie, jako

zapalenie wyrostka robaczkowego, stanowi falangę »wyleczonych bez operacyi zapaleń wyrostka« i tę falangę zużywa się jako dowód przeciw operacyjnemu leczeniu prawdziwych zapaleń wyrostka robaczkowego. Przez to wywołuje się takie zamieszanie pojęć spraw chorobowych wyrostka, jakie nie istnieje w żadnej innej dziedzinie i którego dotąd nie zdołały rozwikłać mnogie rozprawy na licznych zjazdach i posiedzeniach rozmaitych towarzystw lekarskich. Nie myślę tutaj kruszyć kopii za tem, czy należy każde zapalenie wyrostka odrazu operować, czy wyczekiwać z nożem w ręku; dla mnie sprawa ta po smutnych doświadczeniach z teoryą wyczekiwania rozstrzygnięta jest na korzyść operacyjnego leczenia każdego zapalenia wyrostka robaczkowego. Ramy tej pracy są za małe, by wdawać się w szersze omawianie tej sprawy; pragnę zwrócić tylko uwagę na wzajemny stosunek do siebie tych spraw chorobowych w oświetleniu ostatnich spostrzeżeń i zapatrywań, t. j. nieżytu kiszek i zapalenia wyrostka. Czy często spotyka się te dwie sprawy chorobowe razem? Bottentuit na 460 chorych na nieżyt kiszki grubej nie zauważał ani jednego zapalenia wyrostka. Spostrzeżenie jego już przez to samo nabiera większego znaczenia, że Bottentuit przez długie lata tych samych chorych badał wielokrotnie podczas ich corocznej kuracyi w Plombières. Inni autorowie, jak Potain, Glenard, Dieulafoy, tak rzadko spostrzegali zapalenie wyrostka w przebiegu śluzowobłoniastego nieżytu kiszek, że uważają wzajemny stosunek tych chorób do siebie za wyłączony. Dieulafoy w ostatnim tomie »Clinique médicale de l'Hôtel Dieu de Paris« przytacza cały szereg spostrzeżeń niepotrzebnie operowanych chorych na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek w połączeniu z kamicą kiszkową, u których wycięty wyrostek nie okazywał żadnych zmian i podnosi, że często ci, którzy wierzą w związek przyczynowy tych obu chorób, sądzą, że przez wycięcie wyrostka, nieżyt kiszek ulega wyleczeniu. Tymczasem przez licznych autorów zostało niezbicie udowodnionem, że to wyleczenie jest tylko pozorne, i że potem wcześniej czy później te same napady bolów, dla których wycięto wyrostek, powróciły. I tak sprostował M. Esmonet przypadek podobnego pozornego wyleczenia śluzowobłoniastego nieżytu kiszek u dziecka, opisany przez Alfreda Wagon (»L'appendicite chronique d'emblée« Thèse 1904). Esmonet wykazał, że to samo dziecko leczyło się w jakiś czas po operacyi w innym szpitalu na takie same napady bolów z powodu śluzowobłoniastego nieżytu kiszek. To samo spostrzeżenie uczynił na innych pozornie wyleczonych Ehrmann. Dziś już większość klinicystów wyłącza w następstwie podobnych spostrzeżeń związek tych dwóch chorób. Do tego zapatrywania przyłączył się i Prof. Ewald z Berlina na zjeździe w Paryżu, a w ostatnim czasie w r. 1906 na posiedzeniu akademii paryskiej przedstawił Prof. Pinard swoje spostrzeżenia, dotyczące bardzo znacznej liczby kobiet, chorych na nieżyt kiszek, u których tylko bardzo rzadko spostrzegał zapalenie wyrostka i przyłączył się zupełnie do zapatrywań Dieulafoy. Z drugiej strony Dieulafoy stara się dostarczyć dowodu z chorych, u których wycięto wyrostek robaczkowy z powodu rzeczywiście istniejących zmian zapalnych, o ile u tych chorych dają się we wywiadach wykazać objawy śluzowobłoniastego nieżytu kiszek. Przy szczegółowem badaniu 200 takich chorych, zdołał Dieulafoy zaledwie u czterech wykazać, że chorowali na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek. Widzimy już, że nieżyt taki ani nie jest częstem powikłaniem zapalenia wyrostka, ani też, aczkolwiek tak często przebiega z kamicą jelitową, nie wywołuje (chyba wyjątkowo) — zapalenia wyrostka robaczkowego. Jeżeli właśnie zestawimy tę częstość kamicy jelitowej przy śluzowobłoniastym nieżycie kiszek z tym faktem wyjątkowego wywoływania zapalenia wyrostka, to musimy zauważyć, że to wcale nie zachęca do wiary w teoryę Talamona o powstawaniu zapaleń wyrostka. Cóż łatwiejszego bowiem, w myśl tej teoryi, jak powstanie zapalenia wyrostka przy obecności drobnego zwiru i piasku jelitowego. Tymczasem w rzeczywistości dzieje się inaczej.

Inne omyłki rozpoznawcze przy śluzowobłoniastym nieżycie kiszek nie mają takiego znaczenia z punktu widzenia lekarsko-chirurgicznego i dlatego pomijam je, a przechodzę do sprawy patogenezy kamicy kiszkowej i nieżytu błoniastego, która nie jest jeszcze i prawdopodobnie nie prędko będzie wyświetlona.

Pomijam dla krótkości zarazek chorobotwórczy, który mógł wywołać pierwotny nieżyt jelit, jak również rozmaite inne podawane czynniki chorobowe, co do których rzeczywistego przyczynowego związku z nieżytem zachodzi wątpliwość, i przechodzę odrazu do zapatrywań na sprawę tworzenia się błon i żwiru jelitowego. Co do sprawy śluzowobłoniastego nieżytu kiszek, to zaznaczyć muszę, że w piśmiennictwie naszem przeważa zapatrywanie Nothnagla, który uważał tę chorobę niejako za nerwicę jelit »sui generis«. Na poparcie tego zapatrywania przytacza się to, że przeważna część chorych na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek rekrutuje się z pomiędzy kobiet, dotkniętych rozmaitemi nerwicami. Prawda, że znane są dość liczne przypadki nieżytu śluzowobłoniastego u osób zupełnie zdrowych nerwowo, z drugiej strony nie można pominąć milczeniem faktu, że nerwowość u osób dotkniętych takim nieżytem może się wywiązać dopiero w następstwie tych bardzo gwałtownych bolów. Nie ulega bowiem wątpliwości, że takie ustawiczne napady mogą i najsilniejszy układ nerwowy wyprowadzić z równowagi. Teorya Nothnagla tłómaczy co najwyżej częściowo tylko objawy tej choroby i to głównie jej jeden objaw, tj. ból, gdyż co do drugiego objawu, jak nadmiernego wytwarzania się śluzu, zachodzi prawdopodobieństwo działania innego czynnika.

A mianowicie, zwrócono uwagę na częstość występowania śluzowobłoniastego nieżytu kiszek u osób dotkniętych skazą moczanową. Rozmaici autorowie podają szereg spostrzeżeń, wykazujących wzajemny stosunek nieżytu śluzowobłoniastego do dny. Jeżeli się po przeczytaniu historyi chorób tych przypadków głębiej zastanowi, — zadać sobie trzeba pytanie, czy też wszystkie przypadki takiego nieżytu, a szczególniej związanego z kamicą kiszkową, nie są może zależne od ogólnego stanu ustroju, od ogólnej przemiany materyi. Nawet te przypadki, do których niewątpliwie teorya Nothnagla stosować się może, mogłyby być przecież przypadkami dny, to znaczy, że ten stan nerwowy, któremu przypisuje się wywołanie nieżytu śluzowobłoniastego, jest tylko odmienną, łagodniejszą postacią skazy moczanowej. Przecież u rozmaitych rodzin w szeregu pokoleń można często zauważyć, że typowa dna pojawia się

pod rozmaitemi postaciami chorobowemi. I tak, dna, pojawiająca się jako typowa podagra u pradziadka, przedstawi się nieraz u jego potomków, jużto jako rozmaitego rodzaju kamice, jużto wystąpi u innego z nich cukrzyca, albo nadmierna otyłość; niekiedy znowu spostrzeżemy tylko choroby skórne, jak wyprysk, łuszczycę; — czasami widzimy, że u prawnuka nie można nic więcej stwierdzić, jak wczesną neurastenię, i to ogólne osłabienie układu nerwowego, które często spotykamy w rodzinach dnawych, stanowi tylko pozorną lukę w tych objawach dny. Pozorną dlatego, że nie znalazłszy żadnego innego chorobowego objawu skazy moczanowej, uważamy takiego osobnika za wolnego od dny i tylko za neurastenika, tymczasem — w dalszym przebiegu przekonać się możemy, że ta neurastenia nie była tak niewinną i że poza nią kryło się rodzinne, z pokolenia na pokolenie przechodzące zaburzenie ogólnej przemiany materyi. Zaburzenia dnawe, okazujące się pod postaciami tak odmiennemi, jak zmiany w stawach, w skórze, jak kamice itd. powinny nas skłonić do przyjęcia zapatrywania, że i niektóre nerwice mogą być w pewnych rodzinach zmianami układu nerwowego pochodzenia dnawego. W niejednym przypadku neurastenii leczenie, zwrócone w kierunku tego zapatrywania, wywołuje wybitną poprawę, a nawet zupełne wyleczenie. To też choroby nerwowe, w przebiegu których spotykamy śluzowobłoniasty nieżyt kiszek, należy, mem zdaniem, traktować z wszelką rezerwą wobec tych licznych przypadków, których ścisły stosunek z dną został udowodniony i należy zawsze ściśle dochodzić, czy podłożem nie jest ogólna skaza. Oto kilka przykładów śluzowobłoniastego nieżytu kiszek, złączonego przyczynowo z dną.

Laboulbène leczył chorego na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek, który przedtem cierpiał na dychawicę, krwawnice — napady kolki nerkowej z oddawaniem piasku moczowego. W 40-ym roku życia chory ten z powodu kolek nerkowych, udaje się na leczenie do Vichy, tam pod wpływem leczenia ustaje kamica nerkowa. Odtąd chory zaczyna miewać bole napadowe brzucha i w stolcach zjawił się piasek. Badanie chemiczne piasku wykryło oprócz istoty organicznej — obecność soli fosforanowych, wapniowych i magnezowych.

Dieulafoy wspólnie z Renonem spostrzegali mężczyznę lat 33 liczącego, którego dziedziczne obciążenie w zestawieniu z jego dolegliwościami zasługuje na podniesienie. Rodzice chorego cierpieli na migrenę, wyprysk i kamicę żółciową; dziadkowie na otyłość, cukrzycę i podagrę. Sam chory od 5 roku życia cierpiał na napady gwałtownej migreny, przed laty kilku wystąpił u niego na twarzy i rękach uporczywy wyprysk. Przed trzema laty dostaje chory napadu kamicy i z tą chwilą ustępuje migrena. Przed kilku miesiącami zauważył chory w stolcach obecność śluzu, podobnego do źle ugotowanego białka. W badanych stolcach znaleziono oprócz śluzu kilkadziesiąt ziarn żwiru jelitowego wielkości pestek winnej jagody. Chory, co szczególne, ani przed stolcami, ani w czasie oddawania ich nie miał żadnych bolów i, jak podaje, nigdy nie czuł się tak zdrowym, jak w czasie oddawania tych stolców. Znamienną jest rzeczą, że w sześć tygodni po ustaniu oddawania żwiru jelitowego wróciły napady migreny i wyprysk na twarzy i rękach.

Jeszcze bardziej pouczającym jest przypadek Roussela z Rouen. Chora od 20 lat cierpiała na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek z kamicą kiszkową. Wśród gwałtownych bolów brzucha oddawała stolce, zawierające błony śluzu, żwir i piasek kiszkowy. Pochodzenie jelitowe tego żwiru i piasku wykazało badanie dokonane przez Berlicza. Za dnawem pochodzeniem tej kamicy kiszkowej przemawia to, że chora od 30 lat cierpi na napady kolki nerkowej i z moczem oddaje piasek i żwir. Równocześnie od 20 lat cierpi chora na powtarzające się napady ostrej dny, trwające 5 do 6 tygodni. Matka chorej wielokrotnie leczyła się w Vichy z powodu kamicy żółciowej; ojciec cierpiał na kolkę nerkową i kamień pęcherzowy, a pradziadek przez długie lata na napady typowej dny. Co również ciekawe, córka chorej od kilku miesięcy zasłabła na śluzowobłoniasty nieżyt kiszek z typowymi napadami bolów. Czyż można wyobrazić sobie lepszy przykład pochodzenia dnawego owego nieżytu i kamicy kiszek i zbioru objawów dny u tego samego osobnika?

Wobec podobnych licznych przykładów nie można oprzeć się zapatrywaniu, że tem usposobieniem kamieniotwórczem, które w każdej kamicy odgrywa główną rolę, jest ogólna zmiana przemiany materyi, ogólna zmiana chemiczna ustroju, występująca pod postacią raz typowej dny, to znów nadmiernej otyłości, albo cukrzycy itd. Do tej samej sfery działania tej zmienionej zdolności życiowej ustroju zaliczamy i przedwczesną miażdżycę tętnic.

Jakkolwiek nie wszystkie przypadki śluzowobłoniastego nieżytu kiszek powstają na podłożu dnawem, to jednak spostrzeżenia powyższe dowodzą istnienia niewątpliwego związku tego cierpienia ze skazą moczanową. Zarzut, że w kamieniach jelitowych nigdy nie wykazano soli moczanowych, nie ma większego znaczenia, a to tem więcej, że wiadomości nasze o przemianie materyi są za skąpe, ażeby wyłączyć związek wzajemny między fosforanami a moczanami w sprawach chemicznych ustroju żyjącego. Mamy liczne przykłady ludzi, dotkniętych wybitnie dną, cierpiących na kamicę nerkową i oddających kamienie i żwir nerkowy, złożony jedynie z soli fosforanowych. Ostatecznie wszystkie spostrzeżenia licznych autorów dają się sprowadzić do tego, że nie zaprzeczając istnienia śluzowobłoniastego nieżytu kiszek i kamicy kiszkowej jako spraw chorobowych miejscowych, zależnych od innych przyczyn, musimy przyjąć, że w znacznej części tych spraw dna stanowi główny czynnik przyczynowy.

Przypadek nasz, opisany we wstępie, również musimy zaliczyć do tych przypadków kamicy kiszkowej, które znajdują wytłómaczenie jedynie w ogólnej zmianie przemiany materyi. Początku i pierwotnej przyczyny nieżytu śluzowobłoniastego w tym przypadku dziś na podstawie wywiadów nie możemy ustalić. Brak jakichkolwiek objawów zmiany układu nerwowego przemawia przeciw istnieniu czystej nerwicy w myśl zapatrywań Nothnagla, a wybitne zmiany w moczu wskazują na znaczne zaburzenie ogólnej przemiany materyi. Zaburzenie to, objawiające się wzmożoną zdolnością wydzielania soli z ustroju, znajdowałoby potwierdzenie w dwukrotnem tworzeniu się kamieni, przed 4 laty w oskrzelach, obecnie zaś w kiszkach. Wzajemny stosunek między chemicznym składem moczu, a obecnością piasku w jelitach przemawia najwymowniej za tem, że te napady tworzenia się piasku uważać należy za objawy w rodzaju napadów dny. Ustrój peryodycznie wyzbywa się w tym przypadku drogą jelit szkodliwych i w nadmiernej ilości znajdujących się wytworów wadliwej przemiany. Dodać winienem, że chora używa dyety mieszanej — i że wcale nie wprowadza do swego ustroju zwiększonej ilości pokarmów roślinnych.

Na zakończenie dodaję, że zastosowałem sposób leczenia taki, jaki się zwyczajnie stosuje przy skazie moczanowej z dodatkiem miejscowego leczenia lewatywami — i obecnie napady są daleko rzadsze.

Piśmiennictwo: W. Jaworski: Nauka o chorobach wewnętrznych T. III. — H. Nothnagel: Die Erkrankungen des Darms und des Bauchfells. — J. Fontét: Essai sur la lithiase intestinale. — A. Wa-

gon: L'appendicite chronique d'emblée. — M. Potoin: De la colite chronique. — Dieulafoy: Manuel de pathologie interne. T. II. — Clinique médicale de l'Hôtel Dieu de Paris 1905—1906. — Dieulafoy: Les fausses appendicites.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Kehr. **O tamowaniu krwotoku z tętnicy pęcherzykowej przez podwiązanie tętnicy wątrobnej właściwej.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 5). K. zmuszony był dotąd dwa razy podwiązać tętnicę wątrobną właściwą. Dawniej raz z powodu tętniaka, a obecnie z powodu nie dającego się inaczej zatamować krwotoku z tętnicy pęcherzykowej po wycięciu samego pęcherzyka żółciowego. Z badań Haberera wiadomo, co następuje: 1) Tętnicę wątrobną wspólną u człowieka można podwiązać bez obawy zaburzeń w wątrobie raczej, niż tętnicę wątrobną właściwą. 2) Podwiązanie t. wątrobnej właściwej przed odejściem gałązki żołądkowej prawej w regule nie szkodzi wątrobie, natomiast podwiązanie poza miejscem odejścia tej tętnicy wywołać może nawet ogólną zgorzel wątroby, jeżeli tętnica przedtem była zupełnie zdrowa. Według tego, co twierdzi Haberer, lepiejby było w zasadzie podwiązać już tętnicę wspólną. K. jednak podwiązał tętnicę właściwą, bo chora już nie miała sił na przedłużanie zabiegu i szukanie tętnicy wspólnej. Mimoto zabieg nie zagroził wątrobie, a jedynie wytworzył się w 3 miesiące później duży ropień, który przebił się sam na zewnątrz. Przyjąć więc należy, że albo istniały tętnice dodatkowe, albo też następowo wytworzyły się dostateczne połączenia naczyniowe. Podwiązanie tętnicy pozostało bez większego wpływu na następowe wydzielanie się żółci. *K.*

Danielsen. **O potrzebie i możności zachowania śledziony przy zranieniach i zmianach tego narządu.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 60, Z. I—II). D. mniema, że zanadto lekceważymy czynność śledziony i dlatego usuwamy ją może często bez skrupułu w tem przekonaniu, że nie opłacą się zachowawcze zabiegi wobec narządu, nie tak znów bardzo potrzebnego do życia. A jednak śledziona jest istotnie ustrojowi potrzebna. Główna czynność śledziony polega na oczyszczaniu krwi ze zniszczonych ciałek czerwonych. Nadto śledziona jest bardzo potrzebna w walce z zakażeniem, albowiem doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że po wycięciu śledziony ustrój staje się znacznie mniej odpornym przeciwko wielu zakażeniom. Z tych powodów przeprowadził D. na zwierzętach szereg doświadczeń celem przekonania się, czy i zachowawcze zabiegi na śledzionie dają się wykonać, i stwierdził, że można zupełnie dobrze szyć śledzionę, zwłaszcza jej torebkę cieniutkiemi igłami i jedwabiem. D. nawołuje też do tego, by o ile możności próbować zawsze najpierw zachowawczych zabiegów, jak zeszycia, ewentualnie przy sprawach ograniczonych, n. p. torbielach, nowotworach łagodnych i t. p., wycięcia częściowego. *Kl.*

Bayer: **O wystąpieniu ukrytej przedtem przepukliny udowej po doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej.** (*Prag. med. Wochs.* 1908 Nr 44). W razie usposobienia do przepuklin, często ukryta dotąd przepuklina udowa, zjawia się dopiero po doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej, a to z powodu, że pociąganie szwów więzadła Pouparta wywołuje rozszerzenie bramy przepukliny udowej. Dwa podobne przypadki spostrzegał B. i dlatego zaleca przy operacyi przepukliny pachwinowej pilne badanie stanu kanału udowego. *K.*

Völcker: **Roponercze.** (*Tow. przyr. i lek. w Heidelbergu* 3/11 1908 r.) Nazwy »roponercze« o tyle nie można nazwać trafną, że obejmuje ona różne sprawy chorobowe, co do pochodzenia zupełnie odmienne. Z tego też powodu n. p. Küster odróżnia osobno ropień nerkowy od ropniaka miedniczki i zropiałego wodonercza, a »roponercze« całkiem odrzuca. Właściwe roponercze jest zwykle stanem końcowym zakaźnego zapalenia miedniczek i nerek, powstającego drogą wstępującą, np. u ciężarnych, przy przeroście gruczołu krokowego, przy kamieniach, po operacyach pęcherza moczowego i t. p. Ropienie gruźlicze i na tle gruczołów powstaje zwykle w nerce drogą krwi. Natomiast roponercza »fałszywe« powstają przez zakażenie wodonercza. Chociaż na oko sprawy te wyglądać mogą w końcu jednako, to jednak roponercze prawdziwe jest zwykle wielokomorowem, a fałszywe stanowi jeden duży worek. Rozpoznanie roponercza otwartego jest łatwe, trudno tylko zdać sobie sprawę, gdy dużo ropy uchodzi, jak jeszcze nerka działa. Co do rozpoznania topograficznego, to V. zwraca uwagę na zachowanie się pępka. Przy guzach wątroby pępek zostaje przesunięty na lewo, czego przy guzach nerki nie spotykamy. Co do leczenia operacyjnego, to przystępujemy do niego zwykle w przypadkach daleko posuniętych. Nacięcie nerki, wypuszczenie ropy i czekanie, czy nerka nie powróci do czynności prawidłowej, zwykle nie wiedzie do celu, bo jeżeli roponercze jest wielokomorowe, to możemy jeden z ropni pominąć, a jeżeli jest jeden worek, to trudno go sączkować i zostawiamy jamę, zakażającą ustrój. Zwykle też potem, ale w warunkach znacznie gorszych, musi się następnie usuwać nerkę, a raczej jej szczątki. *K.*

Urban. **W sprawie nerwobólu nerki.** (*Münch. med. Wochs.* 1908 Nr 50). Przypadki nerwobólu nerki są bardzo rzadkie, jeżeli za nerwoból uznamy tylko te przypadki, w których żadnych zmian anatomicznych w nerce, a nawet krwawienia nie spotykamy. U. spostrzegał taki właśnie przypądek. Chora zgłosiła się do szpitala celem operacyi kamicy żółciowej i nalegała bardzo na operacyę, a lekarze, mający ją w opiece, zaręczali, że chodzi tu istotnie o kamicę. Operacya wykazała jednak, że kamicy nie było. Napady bolu trwały dalej, rozpromieniając się aż do okolicy kiszki ślepej, przy ciepłocie 39°. Wobec tego rozpoznano zapalenie wyrostka i rzeczywiście przy drugiej operacyi znaleziono wyrostek otoczony zrostami i małe ognisko ropne. Mimo tego zabiegu bole utrzymują się jednak stale, a nawet są większe. Wobec tego doszedł U. do przekonania, że bole wychodzą chyba z nerki. Mocz był zupełnie prawidlowy. Nastąpiła trzecia operacya: odsłonięcie prawej nerki, która okazała się zupełnie prawidłową. U. obłuszczył ją tylko i umieścił bez przyszycia w zwykłem miejscu. Po operacyi tej odrazu bole znikły. Wobec braku innych danych przypuszczać należy, że chodziło tu o nerwoból nerkowy. *K.*

Fränkel. **Siedziba przeciwwygięć i inne warunki leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 5). Sposobowi Klappa, leczenia skrzywień kręgosłupa pełzaniem, zarzuca się, że przy licznych skrzywieniach wpływa on dodatnio tylko na jedno, gdy inne skrzywienia nawet pogarsza, ponieważ nie możemy przy pełzaniu dokładnie oznaczyć miejsca przeciwwygięcia sztucznego. Z tego też powodu Lange twierdzi, że leczenie pełzaniem nadaje się tylko do skrzywień zupełnych, które stanowią zaledwo 10% skrzywień. F. staje w obronie leczenia pełzaniem i na podstawie swych badań, popartych zdjęciami kinematograficznemi, twierdzi, że pełzanie nie jest leczeniem szablonowem, ale że przeciwnie można je do skrzywień przystosować, t. j. wywoływać dowolnie w danem miejscu przeciwskrzywienia. Nadto pełzanie jest znakomitą gimnastyką i środkiem zapobiegawczym przeciw skrzywieniom. Przy skrzywieniach na granicy kręgów piersiowych i lędźwiowych zwykłe pełzanie oddaje zupełnie dobre nsługi, bo, jak z badań Loretta wiemy, przy wyciągniętym kręgosłupie ruchy boczne jego odbywają się głównie jego częścią krzyżową, co właśnie przy pełzaniu następuje. Chcąc zaś przy skrzywieniach wyżej położonych przenieść przy pełzaniu i przeciwwygięcia wyżej, musimy postępować już inaczej. F. badał różne zwierzęta i przekonał się, że ułożenie kręgosłupa zależy u nich od długości kończyn. Zwierzęta takie, jak hyena, niedźwiedź, przednie kończyny mają dłuższe od tylnych, przez co kręgosłup przybiera postać łuku, wygiętego ku tyłowi. Natomiast tygrys, łasica, jamnik i t. p., mają przednie łapy krótsze i przez to kręgosłup wygina się u nich ku przodowi. Zwierzęta tej drugiej grupy są znacznie zgrabniejsze i zwinniejsze od pierwszych. To spostrzeżenie przenosi F. do leczenia skrzywień kręgosłupa w części piersiowej. Przy zwykłem pełzaniu uzyskuje się, jak wspomnieliśmy, największe wygięcia kręgosłupa w części lędźwiowej. Otóż F. przez obniżenie wysokości kończyn górnych przy pełzaniu (zapomocą zgięcia kończyn, jak u jamnika), przenosi największe skrzywienie ku przodowi, a przez to i największą ruchomość wyżej w część piersiową kręgosłupa. W ten sposób można w dowolnem miejscu wytwarzać przeciwskrzywienia przy pełzaniu i leczenie indywidualizować. Przy skrzywieniu n. p. szyjno-piersiowem, gdy szczyt skrzywienia leży na wysokości np. 5-go kręgu piersiowego, polecamy chorym pełzać twarzą jak najbliżej ziemi, t. j. z najwięcej kątowo zgiętemi kończynami górnemi, odwrotnie zaś, im skrzywienie leży niżej. To rozwiązuje także dalszą trudność przy leczeniu pełzaniem, mianowicie trudność leczenia tym sposobem przy licznych skrzywieniach. Jeżeli n. p. spotykamy (jak to często bywa) prawostronne skrzywienie piersiowe i lewostronne lędźwiowe, to polecamy pełzać

w prawo głęboko, a w lewo stromo (z podniesionemi kończynami. Sposób Klappa jest tak prosty, a dobry, że należy starać się o jego ulepszenie i rozpowszechnianie, a nie odrzucać go bez dokładnej oceny *K.*

Schulz. **W sprawie rokowania przy urazowych nie powikłanych zwichnięciach barku.** (*Beitr. zur klin. Chir.* T. 60, Z. 1—2). Aczkolwiek wydawałoby się, że po zwichnięciu, wczas odprowadzonem, nie powinny pozostać stałe zmiany, to jednak S., badając następowo 54 pacyentów po zwichnięciu barku przekonał się, że z nich zaledwo u 7, t. j. 13%, można mówić o zupełnie dobrem wyleczeniu. U 14 (26%) wprawdzie ruchomość ramienia pozostała wcale dobrą, ale natomiast siła mięśniowa prawie o połowę się zmniejszyła. Trzecia część badanych skarżyła się na bole i rwania w stawie przy zmianie pogody, a prawie połowa nie mogła swobodnie odwodzić ramienia. Wynika z tego, że nawet przy zwykłych prostych zwichnięciach ramienia należy rokować bardzo ostrożnie, a to ze względu na późniejsze zbliznowacenie i kurczenie się torebki stawowej i okolicznych tkanek. Co do leczenia, to S. poleca wczesne miesienie i wykonywanie ruchów. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

A. Bielander i K. Mayer. **W sprawie gruźlicy w ciąży.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zeszyt 1). W ostatnich czasach zaczęto się znowu żywo zajmować sprawą patogenezy gruźlicy, odkąd stwierdzono, że gruźlica może się usadowić w łożysku i stąd przejść na płód. Schmorl znalazł w 45% łożysk kobiet gruźliczych zmiany, jużto na powierzchni kosmków, już w przestworach międzykosmkowych, już wreszcie — najrzadziej — w samych kosmkach, a Runge stwierdził ogniska gruźlicze w doczesnej łożyskowej. Zakażenie gruźlicze łożysk występuje nietylko z końcem ciąży, ale i we wczesnych jej okresach, a różnica polega na usadowieniu się sprawy; w pierwszych miesiącach ciąży spotyka się ją najczęściej w doczesnej łożyskowej, a w późniejszych w bliższych płodu warstwach łożyska. — Autor podaje historyę przypadku, w którym z powodu szybko postępującej gruźlicy płuc u ciężarnej w 2—3 miesiącu, przerwano ciążę przez wyjęcie macicy wraz z przydatkami drogą pochwową. Jajowody wyjęto, ponieważ podczas operacyi zauważono na ich powierzchni guzki — (jak się później pokazało, były to małe torbielki) — a jajniki usunięto celem przyspieszenia nagromadzenia się tłuszczu w ustroju. Po operacyi chora szybko przyszła do siebie, zyskała w ciągu 6 tygodni 5 klgr wagi, sprawa gruźlicza w płucach wyraźnie ustępowała i stan ogólny znacznie się poprawił. Badanie drobnowidowe łożyska wykazało w różnych miejscach doczesnej łożyskowej wyraźne ogniska gruźlicze. Zdaje się, że zajęcie doczesnej jest pierwszym okresem gruźlicy łożyska, która przy dalszem trwaniu przechodzi na kosmki i przestwory międzykosmkowe, skąd już łatwo może przejść na płód. Gdyby się więc w przyszłości przy dalszych badaniach okazało, że przy postępującej gruźlicy u matki, zakażenie istotnie często przechodzi na łożysko, to łatwa będzie odpowiedź na pytanie, dotychczas nierozstrzygnięte, czy w takich przypadkach przerwać ciążę już w pierwszych jej miesiącach, czy też przeczekać wpływ dalszego przebiegu ciąży na chorobę matki. Autor przypuszcza nawet, że gruźlica prosówkowa i opon mózgowych, nierzadko występująca po porodach samorodnych u kobiet chorych na gruźlicę płuc, jest następstwem dostania się mas serowatych — przy oddzielaniu się łożyska — do otwartych wtedy żył i uogólnienia się w ten sposób zakażenia drogą naczyń krwionośnych w całym ustroju. Jeżeli przypuszczenia powyższe okażą się słuszne, wówczas jedynym zabiegiem, ratującym wprost życie ciężarnej w przypadkach wyraźnie postępującej gruźlicy płuc będzie przerwanie ciąży i to, ze względu na możliwość ponownego zastąpienia i zakażenie gruźlicze, toczące się w macicy, przez całkowite jej wyjęcie. *E. Ehrenpreis.*

Gräfenberg. **Wpływ kiły na potomstwo.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zeszyt 1). Znaczenie kiły, jako najczęstszej przyczyny śródmacicznej śmierci płodu, obudziło w ostatnich latach szczególne zajęcie, odkąd udało się krętki blade wykryć we wszystkich prawie narządach płodów kiłowych, i to nietylko zmacerowanych lub świeżo zmarłych, lecz także pozornie zdrowo urodzonych, u których gołem okiem żadnych zmian znaleść nie można. Badania wykazały, że prawie każdy nowonarodzony płód zmacerowany dotknięty był kiłą wrodzoną, najmniej jednak 80%; podobnie przy obliczaniu stosunku płodów zmacerowanych do porodów kiłowych w ogólności, pokazało się, że 92% płodów z kiłą wrodzoną rodzi się w stanie zmacerowanym. Nieliczne tylko matki, których płody zawierały krętki blade, okazywały jeszcze ślady przebytej kiły. W niektórych przypadkach matki wcale kiły nie przechodziły, a zakażenie płodu należało odnieść do ojca. Świeża kiła u matek rzadko tylko łączyła się z charakterystycznemi zmianami kiłowemi u dzieci. Krętki blade najłatwiej znaleść można, poddając narządy płodowe badaniu histologicznemu. Ponieważ badanie także możliwe jest tylko na płodach obumarłych, należało znaleść taką metodę badania, któraby rzucała światło na stosunki, jakie zachodzą u płodów żywo urodzonych z matek kiłowych. Badania takie miałyby bardzo ważne znaczenie praktyczne, o ileby umożliwiły rozpoznanie kiły wrodzonej już wcześnie, jeszcze przed wystąpieniem groźnych objawów, o ileby pozwoliły przez zastosowanie odpowiedniego leczenia, uratować życie niejednemu dziecku, które po wystąpieniu charakterystycznych objawów, byłoby już stracone. W tym celu badano popłody i przekonano się, że krętki znajdują się tu tylko w niewielkiej ilości i zawsze tylko w płodowej części łożyska. Lepsze wyniki rozpoznawcze uzyskano przy badaniu płodowej części pępowiny, wziętej o ile możności blizko pępka skórnego. We wszystkich przypadkach, gdzie spotkano krętki w narządach wewnętrznych płodu, znaleziono je również we wielkiej ilości w płodowej części pępowiny, a mianowicie głównie w ścianie żyły pępowinowej. Podobne badania zaczęto więc przeprowadzać u płodów żywo urodzonych, podejrzanych co do kiły; na podstawie wyników tych badań twierdzi autor, że brak krętków w pępowinie przemawia przeciw kile wrodzonej. Tam, gdzie badanie pępowiny jest niemożliwe, n. p. po jej odpadnięciu, radzi autor badać co do krętków płyn, wydobyty przez nakłucie z wątroby, który w przypadkach kiły wrodzonej zawiera zawsze krętki żywe; nakłucie, wykonane cienką długą igłą, nie wywołuje nigdy szkodliwych następstw. — Tam, gdzie u dzieci wystąpią objawy kiłowe dopiero w jakiś czas po porodzie, a badanie pępowiny i soku z wątroby wypadło ujemnie, ma się napewno do czynienia z kiłą nabytą wśród lub po porodzie. Badania powyższe obaliły przypuszczenie o utajonym okresie kiły wrodzonej i zwróciły uwagę na częstość występowania u dzieci kiły nabytej, szczególnie, odkąd wykazano krętki blade w wydzielinie szyjki macicy nietylko u kobiet z wyraźnymi objawami kiły (kłykciny), ale i tam, gdzie na zewnętrznych częściach rodnych żadnych zmian widać nie było. Ponieważ jednak u dzieci z objawami kiły nabytej przy porodzie często napróżno szukano wrzodu pierwotnego, mówiono o utajonym okresie kiły wrodzonej, mimo, że sami zwolennicy tej teoryi spostrzegali u dzieci takich wysypkę skórną, nie różniącą się niczem od każdej wczesnej wysypki drugorzędnej u dorosłych, a która tembardziej przemawia za kiłą nabytą. Istotnie liczne spostrzeżenia, że noworodki z rzekomo utajoną kiłą, jeszcze przed wybuchem wysypki skórnej, cierpią zawsze na uporczywą sapkę, tłómaczą — zdaniem autora — dostatecznie sposób powstania (przez aspiracyę śluzu) i siedzibę wrzodu pierwotnego. — Nierozstrzygnięte jest pytanie, na jakiej drodze następuje zakażenie zarodka. Badania wykazały, że krętki nigdy nie tkwią w plemnikach, lecz są z niemi zmieszane; inaczej zresztą być nie może, skoro krętki są 3 razy większe od główki plemnika. W jajniku krętków dotychczas nie znaleziono. Zdaje się więc, że jajko, które zawsze zdrowe wychodzi z jajnika, zostaje zarażone przez krętki na drodze swej do macicy, a więc w jajowodach lub w samej macicy w chwili, kiedy plemniki zmieszane z krętkami jajko zapładniają; obojętnem jest przytem, czy krętki zmieszały się z plemnikami już w jądrach lub nasieniowodach mężczyzny, czy też do zdrowego nasienia dołączyły się dopiero w narządzie rodnym kobiety, zarażonej kiłą. Jasną jest rzeczą, że zarażenie zarodka nie musi łączyć się z zarażeniem matki; natomiast może matka być zarażona przy porodzie przez wtargnięcie krętków płodu kiłowego do licznych ran porodowych matki. Zakażenie płodu może się jeszcze odbyć drogą łożyska. Tam, gdzie matki ulegają zakażeniu dopiero w ciąży, mogą krętki przejść przez łożysko i dostać się do jaja płodowego. W im wcześniejszym okresie ciąży matka została zarażona, tem prędzej może nastąpić zakażenie jaja płodowego przez łożysko. — Wnioski praktyczne z powyższych badań są następujące: Poród płodu kiłowego wskazuje na zakażenie rodziców, którzy powinni przeprowadzić energiczne leczenie przeciwkiłowe. Jeżeli zakażenie matki nastąpiło dopiero w ciąży lub przed jej kresem, można przypuścić, że płód urodzi się zdrowy, o ile nie zarazi się podczas porodu. W celu zapobiegawczym należy więc krętki, znajdujące się w narządzie rodnym matki, niszczyć zapomocą przestrzykiwań sublimatowych pochwy przed porodem i podczas porodu. Wszelkie rany na ciele płodu należy skrupulatnie oczyścić sublimatem, przy licznych rankach polecić kąpiel sublimatową,

albo czerwoną maść rtęciową. Szczególną uwagę należy zwrócić na ranę pępkową. Najlepszą ochronę stanowi przypalenie resztki pępowiny żegadłem i zasypanie rany dermatolem i t. p. Ponieważ zakażenie płodu jest możliwe przez wetchnięcie śluzu z narządu rodnego zakażonej matki, należy śluz ten bardzo skrupulatnie usuwać z jamy ust, nosa i tchawicy płodu i oczyścić je przez wytarcie wodą utlenioną. Szczególną uwagę należy zwrócić na nieżyt nosa u osesków, ze względu na możliwość sadowienia się wrzodu pierwotnego w nosie. Matki kiłowe nie powinny karmić dzieci zdrowo urodzonych. Na odwrót znowu należy ochraniać matki zdrowe, które urodziły płody z kiłą wrodzoną, pochodzącą naturalnie od ojca. W przypadkach takich należy szczególną uwagę zwrócić na poporodowe rany narządu rodnego, i zabronić przykładania takich dzieci do piersi matki. *E. Ehrenpreis.*

Himmelheber. **Rzadkie twory torbielkowate w jamie brzusznej.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 87, zeszyt 1). Autor opisuje bardzo rzadki przypadek nowotworu, znalezionego przypadkowo przy otwarciu jamy brzusznej z innego powodu. Cała jama otrzewna wypełniona była torbielkowatymi tworami, przypominającymi zaśniad groniasty, które chorej żadnych zresztą dolegliwości nie sprawiały. Torebki miały cienką łącznotkankową ściankę, wysłaną jak gdyby płaskim lub kubicznym pokładem komórkowym. Treść ich tworzył płyn. Autor sądzi, że tu chodzi po części o torbiele nabłonkowe, powstałe wskutek bujania i następowego oddzielenia nabłonka otrzewnego, a po części o zmiany torbielkowate naczyń limfatycznych. Za tem drugiem przypuszczeniem przemawia głębokie usadowienie niektórych torbielków pod powierzchnią surowiczą, rozszerzone przestrzenie limfatyczne i obecność mięśni gładkich, ułożonych tu i owdzie okrężnie w ścianie torbielków. Możnaby jeszcze myśleć o torbielkowatym naczyniaku limfatycznym, wreszcie o *lymphangiectasia cystica*, (rozszerzenie istniejących już naczyń limfatycznych). Ponieważ autorowi nie udało się stwierdzić powstawania nowych naczyń chłonnych, przeto przychyla się do zdania, że torbielki powstały z rozszerzenia naczyń poprzednio istniejących (*lymphangiectasia*). Co do przyczyny powstania powyższych tworów, to autor przypuszcza, że o ile chodzi o torbiele nabłonkowe, należy je odnieść do przebytej sprawy zapalnej. — Chora ta umarła po roku, sekcya wykazała powyższe twory torbielkowate rozsiane po całej otrzewnej; żadnych zmian ani w narządzie rodnym, ani w wyrostku robaczkowym nie było. *E. Ehrenpreis.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Łączenie przetworów nadnercza ze środkami znieczulającymi miejscowo jest podług Stolla uzasadnione jedynie przy kokainie, tropakokainie, nowokainie i alypinie, tu bowiem przez to przedłuża i wzmacnia się działanie znieczulające i wywołuje się większą niedokrwistość. Natomiast przy eukainie β i stowainie przetwory nadnercza wprost szkodzą działaniu tych środków. (*Med. Klinik* Nr 4). *A.*

Nowy sposób znieczulania miejscowego podaje Goyanes (*Acad. med.* 16. XI., 1908). Sposób ten polega na wstrzyknięciu środka znieczulającego do tętnicy na kończynie, przedtem sztucznie krwi pozbawionej. Po założeniu opaski Esmarcha odsłania się w znieczuleniu Schleicha główną tętnicę kończyny i wstrzykuje w jej światło cienką igłą 50—100 grm $^1/_2$% nowokainy. Krwotoku przytem albo niema, albo łatwo go zatamować, a znieczulenie jest zupełne, co G. w dwóch przypadkach na ludziach wypróbował. Nieco inaczej postępuje Bier (Zjazd niem. Tow. chir., 1908). Po założeniu opaski Esmarcha zakłada w pewnem miejscu powyżej i poniżej dwie inne opaski, wyszukuje pomiędzy niemi żyłę i wstrzykuje do niej 100 cm^3 roztworu nowokainy, przez co uzyskuje zupełne znieczulenie obwodowe. Po operacyi najpierw zdejmuje opaskę obwodową, potem zwalnia dośrodkową, by nowokaina została zwolna przez krew usuniętą. Przy użyciu rozczynu 5% znieczulenie występuje zaraz; przy słabszych w 2—15 minut. Przy tem znieczuleniu można doskonale wykonywać wielkie zabiegi, jak odjęcie kończyn, wycięcie stawów i t. p. *Kl.*

Chirurgiczne nie rdzewiejące igły z czystego niklu podał Moerlon. Wadą ich jedynie jest to, że nie są tak mocne, jak stalowe. (*Münch. med. Wochs.* Nr 4). *Kl.*

Odkażanie rąk podług Herffa acetonem i alkoholem aa, jako sposób bardzo dogodny i szybki, zwłaszcza dla położnika i w chirurgii polowej, poleca Oeri. (*Zft. f. Geb. und Gyn* T. 63, Z. III.). *A.*

Vitralina, nowy odkażający pokost na ściany, oddaje podług Nylandera bardzo dobre usługi i nawet po roku zachowuje własności odkażające; nadto jest gładka i nadaje się do zmywania. (*Deutsche med. Wochs.* Nr 3). *A.*

Wyniki połączenia żołądka z jelitem. Lech badał 128 chorych, u których różni chirurdzy wykonali połączenie żołądka z jelitem. W 79 przypadkach operowano z powodu cierpień łagodnych, w 46 z powodu raka. Że rozpoznanie nawet przy operacyi nie bywa zawsze pewnem, dowodzi to, że z 46 chorych na »raka«, 10 żyje i cieszy się zupełnem zdrowiem, natomiast co do 3 operowanych z powodu rzekomo łagodnego cierpienia rzecz ma się odwrotnie. Operacye przy sprawach niezłośliwych dały w 47% wyleczenie, w 21% poprawę; 23% zmarło. Z operowanych z powodu raka 32% żyło z poprawą dłużej, niż dwa miesiące, 46% zmarło wcześniej. Najdłużej trwało życie po operacyi 30 miesięcy. Lech jest zdania, że połączenie żołądka z jelitem jest uzasadnione jedynie przy sprawach niezłośliwych, lub tam, gdzie co do natury guza nie mamy pewności. (*Lancet*, 1908, 19. IX.). *A.*

Przy sączkowaniu przewodu żółciowego wspólnego posługuje się Kehr drenikiem w kształcie litery T, przez co każdej chwili przez zaciśnięcie końca zewnętrznego kierować może żółć do dwunastnicy. 12—14. dnia wyciąga K. drenik zupełnie. (*Zblt. f. Chir.* Nr 1). *A.*

Pozapęcherzowe usuwanie sterczu z cięcia wysokiego podaje Stockum (Rotterdam). (*Zblt. f. Chir.* Nr 1). *A.*

Leczenie przerostu sterczu wstrzykiwaniami (w stercz) obcej krwi podług Jünglinga dało na 15 prób w 11 poprawę stanu, zwłaszcza co do parcia na mocz i wzmocnienia strumienia moczu. (*Deut. Zft. f. Chir.* T. 95, Z. VI.). *K.*

Wszycie sieci w przeciętą nerkę, a następnie odcięcie po pewnym czasie nerki od naczyń wywołuje podług Flörckena zgorzel nerki, co dowodzi, że krążenie z sieci nie zdoła odżywiać nerki. (*Deut. Zeitschr. f. Chir.* T. 96, Z. VI.). *K.*

Zwężenia cewki moczowej nie ulegają podług Cohna żadnej poprawie po leczeniu fibrolizyną. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 4). *A.*

Przeszczepiać naczynia krwionośne można podług Carella ze skutkiem nawet w razie, gdy kilka dni, a nawet tygodni znajdowały się poza ustrojem. Carell twierdzi zresztą, że po wycięciu obu nerek i wszczepieniu potem jednej udaje się zwierzę utrzymać przy życiu, a nawet że można psu odciętą kończynę zastąpić inną z drugiego zwierzęcia (!). (*J. Amer. Med. Ass.* Chicago, Nr 20). *A.*

Guz przysadki mózgowej przy akromegalii usunął Hochenegg drogą nosową z zupełnie dobrym skutkiem. Po operacyi ustąpiły zupełnie bole głowy, ręce i nogi zmniejszyły się, podobnie zmniejszył się język, a powiększył się płat środkowy tarczycy. Chora straciła przytem znamiona męskie, które przez chorobę się rozwinęły (włosy na wardze górnej i brzuchu i t. p.). *Kl.*

Twardziel nosa poleca leczyć rentgenizacyą na zasadzie swych dalszych prób Rydygier jun. (*Berl. kl. W.* Nr 4). *A.*

Raka wodnego leczy Tábrega 2% rozczynem błękitu metylowego i wstrzykiwaniami surowicy przeciwbłoniczej. (*La Medic.* Nr 10). *A.*

W ciężkich przypadkach wąglika poleca Löwen surowicę Sobernheima (30—40 cm, ewent. 2 razy śródżylnie, a potem mniejsze dawki). (*Deut. Zft. f. Chir.* T. 95, Z. VI.). *K.*

Nadmierne pocenie się, zwłaszcza rąk, leczy Prof. Kromayer zupełnie pewnie wielkiemi dawkami rentgenowskiemi. Za dawkę normalną uważa: 1) oddalenie od antykatody 15 cm, 2) naświetlanie 10 minut, 3) 2000 przerywań na minutę (przerywacz rtęciowy), 4) obciążanie 6 milliamperecentymetrów. (*Münch. med. Wochs.* Nr 4). *A.*

Czerwień szkarłatową w postaci 5% maści z waseliną polecają, opierając się na badaniach Fischera, Wolfram i Cords do pobudzania pokrywania się nabłonkiem ubytków rogówki po zranieniach, wrzodach, zapaleniach, a nawet celem przyspieszenia gojenia się przetok. Czasem w miejscu stosowania maści występuje na rogówce przejściowe zmętnienie, wogóle jednak W. i C. z wyników są bardzo zadowoleni. Maść ta wcale oka nie drażni. (*Münch. med. Wochs.* Nr 5). *A.*

Proste trzymadło soczewki przy badaniu oka podał okulista Kehr z Ingolstadt. Nakłada się je przy badaniu na lewą rękę badającego, przez co wszystkie palce są wolne. (*Münch. med. Wochs.* Nr 4). *A.*

Eulatin (kombinacya bromu, antypiryny i kwasu będźwinowego) oddaje przy krztuścu podług Frankla nieraz dobre usługi. Dawka 2—5 razy dnia po 0·25 w mleku lub kleiku owsianym. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 4). *A.*

Eufilinę (połączenie teofiliny z etylendiaminem) jako znakomity podobno środek moczopędny poleca Dessauer na podstawie prób w szpitalu »Am Urban« w Berlinie. Eufilina nadaje się do wstrzykiwań podskórnych, lub co lepiej śródmięśniowych, a także wewnętrzne i w lewatywie.

Dawkowanie: *Rp. Sol. Euphyllin. per 1 : 160,0. Syr. simplc. Trae cort. aurant. aa 20,0.* S. co 2 godz. łyżkę stołową.

Rp. Euphyllin. 2,0. Aq. dest. 10,0. Na 3—4 wstrzyknięć. *A.*

Odporność krwi chorych na cukrzycę przeciw zakażeniom jest podług Da Costa i Beardsleya o $^1/_3$ mniejszą od odporności prawidłowej, o czem przekonywa wskaźnik opsoniczny. (*Am. J. Med.* Philad. Nr 3). *A*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 10 lutego 1909 r.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 45.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes wita jako gościa kol. Kohna z Częstochowy.

3) Przewodniczący odczytuje listy Prof. Gluzińskiego i Marsa ze Lwowa z podziękowaniem za wybranie ich członkami honorowymi.

4) Prof. Kostanecki przedstawia **tętnicę płucną o czterech zastawkach.**

5) Prof. Kader przedstawił: *a)* chorą **ze zgorzelą stopy** na tle miażdżycy tętnic, u której przedstawił **objaw Moszkowicza**, polegający na zaciśnięciu elastycznem uda w przeciągu paru minut i spostrzeganiu, jak daleko w dół, po rozluźnieniu ucisku występuje zaczerwienienie skóry. Granica rozszerzenia naczyń skórnych odpowiadać ma poniekąd granicy dostatecznego unaczynienia, a więc może dawać wskazówkę, jak wysoko należy dokonać amputacyi. Należy jednak tej granicy zbytnio nie dowierzać, ale wykonywać cięcie skórne przy amputacyi conajmniej o 10 cm ponad tą granicą. (Na tejże chorej została w końcu posiedzenia dokonana amputacya uda, przy zastosowaniu znieczulenia wewnątrzżylnego sposobem Biera).

b) Chorą, której w okolicę ciemieniową lewą wbiły się jednym zębem widły żelazne, rzucone z wysokości około 2 metrów. Objawy porażenia połowiczego prawego, prawego nerwu twarzowego, niemota, objawy ucisku na mózg, bardzo wyraźne w chwili przyjęcia do kliniki, w 7 godzin po wypadku. Niezwłoczna **trepanacya osteoplastyczna** wykazała mały otwór w kości ciemieniowej lewej, oponie twardej — i kanał w mózgu. **Krwawienie z drobnych gałęzi tętnicy oponowej średniej** i naczyń opony miękkiej. Podwiązanie naczyń, usunięcie skrzepów z pod opony i z kanału w mózgu. Sączek gumowy do mózgu. Szew rany. Stan chorej powoli zaczyna się poprawiać, wracają ruchy kończyny dolnej i górnej (górnej w stopniu mniejszym), powraca niewyraźna jeszcze mowa (echolalia); ciepłota i tętno w granicach prawidłowych. Rokowanie co do życia chyli się ku pomyślnemu, wątpliwem jest co do czynności.

c) Przypadek **rozległego wycięcia żołądka z powodu raka.** Na krezce okrężnicy poprzecznej i w innych miejscach otrzewnej jakby rozsianie sprawy nowotworowej; w paru wyciętych guzkach drobnowidowo nie znaleziono jednak utkania nowotworowego. U chorego zastosowano metodę Billroth II. w odmianie Krönlein-Mikulicza z dodatkiem enteroanastomozy między doprowadzającą i odprowadzającą pętlą jelita cienkiego. Niezwłoczne po zabiegu odżywianie chorego zapewniono przez dren gumowy (6 mm), wprowadzony przez nos, przełyk, żołądek do jelita odprowadzającego. Stan chorego (10 dni po zabiegu) zadowalniający.

d) Chorego, l. 25, po **nefrektomii** z powodu krwawienia z nerki lewej. Po nieznacznym wysiłku mięśniowym (zamykanie trudno domykalnych drzwi) chory poczuł ból w okolicy lędźwiowej lewej i spostrzegł krwiomocz. W klinice stwierdzono duży bolesny lewostronny guz zaotrzewny i krwawienie z lewego, nieco zmienionego, moczowodu. Przy operacyi stwierdzono **pęknięcie nerki, zmienionej w wodonercze,** — i duży krwiak zaotrzewny. Usunięcie zmienionej nerki i krwiaka. Chory, 9 dni po zabiegu, na drodze ku wyzdrowieniu.

e) Dwa przypadki **bioder szpotawych**; Prof. Kader podnosi patogenetyczne znaczenie dla spraw tego rodzaju fizyologicznie już istniejącego skręcenia szyjki kości udowej ku przodowi; przedstawia rentgenogramy, kości prawidłowe z zaznaczeniem wspomnianego skręcenia i kości udowe zwierząt dla porównania. Leczenie: przecięcie kości udowej, zależnie od warunków — poniżej krętarza, lub w szyjce z odpowiedniem ustawieniem pooperacyjnem.

6) Dr Radliński przedstawił: *a)* Chorego, u którego **z powodu** silnej **rozedmy płuc** dokonano na jednem posiedzeniu **resekcyi** $1^1/_2$—2 centymetrowych kawałków **kostnych części żeber** II. do VI. z obu stron. Zaraz po operacyi znaczna ulga w oddychaniu, później pogorszenie z powodu wzmożenia się nieżytu oskrzeli i utrudnionego odpływu wydzieliny płucnej wskutek silniejszego, niż poprzednio, skurczenia się tkanki płucnej. To pogorszenie nieżytu oskrzeli po takiej samej operacyi spostrzega R. po raz drugi. Obecnie stan chorego już się poprawia.

Na przyszłość zamierza Prof. Kader w takich przypadkach resekować żebra II. do X. ale naraz jednostronnie. (Streszczenie własne).

b) Chorego **z uchyłkiem pęcherza moczowego**, prawdopodobnie wrodzonym. Uchyłek, rozpoznany cystoskopowo, wywoływał objawy zatrzymania moczu z rozszerzeniem pęcherza do 1200 cm³. Wejście do uchyłka na tylnej ścianie pęcherza w pobliżu wału międzymoczowodowego. Z wylotów moczowodów udało się odnaleźć niewątpliwie tylko prawy. Przy operacyi znaleziono pęcherz, podzielony na dwie prawie równej wielkości jamy, przednią i tylną. Śluzówka zbliżona do prawidłowej śluzówki pęcherza wyścielała przednią jamę, była jednak i w tylnej, tylko mocniej z podłożem spojona i bardziej czerwona i aksamitna. Czy moczowód lewy wpadał do przedniej, czy do tylnej jamy, nie powiodło się stwierdzić przy operacyi. Operacya polegała na nacięciu ku górze i w dół przegrody między jamami i obszyciu brzegów cięcia. Szczególnie w dół nacięto głęboko dla usunięcia »bas fond«, utrudniającego oddawanie moczu. W ten sposób usiłowano obie jamy połączyć w jedną. Wynik na razie niezupełny, ale w każdym razie poprawa, chory dawniej (od paru lat) wyłącznie cewnikowany, oddaje obecnie sam po 600—700 cm³ moczu (przykucnąwszy i uciskając udami brzuch). Wyłączając w danym przypadku uchyłek urazowy lub z pociągania, R. wyraża przypuszczenie, czy nie zachodzi tu zdarzająca się czasem nieprawidłowość: — *vesica septa,* — z odwróceniem się obu połów razem o 90° w ten sposób, że lewa połowa stanęła ku tyłowi od prawej. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zapytuje Prof. Kostanecki kol. Radlińskiego, czy są znane przypadki przegrody w pęcherzu w płaszczyźnie strzałkowej, a to ze względu na to, że niema przyczyn rozwojowych do tego rodzaju nieprawidłowości. — Kol. Radliński zaznacza, że przegrody takie istnieją.

7) Prof. Kader wykonał amputacyę uda w znieczuleniu wewnątrzżylnem sposobem Biera (0·5% tropakokainą).

Sekretarz: *Dr Morawski*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IV. Posiedzenie naukowe z d. 12 lutego 1909.

I. Kol. Prof. Ziembicki przedstawia: *a)* preparat **nerki, wyciętej z powodu kamicy i ropienia** trwającego od 10 lat. Miąższ nerki prawie zupełnie zniszczony, w jednem miejscu naciek, wyglądający na **nowotwór**, co też badanie histologiczne potwierdziło (mięsak wrzecionowato-komórkowy). Kamień znaleziony waży 80 gr. Chory, który przez pierwsze dwa tygodnie miał się wcale dobrze, począł później oddawać mocz ropny, gorączkował i wśród charłactwa umarł. Na sekcyi znaleziono ropienie w niewyciętym moczowodzie; a w nerce drugiej przerzuty nowotworowe. Powstanie nowotworu łączy prelegent w przyczynowy związek z kamieniem. *b)* Prof. Ziembicki omawia przypadek **wycięcia migdałka rakowo zmienionego** przy zastosowaniu nowego sposobu Rydygiera iun. przecięcia gardła i podnosi niektóre zalety nowego sposobu. Chory zmarł z powodu krwotoku z wrzodu żołądka. — Dyskusya: kol. Prof. Rydygier dodaje kilka uwag co do obu przedstawionych przypadków; kol. Prof. Rencki podnosi pewne trudności przy rozpoznawaniu kamicy nerkowej zapomocą promieni Röntgena.

II. Kol. Gąsiorowski N. wygłasza odczyt: **O wartości dzisiejszej metody bakteryologicznego badania cholery azyatyckiej wobec wibryonów podobnych do cholery.** Istnieje szereg wibryonów, które na pożywkach niczem nie różnią się

od przecinkowca Kocha — jedynie tylko próba aglutynacyjna z wysokowartościową surowicą choleryczną i bakteryoliza Pfeiffera dają wyniki dodatnie. Charakterystyczną dla nich jest mała ilość, spotykana w jelitach i wypróżnieniach chorych, w przeciwieństwie do cholery. Do grupy wibryonów podobnych do cholery powinno się, zdaniem G., zaliczać tylko takie, które wspomnianych dwóch odczynów biologicznych nie dają. Następnie opisuje G. przypadek badany przez siebie w zakładzie higieny, gdzie objawy za życia i następnie badania bakteryologiczne w pierwszej chwili wskazywały na cholerę azyatycką. A więc wyhodowano przecinkowca, który zarówno na pożywkach, jak i wobec świnki morskiej, gołębia, niczem nie różnił się od cholerycznego. Natomiast próba aglutynacyjna z surowicą choleryczną i zabieg Pfeiffera dawały stale wynik ujemny. Przypadek ten różni się od wszystkich dotychczas znanych tem, że po raz pierwszy stwierdzono tu bardzo znaczną ilość przecinkowców podobnych do cholery azyatyckiej, a zarazem wskazuje, że w badaniach cholery rozstrzygają tylko próby aglutynacyjne i zabieg Pfeiffera. Co do pytania, czy przecinkowiec w tym przypadku był przyczyną choroby, to wobec śmierci chorego w dniu trzecim trudno na to odpowiedzieć. Brak jednak czynnika epidemiologicznego w tym przypadku przemawia przeciwko jego chorobotwórczości. — Dyskusya: kol. Prof. Kučera wskazuje na możliwość przedwczesnego rozpoznania cholery w podobnym przypadku dawniej spostrzeganym przez siebie i kol. Reichensteina. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 13 stycznia 1909 r.

Sprawozdanie Sekretarzy z działalności Towarzystwa za rok 1908.

Dnia 31 grudnia 1908 r. Towarzystwo liczyło: a) 3 członków honorowych, b) 16 członków-korespondentów i c) 86 członków czynnych.

Zarząd Towarzystwa stanowili: prezes: K. Jasiński, wiceprezes: A. Krusche, sekretarz: E. Sonnenberg, sekretarz II: J. Michalski, skarbnik: W. Littauer, bibliotekarz: Z. Prechner, bibliotekarz II: T. Mogilnicki.

Komitety stałe: a) biblioteczny: M. Cohn, I. Sachs i S. Sterling, b) komisya rewizyjna: M. Likiernik, A. Pański i J. Wisłocki.

Komitety czasowe: 1) W celu przedstawienia projektu udziału Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w obchodzie jubileuszowym na cześć A. Świętochowskiego wybrano: I. Grabowskiego, B. Handelsmana i S. Skalskiego. 2) Z przyczyny utworzenia Sekcyi pedyatrycznej przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem, a stąd potrzeby poczynienia zmian w regulaminie Towarzystwa wybrano komisyę złożoną z 2 członków Zarządu (K. Jasiński i E. Sonnenberg), oraz 5 członków z łona Towarzystwa (J. Brudziński, W. Pinkus, I. Sachs, M. Kaufman i W. Schoenaich).

W roku sprawozdawczym zmarli koledzy: 1. Markus Goldsobel, 2. Leon Sikorski, 3. Adolf Landau. Kol. Sikorski zmarł w Kielcach. Od Towarzystwa lekarskiego łódzkiego złożono wieniec na trumnie zmarłego, a na posiedzeniu Towarzystwa w d. 18 marca roku ubiegłego kol. Jasiński uczcił pamięć zmarłego kolegi i skreślił krótki życiorys. Kol. Goldsobel zmarł we Wrocławiu i pochowany został w Łodzi; nad grobem jego w imieniu Towarzystwa przemawiał kol. Pinkus, a na posiedzeniu Towarz. lekarskiego d. 4 marca r. z. kol. Krusche podniósł zalety zmarłego, jako lekarza i kolegi. Towarzystwo zamiast wieńca na grób zmarłego przeznaczyło rb. 25 na rzecz gimnazyum polskiego w Łodzi. Nad grobem zmarłego kolegi Adolfa Landaua w imieniu Towarzystwa przemawiał kol. Sonnenberg, a na posiedzeniu Towarzystwa w d. 7. października oddał cześć pamięci zmarłego kol. K. Jasiński. Zamiast wieńca na grób kol. Landaua przeznaczyło Towarzystwo 25 rb. na rzecz szkoły imienia A. Świętochowskiego.

W roku sprawozdawczym przyjęto w poczet członków Towarzystwa kolegów: Goldberga, Piekarskiego i Schoenaicha. Z Towarzystwa wystąpił kol. Margulies.

Towarzystwo lekarskie łódzkie w roku ubiegłym mianowało członkami honorowymi: 1) Prof. Macieja Jakubowskiego (Kraków) ze względu na jego zasługi w dziedzinie pedyatryi i społeczno-lekarskie, 2) Prof. Juliana Kosińskiego z okazyi 50-letniej jego działalności lekarskiej, oraz ze względu na niepożyte zasługi, położone przez niego na polu dydaktycznem i społeczno-lekarskiem. Na uroczystości uczczenia zasług prof. Jakubowskiego reprezentował Towarzystwo, jako delegat, kol. Brudziński, a na uroczystości jubileuszowej na cześć Prof. Kosińskiego reprezentował Towarzystwo kol. Krusche.

Towarzystwo w roku ubiegłym wzięło udział w obchodzie jubileuszowym na cześć A. Świętochowskiego przez wysłanie 3 delegatów (kol. Handelsmana, Skalskiego i Gutentaga) z adresem do Świętochowskiego oraz przeznaczyło rb. 25 na rzecz szkoły rolniczej imienia jubilata.

Zarząd Towarzystwa odbył 7 posiedzeń. Na posiedzeniach tych omawiano sprawy, rozpatrywane następnie na posiedzeniach ogólnych Towarzystwa. Na dwóch posiedzeniach Zarządu w czerwcu i listopadzie roku ubiegłego, rozstrząsano sprawę użytkowania funduszu kol. Likiernika. Powód do tego dało nie dosyć ścisłe w swoim czasie (1900 r.) określenie przeznaczenia tego funduszu. Rozpatrywano sprawę tę wspólnie z ofiarodawcą. Zarząd i ofiarodawca powzięli postanowienie, aby suma ofiarowana stanowiła kapitał żelazny, którego odsetki mają być obracane na zapomogi humanitarne i naukowe lekarskie, w wysokości co najmniej rb. 50. Bliższe określenie użytkowania omawianego funduszu zapisano w sprawozdaniu z posiedzenia Zarządu (listop. r. z.). Dziś fundusz ten, który powstał z pierwotnie ofiarowanego kapitału rb. 200 wraz z narosłemi za lat 8 odsetkami, wynosi rb. 295. Kol. Likiernik obiecał powiększyć omówiony fundusz w ten sposób, że kwotę rb. 232, która pozostanie po wypłaceniu na początku r. b. pierwszej zapomogi na cele naukowe w ilości rb. 60, uzupełni do rb. 300.

Towarzystwo odbyło w ciągu roku ubiegłego 20 posiedzeń. Wykładów i rozpraw odczytano 17. Pod względem treści odczyty dzielą się jak następuje: I. Z dziedziny rentgenologii: 1 (kol. Judt z Warszawy). II. Z zakresu higieny: 1 (kol. T. Mogilnicki). III. Z zakresu szpitalnictwa 1 (kol. Brudziński). IV. Z dziedziny dyagnostyki. 2 (kol. S. Sterling, Silberstrom). V. Z zakresu pedyatryi: 5 (1. kol. Brudziński, 2. Mogilnicki, 3. Trenknerowa, 4. Wacław Jasiński, 5. Schoenaich). VI. Z dziedziny położnictwa i chorób kobiecych 1 (kol. J. Saks). VII. Z zakresu chirurgii: 2 (kol. Goldberg), VIII. Z dziedziny chorób żołądka 1 (kol. Handelsman). IX. Z dziedziny chorób nosa, uszu i gardła 2 (kol. Helman i Przedborski). X. Z dziedziny balneologii 1 (kol. Arnstein z Warszawy). XI. Z dziedziny zagadnień ogólnych: 1 (kol. Helman).

Chorych w roku sprawozdawczym przedstawiono 43: I. Z dziedziny chorób wewnętrznych 1 (kol. Przedborski). II. Z dziedziny chirurgii 16 (kol. Maks. Cohn, Goldberg, Grabowski, Krusche, Goldman, Perlis). III. Z dziedziny chorób skórnych: 9 (kol. Grosglik, Golc, Skalski): IV. Z zakresu chorób nerwowych: 3 (kol. Pański, Iustman, Klozenberg). V. Z dziedziny chorób dzieci: 5 (kol. Trenknerowa, Trenkner, W. Jasiński). VI. Z dziedziny chorób nosa, uszu i gardła: 6 (kol. Przedborski, Helman, Rosenblat). VII. Z dziedziny położnictwa i chorób kobiecych: 2 (kol. Saks). VIII. Z zakresu chorób żołądka: 1 (kol. Maybaum). IX. Z dziedziny rentgenoterapii: 1 (kol. Judt z Warszawy).

Preparatów anatomo-patologicznych przedstawiono 19: (kol. Goldman, M. Cohn, Krusche, Trenknerowa, Perlis, Goldenberg, Goldberg).

Pokazano przyrządów chirurgicznych, ortopedycznych i opatrunkowych: 4 (kol. Maybaum, Przedborski, Szokalski).

Pokazano obce ciała, usunięte z dróg oddechowych i ucha: 2 (kol. Przedborski, Helman).

Zestawienie powyższych danych z odpowiedniemi r. 1907 wskazuje, że liczba odczytów nieco się wprawdzie zmniejszyła (z 23 na 18), jednakże pod względem treści odczyty przedstawiały w roku sprawozdawczym większą rozmaitość, poruszane w nich bowiem były zagadnienia z liczniejszych dziedzin wiedzy lekarskiej. Wyrazem zwiększonego zainteresowania się wykładami — były bardziej ożywione, niż w latach ubiegłych, dyskusye, które następowały po odczytach i pokazach, oraz znacznie większa w roku sprawozdawczym frekwencya członków, bywających na posiedzeniach. Średnio bowiem było na posiedzeniach około 40 członków. Liczba przedstawionych chorych w porównaniu z r. 1907 nie zmieniła się. Z pokazów chorych 48% materyału dostarczył szpital Poznańskich, 12% szpital Anny Maryi, 10% szpital Aleksandra, pozostałe 30% lecznice prywatne, oraz praktyka prywatna.

Wskutek otrzymanych od rozmaitych instytucyi zawiadomień, odezw i t. d. omawiano i rozstrzygano na ogólnych posiedzeniach Towarz. lekarskiego w roku ubiegłym następujące sprawy:

1. Sprawę proponowanego przez Towarz. lekar. lubelskie Zjazdu w Warszawie lekarzy aptekarzy, chemików i innych pro-

ducentów, celem rozpoczęcia akcyi ku ochronie wytwórczości krajowej w zakresie zapotrzebowania lekarskiego, oraz zastąpienia w granicach możliwości uzdrowisk klimatycznych i miejscowości kąpielowych zagranicznych — krajowemi. Projekt znalazł u obecnych przychylne przyjęcie.

2. Omawiano odezwę Zarządu »Uczelni«, który zwrócił się do Towarzystwa z prośbą o przyjście z pomocą gimnazyum polskiemu w Łodzi przez zapisywanie się w poczet członków, zjednywanie członków wśród znajomych i zbieranie składek przygodnych.

3. Rozpatrywano prośbę do Zarządu Towarzystwa, wniesioną przez kolegów: Brudzińskiego, W. Jasińskiego, Schoenaicha, Prechnera i Gutentaga o utworzenie przy Towarz. lekar. łódzkiem sekcyi pedyatrycznej. Sprawę tę rozstrząsano na dwóch posiedzeniach i ostatecznie po ożywionej dyskusyi uchwalono utworzenie sekcyi. Nadmienić należy, że dyskusya obracała się nietylko około pytania, czy utworzyć sekcyę pedyatryczną, lecz poruszała pytanie zasadnicze, a mianowicie, sprawę tworzenia się przy Towarzystwie rozmaitych sekcyi wogóle. W związku z powyższą uchwałą okazała się potrzeba dokonania zmian w regulaminie Towarzystwa. W tym celu wybrano komisyę, której skład podano wyżej. Ułożony przez wymienioną komisyę projekt uzupełnienia regulaminu Towarzystwa rozdziałem: »O sekcyach« przyjęto na ogólnem posiedzeniu Towarzystwa w dniu 7 października r. z.

4. Rozpatrywano komunikat Delegacyi Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich w sprawie szpitalnego leczenia wczesnych okresów gruźlicy i tworzenia osobnych oddziałów w szpitalach istniejących oraz w sprawie przedstawienia na następnym Zjeździe statystyki gruźlicy wedle uchwały IX Zjazdu. Sprawą tą obiecał się zająć kol. Sterling.

5. Omawiano i przyjęto wniesiony do Zarządu Towarzystwa przez kolegów: Skalskiego, Sterlinga, Brudzińskiego, Michalskiego i Sonnenberga — projekt utworzenia przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem stałego zbioru wytworów przemysłu lekarskiego krajowego.

6. Rozpatrywano propozycyę bandażystki N. w sprawie przedstawienia w Towarzystwie lekarskiem bandaży. Propozycyę odrzucono i uchwalono, jako zasadę, iż demonstrować w Towarzystwie lekarskiem mogą tylko lekarze.

7. Przyjęto propozycyę Zarządu, aby bibliotekarzom Towarzystwa dodać na miesiąc jeden płatnego pomocnika celem uporządkowania katalogu kartkowego.

8. Wskutek odezwy, wniesionej do Zarządu, podpisanej przez kolegów: Grabowskiego, Kolińskiego, Brudzińskiego i Maybauma, poruszającej sprawę organu Towarzystwa lekarskiego, przyjęto wniosek, aby »Czasopismo lekarskie« odtąd połączone z »Przeglądem lekarskim«, uważać za organ Towarzystwa lekarskiego łódzkiego i w niem umieszczać sprawozdania z posiedzeń.

Z przejawów działalności Towarzystwa zaznaczyć wreszcie należy przyczynienie się Towarzystwa, przez wyasygnowanie zapomogi w kwocie rb. 60 z funduszu Likiernika, do podjętego z inicyatywy kol. Brudzińskiego, wydawnictwa podręcznika chorób dzieci Heubnera, w tłómaczeniu polskiem, poświęconego pamięci Dra K. Jonschera.

Sprawozdanie bibliotekarza Towarzystwa, kol. Z. Prechnera za r. 1908. Z końcem roku 1907 posiadała biblioteka: a) książek i dzieł 840 w 1307 tomach; b) broszur 484 w 491 zeszytach; c) wydawnictw peryodycznych w formie książek 45 w 410 rocznikach, a 526 tomach; d) czasopism 51 w 572 rocznikach, a 710 tomach. Razem 2306 w 2334 tomach i zeszytach.

Z końcem roku 1908 posiadała biblioteka: a) książek 1014 w 1513 tomach; b) broszur 497 w 364 zeszytach; c) wydawnictw peryodycznych w formie książek 45 w 425 rocznikach, a 564 tomach; d) czasopism 51 w 613 rocznikach a 830 tomach. Razem 2549 w 3411 tomach i zeszytach.

Ogółem zakupiono dzieł, broszur, roczników w ciągu roku 1907 68, tomów 68, otrzymano w darze 175, tomów 309.

Stan kasy biblioteki: Kasa rozporządzała kwotą 507·75 rb. Z tego wydano w roku 1908: za czasopisma 254·50, za książki 141·45, za oprawę książek i pism 41·95, deficyt z roku poprzedniego 5·96. Pozostałość na rok 1909: 63·89 rb.

Sprawozdanie z działalności Sekcyi pedyatrycznej przy Tow. lek. łódzkiem w IV. kwartale 1908.

I. Dnia 24/IX 1908 posiedzenie inauguracyjne. Kol. W. Jasiński: »Szkic rozwoju pedyatryi polskiej«. Kol. I. Brudziński: »O celach i zadaniach spółczesnej pedyatryi«. II. D. 11/XI 1908. Posiedzenie zwyczajne. 1. Koleżanka Trenknerowa: »O przebiegu i leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci«. 2. Kol. Tomaszewski: »O leczeniu chirurgicznem zapalenia wyrostka robaczk. u dzieci«. III. D. 25/XI 1908. Posiedzenie kliniczne. Kol. Brudziński: Przedstawienie a) 2 przypadków obrzęku śluzowatego; b) preparatu ropnia wątroby. Kol. Jasiński W.: Przedstawienie a) przypadku zapalenia opon ze zwolnieniem; b) przypadku duru brzusznego, rozpoznanego podczas nawrotu choroby; c) zwężenia krtani nieokreślonego pochodzenia. Kol. Rotwand: Przedstawienie przypadku a) choroby Tay-Sachsa; b) rozszerzenia oskrzeli. Kol. Tomaszewski: Przedstawienie przypadków a) przepukliny pachwinowej, operowanej w 7 tygodniu życia; b) zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanego w okresie wczesnym; c) gruźlicy nerki, leczonej drogą operacyjną. Kol. Trenknerowa: przedstawienie przypadku: a) pląsawicy o przebiegu niezwykle ciężkim; b) zapalenia mózgu *(encephalitis)* w następstwie odry u 4-letniego dziecka. IV. D. 9/XII 1908. Posiedzenie miesięczne. Kol. Jasiński: »O leczeniu zachowawczem gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci«. Kol. Goldberg: »O leczeniu chirurgicznem gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci«.

Po przeczytaniu sprawozdania z działalności Towarzystwa za rok 1908 przez sekretarzy, skarbnika i bibliotekarza, kol Kruscha z okazyi 25-letniej pracy zawodowej kolegów: Ks. Jasińskiego, Handelsmana, Henryka Kohna, Przeborskiego i Bekmana w dłuższem przemówieniu podniósł zalety jubilatów, jako lekarzy, zaznaczył działalność ich na niwie społecznej i uwydatnił ich przymioty koleżeńskie, które im zjednały uznanie i sympatyę współtowarzyszów pracy. Dalej kol. Krusche mówił o udziale jubilatów w życiu Towarzystwa: kol. Jasińskiego, jako bibliotekarza przez szereg lat, a obecnie od lat czterech prezesa Towarzystwa, kol. Handelsmana i Przedborskiego, który był sekretarzem Towarzystwa i kol. Henryka Kohna, który był skarbnikiem. Po przemówieniu kol. Kruschego, które było ujęte w serdeczne wyrazy, przystąpiono do wyboru członków Zarządu na r. 1909.

Na przewodniczącego wybrano kol. Brudzińskiego, który na asesorów zaprosił kol.: Maybauma i Tomaszewskiego, a na sekretarza kol. Perlisa. Głosujących było 38. Wynik wyborów był następujący: Prezesem wybrano kol. Ksaw. Jasińskiego (głosów 29); wiceprezesem kol. Kruschego (gł. 27); sekretarzem kol. Sonnenberga (gł. 29); sekretarzem II. kol. Michalskiego (gł. 25); skarbnikiem kol. Littauera (gł. 32); bibliotekarzem kol. Prechnera (gł. 31); bibliotekarzem II kol. Mogilnickiego (gł. 27). Do komisyi rewizyjnej przez aklamacyę weszli ponownie koledzy: Likiernik, Pański i Wisłocki. Do komisyi bibliotecznej również przez aklamacyę weszli ponownie koledzy: Maks Cohn i Sterling.

Sekretarze: *E. Sonnenberg*, *J. Michalski*.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Posiedzenie d. 20 czerwca 1908 r.

Przewodniczący kol. H. Fiedler. Obecnych 10 członków.

Przed porządkiem dziennym kol. Rogoziński przedstawił 18-letnią włościankę, Józefę B., u której w maju r. b. wykonał **plastyczną operacyę** pokrycia braku **skóry** na przedramieniu zapomocą płata skóry przeniesionego z tułowia. Chora, mając 2 lata, uległa oparzeniu prawego przedramienia w dolnej trzeciej części po stronie zginaczy, w następstwie czego pozostała blizna, wywołująca przykurczenie dłoni w stawie promieniowo-napięstkowym pod kątem nieledwie prostym do przedramienia. Podczas operacyi, wykonanej w d. 1 maja, gdy wycięto bliznę i ustawiono dłoń prawidłowo, w dolnej części przedramienia powstał znaczny brak skóry, której brzegi rozeszły się ku górze i ku dołowi. Wtedy wykrojono w okolicy prawego podżebrza płat skóry o szerokiej szypule, odpowiedni rozmiarami do wspomnianego braku (prostokąt o zaokrąglonych rogach 10 $\times$ 6 cm) i wszyto wierzchołek odwróconego płatu w brzeg dłoniowy rany na przedramieniu. 18 maja dokonano powtórnej operacyi odcięcia szypuły płata od tułowia, poczem po usunięciu ziarniny zarówno z płata, jak i z rany na przedramieniu, przyszyto płat pozostałą częścią obwodu do brzegów rany. Ranę powstałą na tułowiu po wykrojeniu płata przy pierwszej operacyi zeszyto częściowo, pozostała nieznaczna jej część u podstawy płata goiła się »per secundam intentionem«. Płat wrósł doraźnie (»per primam«). Wynik kosmetyczny i czynnościowy zabiegu operacyjnego zupełnie zadowalniający. (Streszczenie własne).

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
2) Kol. Raszkes odczytał rzecz p. t. **Najnowsze zdobycze w położnictwie.**

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Sprawozdanie za rok 1908.

Rok 1908 upłynął w ciężkich ekonomicznie warunkach. Skutkiem tych warunków niekorzystnych nie doszło do urzeczywistnienia podjętych w poprzednim roku planów Towarzystwa, do których należało na pierwszem miejscu założenie szpitala polskiego, prowadzonego przez lekarzy polskich, należących do Towarzystwa.

Członków rzeczywistych w ubiegłym roku miało Towarzystwo 28, z liczby tej 3 nowo wstąpiło do Towarzystwa, 1 zaś usunął się z powodu choroby. Wstąpili nowo dwaj przybyli ze starego kraju — Dr Dobija i Dr Czaki, oraz jeden tylko z dyplomowanych tu w ostatnim roku, mianowicie Dr R. Ostrowski, chociaż ukończyło studya medyczne kilku Polaków. Usunął się z powodu choroby Dr Sieminowicz. Towarzystwo, pamiętając o jego zabiegach, które położył w pracy nad zespoleniem Towarzystwa, obrało go swym członkiem honorowym. Obrano też członkiem czynnym i korespondentem Dra Fronczaka z Buffalo, N. Y. Do Towarzystwa oprócz wymienionych już należeli następujący członkowie: Dr Stupnicki, prezes, Dowiatt-Sass wiceprezes; Szymański, sekretarz; Szwajkart skarbnik; Boguszewski, Bozyncz, Gierałtowski, Kaczmarek, Kalaciński, Krygier, Kuflewski, Menclewski, Napieralski, Ostrowski, Pietrzykowski, Pietrowicz, Statkiewicz, Stobiecki, Train, Xelowski, Zalewski, Żurawski, oraz poprzednio mianowany honorowym członkiem Dr Piszczak.

Posiedzeń odbyło się 11, oprócz tego dwa posiedzenia nie doszły do skutku, z powodu niedostatecznej liczby członków. W posiedzeniach wzięło wogóle udział 107 członków, co czyni mniej, niż po 10 na każde.

Część naukową stanowiły następujące wykłady i demonstracye: Dr K. Żurawski: O nietypowym przebiegu skręcenia kiszek. Dr J. Szymański: O ocznym odczynie Calmettea (z demonstracyą). Dr K. Żurawski: O surowiczem rozpoznawaniu przymiotu. Dr J. Szymański: Przedstawienie prób surowiczego rozpoznawania przymiotu z doświadczeń własnej praktyki. Dr J. Czaki: O konserwatywnem leczeniu w ginekologii. Dr J. Szymański: Demonstracya wilczej paszczy. Jedno posiedzenie zajął wykład Prof. Lutosławskiego.

Działalność na zewnątrz wyraziła się w następujących sprawach: Dla poparcia budowy »Domu polskiego« wyasygnowano dol. 10. Uchwalono poprzeć »Dziennik Związkowy« przez ogłoszenie kolumny lekarzy Tow. Uchwalono bojkot w prywatnej praktyce dla aptecznych towarów wyrobu pruskiego. Zwrócono się do Sejmu Związku Polek w sprawie wyboru lekarzy egzaminujących do grup tego Związku w Chicago z grona Towarzystwa lekarzy polskich. Wysłano delegatów na Sejm kupców polskich w Chicago. Wysłano na Zjazd przeciwgruźliczy w Waszyngtonie Dra K. Żurawskiego jako reprezentanta lekarzy polskich na koszt Towarzystwa. Poparto rodaka aptekarza G. niezdolnego do pracy i wyasygnowano dlań z kasy Towarzystwa dol. 15. Polskiemu Uniwersytetowi ludowemu wyasygnowano dol. 10, oraz w zasadzie uchwalono popierać oświatową pracę tegoż.

Organem Towarzystwa pozostaje »Przegląd lekarski«, opłacany obowiązkowo dla członków z kasy Towarzystwa.

M. Stupnicki, prezes. Dr Jul. *Szymański*, sekretarz.

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

§ 35 postanawia, że skarb państwa pokrywa następujące koszta: *a*) osobnych doniesień (według § 4. II.), *b*) tępienia zwierząt (§ 15), *c*) nadzoru osób podejrzanych (§ 18), *d*) pomieszczenia dla nich (§ 23), *e*) zarządzeń ograniczających stykanie się z mieszkańcami miejscowości zakażonych (§ 25), *f*) poborów lekarzy epidemicznych (§ 28), *g*) odszkodowań za przedmioty uszkodzone lub zniszczone przy odkażaniu (§ 20 do 33), *h*), pensyi i zaopatrzeń dla lekarzy i ich rodzin, *i*) czynności urzędowych władz państwowych przy wykonywaniu niniejszej ustawy. — Wreszcie pokrywa skarb (§ 37) koszta nagród za szczególnie gorliwe współdziałanie w zwalczaniu chorób p. o. d. (do wysokości 200 K.), jakoteż wynagrodzeń i zwrotów za wyjątkowe wysiłki pracy. — § 36 pozostawia ustawodawstwu krajowemu przepisy o ściąganiu należytości i zwrotu tych kosztów, które poniosą gminy z powodu wykonywania ustawy (pokrywanie kosztów przez strony).

Z rozdziału IV. (postanowienia karne), wspomnieć należy, że § 38 nakłada za przekroczenie przepisów o donoszeniu i meldowaniu grzywnę do 600 K. lub areszt do 2 miesięcy (wyrokują władze polityczne), § 39 za inne przekroczenia lub zaniedbania w zakresie niniejszej ustawy, nie podpadające pod kodeks karny, grzywnę do 1000 K lub areszt do 3 miesięcy (wyrokują władze polityczne), a § 40 dozwala na konfiskatę przedmiotów, przez których przechowanie lub używanie ustawę przekroczono. Kary pieniężne wpływają, według § 41, do skarbu państwa.

Rozdział V. wreszcie zawiera postanowienia ogólne. I tak § 42 określa zakres działania władz; na zasadzie ogólnej ustawy sanitarnej z 30. IV. 1870, D. pp. 68 przypadają gminom w poruczonym zakresie działania: dochodzenia (§ 5. I), zarządzenia, objęte § 8 do 15 i miejscowe współdziałanie przy wszystkich innych zarządzeniach, podjętych na zasadzie niniejszej ustawy. W tym zakresie mogą jednak wobec moru, cholery, ospy i duru osutkowego, oraz w innych przypadkach przy groźnem niebezpieczeństwie mieć niezwłoczną egzekutywę odpowiedni lekarze, służący w publicznej służbie zdrowia. — Władzom politycznym odpowiednim przypada w udziale przeprowadzenie i zapewnienie wszystkich badań i środków dla zapobieżenia i zwalczenia chorób p. o. d., respective nadzór i poparcie zarządzeń gmin i odpowiednich organów sanitarnych.

§ 43 nadaje: I. lekarzom urzędowym lub delegowanym, po zawiadomieniu głowy domu lub osoby pielęgnującej chorego, prawo dostępu do chorego i prawo badań, koniecznych dla stwierdzenia choroby, przyczem należy ile możności postępować w porozumieniu z lekarzem ordynującym; II. organom, powołanym do przeprowadzenia odkażenia i innych potrzebnych zarządzeń, prawo wstępu do domów, mieszkań i t. p.; III. władzom politycznym prawo rewizyi domowej w razie podejrzenia, iż chorobę lub przedmiot zakażony utajono.

§ 44 dotyczy wojskowości, § 45 określa prawo rekursu (rekurs nie odwleka wykonania, prócz wykonania kar), § 46 zwalnia od opłat pocztowych za doniesienia i meldunki (nie polecone i bez recepisu zwrotnego), ale nakłada na władze sanitarne obowiązek ryczałtowej opłaty za to na rzecz poczt, § 47 znosi dawniejsze przepisy (§ 393 do 397 kod. karn. z 27. V. 1852 i patent z 21. V. 1805), a § 48 stwarza nowy § 393 ustawy karnej: »Ktoby dopuścił się czynu lub zaniedbania, o których może wiedzieć (§ 335), że mogą wywołać rozszerzenie się choroby p. o. d. i stąd niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego, ten karany będzie za przekroczenie grzywną od 10 do 1000 K., lub aresztem od 3 dni do 3 miesięcy, a gdyby wynikło ciężkie uszkodzenie cielesne lub śmierć człowieka, karany będzie według § 335. Jeżeli czyn popełniono wśród szczególnie niebezpiecznych stosunków, to będą zastosowane kary według § 337 i 432«. — Wreszcie § 49 nadaje ustawie ważność z dniem ogłoszenia, a § 50 poleca wykonanie ustawy (przepisy wykonawcze) ministerstwu spraw wewnętrznych.

Porównując ten projekt ustawy z podobnemi ustawami, obowiązującemi w innych państwach, jakoteż z zasadami ustawy, opracowanemi przez departament sanitarny ministerstwa spraw wewn. i Najwyższą Radę zdrowia, nietrudno zauważyć, że na całym projekcie znać niekorzystny wpływ nienajlepszych stosunków finansowych państwa, spotęgowany jeszcze wpływem biurokratycznego fiskalizmu. Już w zakresie tego, co projekt zawiera, a co zmierza do ochrony całego państwa przed wtargnięciem epidemii z krajów ościennych, widnieje dążność do przerzucenia ciężarów na fundusze krajów, powiatów, gmin lub wprost na ludność; oprócz tego, — jak to sam rząd w motywach ustawy przyznaje, — zupełnie brak w projekcie ustawy dokładnych i stanowczych przepisów o urządzeniach asanacyjnych i o tworzeniu urządzeń zapobiegawczych, a brak ten stara się rząd usprawiedliwić również względami finansowymi. Już ten jeden znamienny rys projektu ustawy wskazuje na to, że gdyby projekt w obecnej swej postaci został przez parlament uchwalony, musiałyby

przedewszystkiem na kraj nasz, jako najbardziej na wkraczanie chorób zakaźnych z sąsiedztwa narażony, spaść znaczne ciężary, tem dotkliwsze, że stanowiąc przedmurze państwa od epidemii, opłaca to Galicya już i tak wielkiemi ofiarami w ludziach i stratami ekonomicznemi.

Spodziewany »ramowy« charakter ustawy objawia się w projekcie jej nietyle staraniem się o tak ogólne określenia, by przepisy ustawy nie krzyżowały się z odrębnymi warunkami niektórych krajów austryackich, ile zastępowaniem w wielu szczegółowych przepisach słowa »powinno« przez słowo »może«, t. j. nadaniem wielu ważnym przepisom charakteru tylko fakultatywnego. Czy takie fakultatywne postanowienie, które »może« być zastosowane, w danym przypadku zastosowane być »ma«, rozstrzygać będzie wedle projektu ustawy rozporządzenie centralnych władz administracyjnych, które z natury rzeczy nie mogą znać stosunków krajowych tak dobrze, jak czynniki miejscowe, ani nie będą się z nimi liczyć tak uważnie, jak czynniki autonomiczne. I to jest druga ujemna strona projektu ustawy ze względu na stosunki naszego kraju, pod wielu względami tak odmienne od stosunków w innych krajach Austryi.

Zwołanej przez siebie ankiecie przedłożył Wydział krajowy pytania:

1) Czy i o ile żądać należy takich zmian w projekcie rządowym, któreby zastrzegały kompetencyę Sejmu, resp. Wydziału krajowego, zamiast c. k. Rządu w zakresie przepisów uzupełniających.

2) Które choroby prócz wymienionych w projekcie należałoby wprowadzić do ustawy.

3) Jaką drogą i w jaki sposób mają być władze zawiadamiane o chorobach zakaźnych.

4) Sprawa odpowiedniego zorganizowania służby sanitarnej tak ze strony władzy rządowej, jak i autonomicznej.

5) Sprawa rozdziału kosztów pomiędzy gminy, kraj i c. k. Rząd. (Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Najważniejsze daty ze statystyki urzędowej o kasach chorych w Austryi za rok 1906. W roku sprawozdawczym 1906 było (poza kasami uczniów i brackiemi, osobno zestawionemi) czynnych kas chorych 2944 (2967 [1]). Z tej liczby nadesłało wykazy do statystyki 2917 (2934) kas. Ubezpieczonych było w tych 2917 kasach osób ogółem 2,946.668 (2,844.246), a z tych 179,769 (170,578) nie podlegało ustawowemu obowiązkowi ubezpieczenia. Pośród członków kas było 667,273 (640.923) kobiet. A więc ogółem liczba kas chorych zmniejszyła się wprawdzie nieco w roku sprawozdawczym, ale liczba ubezpieczeń wzrosła, i to o 3·6% (2·8%) w porównaniu z rokiem poprzednim. Z owej sumy ubezpieczonych 2,946.668 (2,844.246) zachorowało osób 1,143.062 (1,165.414), przypadków choroby zgłoszono 1,438.340 (1,476.961), choroby trwały 24,931.067 (25,543.089) dni. Statystyka uwzględnia tylko takie dni choroby, w których chorzy brali zasiłki pieniężne lub dni spędzone w szpitalu. Nadto wypłaciły kasy 54.020 (50.696) położnicom za dni 1,502.120 (1,434.982). Ogólna zatem liczba przypadków, w których kasy udzielały zasiłków pieniężnych, wynosiła 1,492.360 (1,527.657), na co przypadło dni choroby 26,433.187 (26.978,071). Zmarło członków 24.958 (27.080).

Na 100 członków chorowało średnio 38·8 (41·0) w 48·8 (51·9) przypadkach chorobowych, średnio przez 17·3 (17·3) dni. Na 100 kobiet przypada 8·10 (7·91) porodów. Na każdego mężczyznę przypada w roku 8·45 (9·05) dni choroby, na kobietę każdą 8·19 (8·74) dni, a wliczywszy porody 10·44 (10·98) dni. Liczba dni choroby średnia dla mężczyzn i kobiet wynosiła 8·97 (9·49) (odsetek chorobowości). Na 100 członków zmarło 0·84 (0·95). Jest to najniższy dotąd w kasach chorych spostrzegany odsetek śmiertelności.

Co do strony finansowej, to należy podnieść, co następuje: Ogólne dochody kas chorych wynosiły 63,885.456 K. (60,327.793), wydatki zaś wynosiły ogółem 59,525.629 koron (58,307.894), a więc nadwyżka w dochodach wynosiła **4,329.887 K.** (2,019.899), i została przelana do funduszu rezerwowego kas w roku 1906. Nadwyżkę tę wywołało bezwątpienia opadnięcie chorobowości 8·97 (9·49). Korzystne finansowe położenie kas chorych udowadniają i następujące daty: Nadwyżkę dochodów nad wydatkami wykazało 2025 (1810) kas, a z tych 648 (543) zasiliło swój fundusz rezerwowy conajmniej $^1/_5$ dochodów (§ 27 ust. o kasach chorych). Reszta kas 892 (1124) nie przelała nic do funduszu rezerwowego, lub miała niedobór. Na ogólną sumę 59,525.629 K. (58,307. 894) K. wydatków składają się następujące pozycye. Świadczenia dla ubezpieczonych kosztowały 61,366.347 K. (51,074.010 K.), czyli 86% (90·6%) całej sumy dochodów, a mianowicie: Zasiłki w gotówce wynosiły 29,785.806 koron (30,037.822), koszta lekarskie 9,390.606 (9,127.241) [2]), leki 6,947.669 (6,749,462), szpitale 3,917.823 (3,770.300), pogrzeby 1,324.443 (1,379,185). Koszta zarządu wynosiły 5,171.599 K. (4,811.574) t. j. 8·7 (8·5)% wszystkich dochodów.

Ogólny majątek wszystkich kas chorych, (a więc suma funduszów rezerwowych wszystkich czynnych kas chorych z potrąceniem niedoborów wszystkich kas biednych) dosięgnął z końcem roku sprawozdawczego 1906 sumy **51,939.935 koron** (47,777.020 K.). Kasy chorych uczniów rozporządzają nadto funduszem rezerwowym 845.195 (789.919 K.). *Stahr.*

Kas chorych w Niemczech było w r. 1902 — 23.214, a w roku 1907 — 23.232, liczba ich członków wzrosła w ciągu tego sześciolecia z 9,858.066 na 12,138.966, wydatki na pomoc lekarską na członka z 3,80 na 5,22 Mk., a na lekarstwa z 2,69 na 3,31 Mk. *R.*

Podanie prezydyum Związku państw. organizacyi lek. austr. do prezydenta ministrów, ministra skarbu i ministra spraw wewnętrznych: »Prezydyum Związku państw. organizacyi lekarskich prosiło w czerwcu 1908 o zwołanie ankiety z udziałem lekarzy jako pełnoprawnych członków. Ministrowie odmówili tej prośbie z tem uzasadnieniem, że ankieta taka niedopuszczalna jest w ówczesnym okresie sprawy. Lekarze zadowolnili się wtedy tem oświadczeniem. Przedłożenie rządowe zostało później w Izbie posłów oddane bez pierwszego czytania komisyi, składającej się z 52 członków. W tym okresie sprawy wystąpiła stała Rada pracy przy ministerstwie handlu z niezwykłem żądaniem, aby jej, ciału nieparlamentarnemu, do którego nie należy ani jeden przedstawiciel lekarzy, oddano jeszcze raz projekt rządowy do oceny. Zaznaczamy, że Rada pracy wystąpiła w swych dawniejszych uchwałach jaknajsilniej przeciw skromnym i przez rząd za słuszne uznanym żądaniom lekarzy, które projekt rządowy w części uwzględnił. A teraz dowiadujemy się z pism codziennych, że Rada pracy zwołana została na naradę nad przedłożeniem rządowem na 11. i 12. b. m. Lekarze Austryi muszą odczuwać to jako ciężką krzywdę tembardziej, że ich prośbie o zwołanie ankiety rząd swego czasu odmówił. Związek państw. organizacyi lek. prosi zatem, by prezydent ministrów nie oddawał projektu rządowego w sprawie ubezpieczenia społecznego w tym okresie sprawy ciału nieparlamentarnemu do jednostronnej oceny, zważywszy, że przez oddanie go osobnej komisyi parlamentarnej nabył już swoistego charakteru«.

Na to podanie odpowiedziało ministerstwo handlu, że stała Rada pracy podjęła narady nad projektem rządowym z własnej inicyatywy, a więc nie rząd oddał projekt do oceny. Żadnemu zaś ciału nie można zabronić naradzać się nad projektami rządowymi. *Stahr.*

Lekarzy okrętowych poszukuje marynarka wojenna austryacka. Do obsadzenia jest większa liczba miejsc lekarzy fregaty. Roczna płaca 2200 K., dodatek na mieszkanie 708 K., dodatek na służącego 360 K., nadto dodatek na wyekwipowanie się 800 K. Po jednorocznej służbie próbnej i złożeniu egzaminu następuje nominacya na rzeczywistego lekarza fregaty z roczną płacą 2600 K., która w trzech pierwszych latach wzrasta rocznie o 200 K. Po 3—4 latach następuje nominacya na lekarza okrętu liniowego z roczną płacą 3600—4000 K., z dodatkiem na mieszkanie 1224 K. i dodatkiem na służącego 360 K. Szpital marynarki ze stałym stanem chorych 300 daje sposobność do dalszego kształcenia się w zawodzie, oprócz tego rokrocznie wysyła się kilku lekarzy na studya na kliniki uniwersyteckie. Bliższych wyjaśnień udziela IX. oddział c. i k. ministeryum wojny, sekcya marynarki, Wiedeń III. Marxergasse 2. a. *R.*

Sądy wobec lekarzy. Pewien lekarz w Salzkammergut zaskarżył rodziców zmarłego dziecka o to, że rozsiewali wieści,

---

[1]) Cyfry nawiasowe odnoszą się do roku 1905.

[2]) Tu znowu wliczona, jak zawsze, kontrola chorych, koszta utrzymania ambulatoryów, narzędzia i t. p.

jakoby on zapóźno wstrzyknął surowicę i przez to przyczynił się do śmierci dziecka. Sąd uwolnił jednak oskarżonych. wywodząc, że do tych przypuszczeń uprawniało (!) ich zdziwienie innego lekarza, że wstrzyknięcia dokonano tak późno. *K.*

Szpital w Zakopanem dobiegł już 10 lat istnienia. Dr Jan Gawlik, kierownik szpitala od r. 1904, wydał z tego powodu sprawozdanie lekarskie ze szpitala za ostatnich lat pięć wraz z rzutem oka na całą dziesięcioletnią działalność szpitala. Szpital ten, zbudowany i urządzony z końcem r. 1899 dzięki staraniom ówczesnego lekarza klimatycznego, Dra T. Janiszewskiego ze składek publicznych, łączył w sobie w jedną całość szpital z domem izolacyjnym, a zdołał stopniowo zapewnić sobie byt stosunkowo niezależny dzięki temu, że chorzy, nabrawszy do szpitala zaufania, zgłaszają się licznie i chętnie płacą koszta leczenia. To też zwrot kosztów leczenia w kwocie 4000 do 4500 koron rocznie, jakoteż subwencye stałe od Sejmu, komisyi klimatycznej i gminy (razem 1400 K.), zapewniają byt szpitalowi, którego budżet roczny waha się między 6000 a 7000 koron. Taksa dzienna w szpitalu wynosi 1,60 K. w II., a 4 K. w I. klasie, dzień leczenia kosztuje średnio 2,42 K. Brak funduszu nie dozwolił dotąd komisyi klimatycznej szpitala rozszerzyć; na razie dokupiono tylko kawałek gruntu. Szpital ma łóżek 15, a jest tak urządzony, że części budynku mogą być izolowane. Szpital w ostatnich czterech latach odnowiono, zaopatrzono w nowy sterylizator i t. d. Obecny kierownik prowadzi od r. 1901 oddział chirurgiczny Oddziałem zakaźnym zawiaduje z urzędu lekarz klimatyczny. Oprócz tego pracuje stale jeden z lekarzy miejscowych bezinteresownie, prowadząc choroby wewnętrzne i ambulatoryum, a drugi wykonywa dla szpitala rozbiory chemiczne i mikroskopowe. Nie było zresztą w Zakopanem lekarza, któryby przez czas jakiś dobrowolnie nie brał udziału w pracy szpitalnej; zbyteczna zwracać uwagę, z jaką to jest połączone obopólną korzyścią i jak godne naśladowania we wszystkich naszych szpitalach prowincyonalnych. Pielęgnowaniem chorych i gospodarstwem szpitalnem zajmują się osobiście SS. Służebniczki w sposób zupełnie zadowalniający. W ostatniem pięcioleciu leczyło się w szpitalu 791 chorych stałych, z czego 436 przypadków chirurgicznych operowanych; porady ambulatoryjnej udzielono 1559 osobom. Operacyi, których szczegółowe zestawienie podaje sprawozdanie w formie tablicy, a wśród których nie brak i najpoważniejszych zabiegów, wykonano w ostatniem ośmioleciu 725, z czego 653 uwieńczonych wyleczeniem zupełnem. *R.*

Stan sanitarny m. Mielca w r. 1908. Przez cały rok 1908 epidemii żadnej nie było, pokazały się tylko sporadyczne przypadki odry, płonicy, krztuśca, róży i duru brzusznego. Na 5000 mieszkańców umarło w r. ubiegłym osób 99. Z tych blizko połowa przypada na dzieci, z których większa część umarła w 1. roku życia, a mianowicie: 15 na nieżyt jelit, 12 na zapalenie płuc i nieżyty dróg oddechowych, 4 na zapalenie gruźlicze opon mózgowych, po 1 na płonicę, odrę i krztusiec, 11 dzieci było nieżywo urodzonych, lub zmarło w pierwszych dniach z powodu braku sił żywotnych. Na uwiąd starczy umarło 16 osób. W wieku średnim zmarło 13 osób na gruźlicę płuc, 3 na dur brzuszny, po 1 na różę i raka żołądka 7 osób z wady serca, kilka na zapalenie płuc, nerek i stawów. — W ubiegłym roku wybudowano baraki izolacyjne z powodu grożącej z Rosyi cholery. Dla asanacyi miasteczka rozpoczęto wiercenie studni na rynku według wskazówek Prof. Dunikowskiego ze Lwowa, chociaż bezskutecznie, gdyż w głębokości 85 m. na wodę źródlaną jeszcze nie natrafiono. Z wiosną mają się roboty na nowo rozpocząć. Kanalizacyę uskuteczniono dla braku funduszów tylko częściowo. *Dr Józef Sternberg.*

(Byłoby pożądane, aby lekarze miejscy w tych miasteczkach, gdzie niema środków na wydanie obszerniejszego sprawozdania, przynajmniej najważniejsze dane podawali do publicznej wiadomości; przykład Mielca godny jest naśladowania). *R.*

Śmiertelność w Anglii spadła w r. 1908 na 14,7 pro 1000 ludności. Jest to najniższa śmiertelność, jaką spostrzegano od r. 1837.

Austryackie Towarzystwo zwalczania chorób wenerycznych rozwija energiczną działalność. Obecnie zastanawia się ono nad sprawą odpowiedzialności prawnej w razie rozmyślnego przeniesienia zakażenia na osobę drugą, jakoteż nad leczeniem przymusowem zakażonych i doniesieniami lekarskiemi w przypadkach chorób wenerycznych. Również opracowuje Towarzystwo sprawę pouczania młodzieży o zagadnieniach płciowych. Pouczanie to łatwo odbywać się może w szkole w drodze przyrodniczej i biologicznej. *X.*

Lekarskiego inspektora dla spraw przemysłowych, którego zadaniem będzie nadzór nad higieną zakładów przemysłowych, badanie chorób zawodowych, zapobieganie i t. p., ustanowił rząd bawarski. *X.*

Niektóre sporty uznać należy za niehigieniczne. Należą tu n. p. pielęgnowane w Anglii, a wprost brutalne walki bokserów i modne obecnie biegi maratońskie. Te biegi zwłaszcza przekraczają już granice higieny, wpływając bardzo szkodliwie na płuca i serce. *X.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 14. II. do 20. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3, krztuśca 5 † 1, płonicy 20 (w tem obcych 3), duru brzusznego 1 † 2 (1 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. II. do 20. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 2 (w tem obcych — † 2), krztuśca 2, płonicy 6 (3), odry 11 † 1, duru brzusznego 3. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 31. I. do 6. II. 1909 zgłosiło się do szpitali warszawskich przypadków: ospy 5 † 1, odry 1, płonicy 4, róży 2, duru brzusznego 14 † 3, duru osutkowego 26 † 3, duru powrotnego 3, grypy 6, błonicy 2. (*Gaz. lek.* 8).

W sprawie statystyki gruźlicy

na XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich rozpoczęło Towarzystwo lekarskie w Siedlcach jeszcze w grudniu 1908 r. starania ze swojej strony. Mianowicie wydało i rozesłało Towarzystwo kwestyonaryusz, ułożony na wzór kwestyonaryusza, przyjętego przez Towarzystwo lekarskie częstochowskie. Kwestyonaryusz ten, ułożony bardzo szczegółowo, obejmuje prócz nazwiska, wieku, miejsca zamieszkania, zajęcia, danych o rodzinie, — rubryki, dotyczące okresu sprawy gruźliczej, krwioplucia, gorączki, tętna, metod rozpoznawczych, czasu leczenia, przebiegu i zejścia. Wobec tego uzyskane dane dadzą się włączyć do wyników, uzyskanych na zasadzie kwestyonaryusza Delegacyi stałej Zjazdów.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 24. lutego 1909 posiedzenie, na którem Prof. Rosner okazał pępowinę nadmiernie długą z podwójnym prawdziwym węzłem i dwa przypadki raka szyjki macicy, operowanego sposobem Pfannenstiela, a Prof. Bochenek miał wykład: »O gruczołach przytarczycznych». W dyskusyi przemawiali: Prof. Browicz, Ciechanowski, Lewkowicz, Rosner, Dr Rydel i prelegent.

— Spadkobiercy ś. p. K. Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie przesłali kwotę 50 koron do funduszu imienia ś. p. Dra Jordana dla niezaopatrzonych rodzin po lekarzach, — za co Wydział Związku lekarzy składa Im serdeczne podziękowanie.
Sekretarz: *Dr Weinsberg.* Prezes: *Prof. Wicherkiewicz.*

Lwów. Na posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej w d. 20. II. 1909 poruszono opaźnianie się sprawozdania fizykatu za r. 1907 i 1908, reorganizacyi służby zdrowia, budowy szpitala zakaźnego i sprawy zwalczania chorób wenerycznych wśród młodzieży szkolnej. Następnie zajmowała się komisya sprawą cholery, zagrażającej krajowi z wiosną i uchwaliła zaznaczyć, że sprawa budowy miejskiego baraku izolacyjnego jest pilna i odwlec jej nie można, bez względu na to, iż ministerstwo spraw wewn. przeznaczyło dla Galicyi dwa nowego systemu baraki zimowe, (z których jeden ma być ustawiony w szpitalu kraj. we Lwowie, a drugi w Tarnopolu).

— Towarzystwo ginekologiczne lwowskie urządza podobnie, jak w roku zeszłym, kurs powtarzania dla położnych, na który Rada miejska udziela 600 kor. subwencyi.

Warszawa. W pracowni naukowej warszawskiego Towarzystwa lekarskiego urządza kierownik jej, Dr St. Serkowski, w kwietniu r. b. wykłady i zajęcia praktyczne z bakteryologii (ze szczególnem uwzględnieniem cholery i duru brzusznego) według następującego planu: 1) Ogólna metodyka bakteryologiczna. 2) Metodyka różniczkowa (metody wyosobniania, hodowania i różniczkowania). 3) Stałe i zmienne cechy przecinkowców cholery.

4) Serodyagnostyka. 5) Wakcynacya cholery i duru brzusznego. 6) Metodyka wyosobniania (kał, krew, woda) i różniczkowania prątków durowych. 7) Odczyn Wassermanna w zastosowaniu do duru brzusznego, gruźlicy i kiły. 8) Zasady profilaktyki współczesnej. Wykłady odbywać się będą 3 razy tygodniowo od 8 do 10 wieczorem, a zajęcia praktyczne w ciągu dnia. Warunki uczestniczenia i zapisy w kancelaryi Towarzystwa lekarskiego (ul. Niecała 7). D. 30. marca 1909 o godz. 8 wieczorem odbędzie się w pracowni dla członków Tow. lek. i lekarzy szpitalnych demonstracya metodyki i przygotowania szczepionek do wakcynoterapii.

— W sprawie wyraźnego zmniejszenia się działalności na polu piśmiennictwa lekarskiego zabiera głos Dr Teodor Heiman w »Medycynie i Kronice lek.« (Nr 8), stwierdzając, że przyczyną tego jest stopniowe ustępowanie z pola starszego pokolenia lekarzy — bez następców w pokoleniu młodszem, które nie stara się zająć opróżnionych stanowisk i do pracy naukowo-piśmienniczej się nie garnie. Smutne to zjawisko odbija się także na naszem czasopiśmiennictwie, w którem prawie ciągle czyta się tesame, nieliczne nazwiska. To też Dr Heiman nawołuje młodszych lekarzy, by wedle możności zasilali pracami istniejące czasopisma lekarskie polskie.

— W Częstochowie odbędzie się 19. i 20. IX. b. r. Zjazd higieniczny w związku z wystawą miejscową.

— Według ostatniego sprawozdania radomskiej Rady gubernialnej dobr. publ., ogółem w całej gubernii radomskiej jest 7 szpitali: dwa w Radomiu i po jednym: w Opatowie, Opocznie, Sandomierzu, Staszowie i Iłży. W powiatach koneckim i kozienickim szpitali wcale niema. Liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła 4,273, utrzymanie wszystkich szpitali kosztowało 67,085 rb. Sprawa otwarcia szpitali w Końskich, w Kozienicach i w Ostrowcu już jest rozstrzygnięta przychylnie i na ten cel są już zgromadzone fundusze: w Kozienicach 26,724, w Końskich 12,635 rb., w Ostrowcu 2,585 rb. Wszystkie szpitale razem rozporządzają 226 łóżkami. Jest to liczba w stosunku do potrzeb ludności, bardzo niedostateczna. Domy opieki posiadają miasta: Radom, Opoczno, Sandomierz i Staszów, a oprócz tego istnieje przytułek we wsi Rożki i przytułki dla sierot w Radomiu i Sandomierzu. We wszystkich tych instytucyach przebywa 105 osób, utrzymanie ich kosztuje 4,000 rb. Nowe chrześciańskie Domy opieki zamierzono otworzyć: w Końskich, w Kozienicach, w Opatowie, w Szydłowcu i w Przedborzu.

Z różnych stron. VI. Ogólne doroczne Zgromadzenie »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu odbyło się 12. II. (30. I.) 1909. Porządek dzienny oprócz sprawozdań dorocznych obejmował wykład Doc. Noiszewskiego: »Siatkówka i korowy obręb wzrokowy. Powstanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych. Halucynacye wzrokowe. Krytyczny rozbiór teoryi Munka« i Prof. Ziemackiego: »Projekt założenia wolnej Wszechnicy polskiej w Petersburgu«.

— Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie liczyło w pierwszym roku istnienia 78 członków rzeczywistych i jednego honorowego. Z tych 62 mieszka stale w Kijowie, 17 poza Kijowem. Na posiedzeniach największa ilość zebranych wynosiła 52, najmniejsza 14. W ciągu roku odbyło się 10 posiedzeń naukowych i jedno, poświęcone wyborowi członka honorowego Towarzystwa. Odczytów było 15. Na rok 1909 prezesem obrano Dra Rumszewicza, wiceprezesem Dra Trzebińskiego, sekretarzami Dra Łążyńskiego i A. Januszkiewicza, skarbnikiem Dra R. Sokołowskiego.

— Celem przygotowania materyału na międzynarodową konferencyę w sprawie badania raka, odbyć się mającą w Brukseli we wrześniu 1910, zbiera się w d. 14—18. IV. b. r. w Berlinie międzynarodowe Biuro Związku przeciwrakowego. Do Biura tego należy komitet warszawski, a mianowicie Dr Jaworski, Rejchman i W. Żurakowski.

— Towarzystwo lekarzy chorwackich (Zbor lijecnika kraljevina Hrvatske i Slavonije) miało w r. 1908 — 414 członków zwyczajnych, 7 korespondentów, 22 honorowych, odbyło 12 posiedzeń, na których wygłoszono 14 wykładów. Majątek Towarzystwa wynosił 22.985 K., dochody w r. 1908 10.970 K. Fundusze zapomogowe wynoszą 19.150 K. (Lijec. Vijestnik 1909. 2).

— Dr Juliusz Steinhaus, Warszawianin, obecnie kierownik pracowni dla badania raka w Brukseli, wydał świeżo po niemiecku swój »Zarys histologii patologicznej«, nakładem księgarni Focka w Lipsku.

— »Logika medycyny« Dra Wł. Biegańskiego wyszła w tłómaczeniu niemieckiem Dra A. Fabiana, nakładem Stubera w Würzburgu.

— W Niemczech liczba słuchaczów medycyny zwiększyła się w ostatnich 3 latach o 36%. Wobec tego za 3—4 lat nastąpi w Niemczech w zawodzie lekarskim przepełnienie, stwarzając dla lekarzy bardzo niekorzystne warunki materyalne.

— Niemieckie pisma lekarskie domagały się, zwłaszcza od czasu, gdy pojawiły się wiadomości o założeniu zakładu badania radu w Anglii, założenia takiegoż zakładu w Niemczech. Obecnie spełnia się to, dzięki fundacyi nieznanego dobroczyńcy, który ofiarował na ten cel 130.000 marek uniwersytetowi w Heidelbergu. Nowym zakładem ma kierować fizyk, Prof. Lenard.

— Przy sposobności reformy studyów dla dziewcząt, podjętej w Niemczech, uwzględniono w szerokiej mierze higienę. W wyższych szkołach żeńskich będzie wykładana higiena i pielęgnowanie dzieci z ćwiczeniami praktycznemi w ochronkach i żłobkach i kursem samarytańskim. Zarazem wydano przepis, ażeby sale szkolne miały najmniej 24 m. kw. powierzchni, a na każdą uczennicę przypadało przynajmniej 0,8 m.kw. podłogi przy odpowiedniej wysokości sali i t. p.

— Pod przewodnictwem ministra Möllera powstał w Niemczech »Centralny komitet dla sprawy pielęgnowania zębów w szkołach«. Do celu swego zmierzać ma komitet przez pouczanie młodzieży szkolnej i tworzenie szkolnych klinik dentystycznych.

— Monachijska niemiecka młodzież uniwersytecka zwróciła się do senatu z prośbą o odmawianie przyjęcia na uniwersytet Czechom. Senat, stojąc na wysokości swego zadania, do prośby się nie przychylił. W związku z tem dzienniki niemieckie ubolewają nad »zalewem uniwersytetów elementami słowiańskimi«, zwłaszcza w Rosyi. Studenci zabierają najlepsze miejsca w audytoryach, zachowują się, jak u siebie w domu, i chodzą na wykłady, nie rozumiejąc nieraz dobrze po niemiecku. Uwagi te możnaby w części nazwać i słusznemi, gdyby nie wiała z nich na każdym kroku rasowa nienawiść. *X.*

— »Köln. Ztg.« donosi o następującym przypadku. Niejaki Dr Weisbrod z Düsseldorfu, prócz praktyki lekarskiej zajmował się w wolnych chwilach i innemi sprawami, a nawet stręczeniem małżeństw. Otóż za wyszukanie żony pewnemu sędziemu otrzymał 6000 marek. Było mu to za mało i po pewnym czasie zażądał jeszcze dodatkowo 6000 marek, grożąc skargą sądową. Broń własna zwróciła się jednak przeciw niemu; prokuratorya wytoczyła mu proces o wymuszenie. Dr Weisbrod skazany został na rok więzienia i pozbawienie praw obywatelskich przez lat 5. Nie koniec na tem, bo skazany twierdził, że pozbawienie praw nie odnosi się do wykonywania praktyki, i dopiero sąd musiał na nowej rozprawie wyraźnie mu to wytłómaczyć. *X.*

Mianowani: Doc. Th. Müller profesorem higieny w Gracu, generalny lekarz sztabowy Prof. Kratschmer szefem korpusu lekarzy armii austryackiej.

Powołani: Prof. O. Minkowski z Gryfii na katedrę med. wewn., a Prof. R. Pfeiffer z Królewca na katedrę higieny do Wrocławia.

Zmarli: Dr Izydor Szamed, lekarz okręgowy, w 39 r. ż. we Lwowie; Dr Józef Wigura, emer. lekarz zachodniego okręgu górniczego Królestwa Pol., w 56 r. ż. w Suchedniowie.

Redakcya otrzymała: Prof. K. W. Majewski: Scotoma helioplegicum. Odb. »Post. okul.« 1909. — Doc. Kowalski: 1) O białkomoczu wywołanym podnietami termicznemi. Lwów 1909. 2) O nieprawidłowem podnoszeniu się ciepłoty ciała, wywołanem podnietami termicznemi. Kraków 1909. — Dr Emil Fuhrmann: Aerzliches Jahrbuch für Österreich. 1909. — J. Gawlik: Sprawozdanie szpitala zakopiańskiego za czas od 1. I. 1904 do 31. XII. 1909 i rzut oka na jego 10-letnią działalność. Kraków 1909. — Kleczkowski T.: 1) Włókna rdzeniowe w siatkówce a plama Mariottea. 2) Dwa przypadki nieprawidłowości rozwojowych górnych dróg łzowych. »Postęp okulist.« 1908/9.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1909.

Gaz. lek. Nr 5: Wernic: Technika metody Wassermanna w syfilisie i próba precypitacyjna ze zniszczeniem aleksyn i gly-

kocholanem sodu. Bornstein (c. d.). — Nr 6. Goldberg: Współczesny stan nauki o znieczuleniu lędźwiowem z podaniem stu własnych przypadków. Bornstein (dok.). Wernic (dok.). Nr 7. Kopczyński: Przypadek izolowanej niemoty zmysłowej z zachowaną zdolnością czytania. Goldberg (dok.). — Nr 8. Zembrzuski: Torbiel sieci. Kopczyński (dok.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 5 i 6: Chybczyński (dok.). Kopytowski (dok.). — Nr 7. Krauze: O wnętrostwie i jego leczeniu. Simon: O stosowaniu pyocyanazy w zakaźnych cierpieniach gardzieli. — Nr 8. Orgelbrand: Znaczenie radu w leczeniu wodami mineralnemi. Krauze (dok.).

Tygodnik lek. Nr 4. Małaniuk: Kilka uwag w sprawie leczenia tężca. Wyhowski: O znaczeniu klinicznem reakcyi nitroprusydkowej Arnolda. — Nr 5. Hornowski: O nowej postaci skazy krwotocznej. Małaniuk (dok.). — Nr 6. Opolski: Myokerosis angiotica haemorrhagica, nowa postać skazy krwotocznej. Kowalski. O tak zwanem hartowaniu ciała zapomocą stosowania zabiegów wodnych. — Nr 7. Ziembicki W.: O klinicznem oznaczaniu białka w moczu i innych płynach, w szczególności o nowym odczynniku, zastosowanym do tego celu przez Isuchiyę. Opolski (c. d.). Blumenfeld: Przyczynek do dziejów kiły w Europie i Polsce.

Nowiny lekarskie Nr 2. Wrzosek (dok.). A. Maciesza (dok.). J. Ziarko (c. d.). Fr. Chłapowski: O dysenteryi pełzakowej (amebowej), z powodu spostrzeganego przypadku. Jadwiga Matusewicz i E. Rosenhauch (c. d.). Brudnicki (dok.). A. Karwowski: O nowoczesnej Roentgenoterapii. Klęsk: Uwagi z dziedziny leczenia spraw i zakażeń ropnych. Bieliński (c. d.).

Postęp okulistyczny Nr 1. Majewski: Scotoma helioplegicum. Kleczkowski: Włókna rdzeniowe w siatkówce a plama Mariottea.

Przegląd chorób skórn. i wener. Nr 11—12. 1908. Giedroyć: Nauka o chorobach wenerycznych w piśmiennictwie lekarskiem polskiem (c. d.).

Kronika dentyst. Nr 2. Krakowski: Lyzoform i jego zastosowanie w dentystyce.

Zdrowie Nr 2. Brunner J.: Szczepienie ochronne przeciwcholeryczne i jego podstawy naukowe. Korczyński L. (dok.). Sigalina: Gimnastyka oddechowa na zasadzie psychologicznej.

Przegląd higieniczny Nr 2. Popielski (dok.). Kaczorowski: Stan zdrowia, uzębienia i ogólnej higieny młodzieży szkół ludowych i wydziałowych we Lwowie.

Głos lekarzy Nr 3. Flis: W sprawie organizacyi lekarzy. Krzyżanowski: Walka ochronna przeciw cholerze. Śnieżek: W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej.— Związek lekarzy rządowych. — Nr 4. Krzyżanowski (c. d.). Śnieżek (dok.). — Ankieta międzynarodowa w sprawie tajemnicy lekarskiej. — Sprawozdanie komisyi sanitarnej Sejmu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit, nowy środek odżywczy, omawia Dr A. Schnee, lekarz chorób wewnętrznych w Wiedniu (Terapeutisches Centralblatt Nr 23, 1908). Że visvit istotnie wpływa nadzwyczaj korzystnie na ustrój, to wynika z jego składu chemicznego, z zawartości hemoglobiny, lecytyny i soli wapniowo-magnowej kwasu nukleoacidfosforowego, z których to składników ostatni, jako naturalne połączenie organiczne, zapewnia ustrojowi potrzebną ilość fosforu w postaci ulegającej łatwo wessaniu.

Z wielkiej liczby chorych, leczonych skutecznie visvitem, przytacza S. szczegółowo 6 przypadków: 3 przypadki osłabienia u neurasteników, 1 przypadek niedokrwistości i 2 przypadki znacznego upadku sił przy nieżytowych zaburzeniach jelit.

U 57-letniego neurastenika objawiało się wyczerpanie niemożnością załatwiania spraw, wymagających wysiłku umysłowego. Pożywienie więcej roślinne uregulowało trawienie, a podawanie visvitu w zwykłej dawce przez 3 tygodnie usunęło stan wyczerpania. W obu przypadkach nieżytu jelit podawano wodę karlsbadzką, a obok tego visvit. Apetyt poprawił się, a po 4 tygodniach stwierdzono przybytek wagi o 2 względnie 3 kg.

Chorzy przyjmowali visvit chętnie, apetyt ich się poprawił, odżywienie również, a stany osłabienia, bądźto pochodzenia psychicznego, bądź fizycznego, ustępowały w stosunkowo krótkim czasie.

Posiadamy więc w visvicie, zdaniem Dra S., środek odżywczy, którego wyniki lecznicze przyczynią się do powiększenia liczby jego zwolenników. *Dr. W.*

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 3. marca 1909 o godz. 6 wieczór w klinice lekarskiej** (Kopernika 15). Na porządku dziennym: 1) Dokończenie dyskusyi w sprawie gruczołów przytarczycznych. 2) Doc. Męsowicz: Przedstawienie przypadków klinicznych. 3) Prof. Jaworski, Doc. Nitsch i Dr Łapiński: Demonstracya i wykład o znaczeniu klinicznem metody Wassermanna-Neissera-Brucka dla rozpoznania kiły.

Po posiedzeniu odbędzie się **o godz. 8 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4) **wieczerza koleżeńska**.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodz ju obcokrajowe szczawy. 218

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.
MECHANOLECZNICZY
ZAKŁAD ZANDEROWSKI
(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).
LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.
Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.
APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.
POKOJE DLA CHORYCH. 125
ZAKŁAD OTWARTY od 9–1-ej i od 4–6-ej.
Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Collargol Konsekwentnie przeprowadzone leczenie collargolem (wlewania, wstrzykiwania) leczy przy dostatecznem dawkowaniu wiele przypadków najcięższego **zakażenia ogólnego.**

Unguentum Heyden Do **dyskretnych wcierek rtęci**; nadaje się szczególniej dla **kobiet, dzieci** i do **periodycznego leczenia się.** Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g.

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani **lek ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.**

Ichthynat, ammonium ichthynatum Heyden, z tyrolskiego węgla rybnego, o wiele tańszy od ichtyolu.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 a

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 D. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Abbazia

302

Dr LEOPOLD LÖW

ordynuje **wyłącznie** w chorobach **skórnych** i **narządów moczowych** (Abbazia, Postgebäude).

Rok założenia 1887. **Rok założenia 1887.**

I-sza KRAJOWA FABRYKA OPATRUNKÓW CHIRURGICZNYCH

M. L. DOBROWOLSKIEGO

MAG. FARMACYI W PODGÓRZU

poleca swoje wyroby pozostające pod kontrolą Komisyi przemysłowej krakowskiego Towarzystwa lekarskiego.

Fabrykę znajdującą się obecnie na Krzemionkach, pędzą dwie maszyny parowe o łącznej sile 32 koni. Znajduje się w niej 10 krempli do dziennej produkcyi 500 kgr. waty, blicharnia i suszarnia bawełny, oraz laboratoryum parowe. — Oświetlenie elektryczne. — Ogrzewanie centralne. — Telefonu Nr 200.

Zwiedzenie fabryki P. T. Lekarzom dozwolone. 212

Dr Kahlbaum, Görlitz

Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i umysłowych.

Otwarty zakład leczniczy dla chorych nerwowych.

Zakład leczniczo-wychowawczy

dla młodocianych chorych nerwowych i umysłowych. 125

FIGOL JAHR

najprzyjemniejszy i najskuteczniejszy przetwór przeczyszczający.

Figol Jahr jest to syrup sporządzony z miąszu fig smyrneńskich z odpowiednim dodatkiem płynnego wyciągu strączków senesowych.

Figol Jahr działa jako środek lekko przeczyszczający skutecznie i bezboleśnie.

Figol Jahr reguluje stolec, oddaje znakomite usługi przy zaparciu nawykowem stolca.

Figol Jahr bywa chętnie przez dzieci i dorosłych zażywany.

Figol Jahr daje się w razie potrzeby przed spaniem, dorosłym $1/2$ do $1 1/2$ łyżki stołowej, dzieciom $1/2$ do $1 1/2$ łyżeczki kawowej.

Figol Jahr kosztuje: duża flaszka Kor. 2·70, mała flaszka Kor. 1·80.

Rp. Figol lagen origin. 223

Wyrób i główny skład

w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO

w Krakowie ulica Szczepańska l. 1.

Składy prawie we wszystkich aptekach.



Tanie czeskie pierze do pościeli!

5 kg.: świeżo darte K. 9·60, lepsze K. 12, białe puchowe darte K. 30, K. 36. — Wysyłka opłatnie za pobraniem. Wymiana i zwrot za opłatą porta dozwolone.

143 BENEDIKT SACHSEL, LOBES Nr 204

pod Pilznem, Czechy.

Resorbina rtęciowa

szara i czerwona

9 d $33^1/_3$% & 50%

Próbki i piśmiennictwo na życzenie.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmaceut. Abteilg. Berlin S. O. 36.

Najczystsze leczenie wcieraniem

Bez zapachu

Nie wala bielizny.

Ordynacya:

Ad tubam graduatam

Rurki szklane z podziałkami

à 15 i 30, 25 i 50 gr.

$33^1/_3$% 50%

Guajacol Perdynamin

Środek swoisty

przeciw **gruźlicy** w okresie początkowym,
przeciw **skrofulozie**,
przeciw **nieżytowi oskrzeli**,
przeciw **kokluszowi**.

270 b

Środek zapobiegawczy

przy **skłonności do chorób płuc** (wywołanej przez niedokrewność)
przy **ozdrowieniu po influency** lub innych **chorobach zakaźnych**.

Probki i piśmiennictwo bezpłatnie przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier:

d. Mr. Camillo Raupenstrauch, em. aptekarz,
Wiedeń II/1, Castellezgasse 25.

Części składowe:
12·5 g Natr. sulfoguajacol. ad 250 g Perdynam.
(Hämoglobin-Sacharat).

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Boievard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie **łyżeczkę od kawy w ¹/₄ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.**

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie **wywierały**. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób **użycia**: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, **ułatwia trawienie**, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób **użycia**: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się **celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula.** Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i **próbki dla Panów Lekarzy** gratis i franco, **przesyła** Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.**

Rok LXVIII. Kraków, dnia 6. marca 1909. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Współczesne badania cukrzycy.

Podał

Wacław Moraczewski.

Cukrzyca nic przestaje zajmować fizyologów i patologów. Mimo wielu zdobyczy, któremi nowsze badania szczycić się mogą, pozostaje tajemnicą istota choroby, i prawie wszystkie usiłowania doprowadzają do udoskonalenia metod i leczenia, nie posuwając ani trochę naszych wiadomości w kierunku teoretycznym. Od czasu do czasu, choć żaden szczególny wypadek epoki nowej nie stwarza, godzi się porównać czasy minione z czasami teraźniejszymi i zsumować to, co dotąd wiemy. Z konieczności popełnia się przytem niejedną niesprawiedliwość, bo głębokie myśli, istotnie nowe poglądy zostają w cieniu, a na plan pierwszy wysuwają się badania prowadzone przez armie pracowników na potężnych klinikach.

I.

Na polu teoretycznem prac zawsze mało, bo tu i badanie trudniejsze i mniej pracujących. E. Pflüger, wycinając część dwunastnicy u żab, spostrzegał zawsze wydzielanie cukru i tłomaczył ten objaw wpływami nerwów otrzewnej, które od dwunastnicy do trzustki biegnąc, przez operacyę zostają uszkodzone. Klasyczne ukłucie Cl. Bernarda oddziaływać ma według jego zapatrywania na wydzielenie nadnercza i w ten sposób do wydzielenia cukru doprowadzać. (Przekonano się bowiem, że wstrzyknięcie większej ilości adrenaliny wywołuje wydzielenie cukru [1]). Doświadczenia Minkowskiego świadczą zatem nie o wpływie soku trzustkowego, albo wewnętrznego wydzielenia trzustki, tylko o wpływie nerwów, które operacya uszkadza. Pflüger jest rzecznikiem nerwowej teoryi cukrzycy i dopatruje się w uszkodzeniu nerwów najważniejszych czynników tego zaburzenia w asymilacyi i desasymilacyi. Oczywiście należy tu rozumieć jakiś wpływ na unaczynienie pewnych narządów, na wydzielenie mniej lub więcej szybkie fermentów, mniej lub więcej zmienionych. Wpływy nerwowe są przecie zawsze wpływami chemicznymi. Wydzielenie kwasu solnego w żołądku jest czysto nerwowym aktem; pod wpływem nerwów z tej samej ilości soli we krwi żołądkowe komórki wydzielają większą ilość kwasu bądź przez przyspieszenie dyfuzyi, bądź przez »zakwaszenie« protoplazmy. Akt ten pod wpływem nerwów spełnia się inaczej: ten sam proces chemiczny wypełnia się za gorliwie, za szybko, za gwałtownie: — owoż mniej więcej tak samo wyobraża sobie Pflüger czynność tych nerwów w dwunastnicy i w trzustce, tych nerwów, które od dna czwartej komory mózgowej idą. Cukrzyca, wywołana przez wstrzyknięcie adrenaliny ma mieć według Falty ten sam charakter, co cukrzyca po ukłuciu Cl. Bernarda.

Przypuszczam, że nawet najgorliwsi zwolennicy teoryi chemicznych przeciwko tej teoryi nerwowej tak interpretowanej nic mieć nie mogą, świadczyłaby ona bowiem tylko o tem, że na drodze nerwowej da się prędzej i wybitniej zmienić typ przeróbki materyi, niż na drodze chemicznej. Użyjmy raz jeszcze porównania z wydzieleniem soku żołądkowego. Nie udaje się zapomocą pozbawiania ustroju soli kuchennej zmniejszyć kwasności soku żołądkowego, choć przecie sól jest jedynem źródłem kwasu solnego; natomiast udaje się to łatwo przez namowę lub rozrywkę, albo odpoczynek. Nikt z nas nie wątpi, że nie namowa zmienia się w sodę, która zobojętnia kwas, jeno namowa zmienia warunki krążenia i dyfuzyi. I jeszcze jedno porównanie. Nie udaje się nawet przy bardzo znacznem ciśnieniu skroplić gaz ponad jego krytyczną temperaturą, natomiast udaje się skroplić każdy gaz zapomocą obniżania temperatury. Wpływ temperatury, to są czynniki nerwowe, sięgające głębiej, działające potężniej; wpływ chemiczny, to nasze zwykłe mechaniczne ściskanie, które pomagać może, które w wielu razach samo wystarcza, ale które przecie nigdy skuteczności tamtych wpływów nie dosięga.

W teoryi nerwowej cukrzycy nic nie zmieniają spostrzeżenia zależności wzajemnej pomiędzy gruczołami tarczowym, trzustkowym, nadnerczem i może przysadką mózgu, albo zgoła całym mózgiem; nic nie zmieniają doświadczenia, w których udało się wyciągiem z trzustki leczyć cukrzycę, wywołaną przez nadnercze (Zulzer). Właśnie te wszystkie cenne dla poznania choroby badania, utwierdzają nas w przekonaniu, że zmieniona czynność wątroby, czy całego ustroju zależna jest od tych niewyjaśnionych a tak różnych wpływów. Wiemy oddawna, że choroba Basedowa łatwo się łączy z cukrzycą, a polega przecie na niewyjaśnionym wpływie nerwowym (n. współczulny). Wiemy dalej, że nadnercze odgrywa rolę w cukrzycy nie tylko przy chorobie Adisona, ale nawet wprost przez wpływ

[1]) E. Blum. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1901. Band 91.

wyciągu na krew i tkanki. Wiemy, że nadnercze nie wywołuje glikozuryi u pozbawionych gruczołu tarczowego i że podawanie tegoż gruczołu wpływ nadnercza zwiększa. Akromegalia w 40% wypadków łączy się z cukrzycą; wreszcie najczęściej spotykana zależność cukrzycy od stanu wątroby i trzustki stoi w związku z otłuszczeniem ogólnem, skazą moczanową i t. p. Jeszcze bardziej znane, choć najmniej jasne, są wpływy układu ośrodkowego. Wielkie zmęczenie, przewroty losu, denerwujące zajęcie stanowią jedną z najczęstszych przyczyn choroby, a wszelkie wzruszenie ilość cukru powiększa. Wszystko zatem wiedzie nas do wniosku. że czynniki nerwowe stanowią główną przyczynę choroby i że w nich szukać należy istoty choroby. Cukrzyca bowiem w tej postaci, którą za typową i groźną uważać zwykliśmy, jest szaleństwem komórek, jest przewrotem w procesach ustroju, zmianą zarówno w przyswajaniu i budowaniu, jak w spalaniu i rozkładaniu.

Byłoby śmiałością, chcieć teraz nazywać cukrzycę brakiem syntezy — jak twierdzą jedni z uczonych lub niedokładnem spalaniem, jak twierdzą inni. Niezaprzeczenie cukier, który zazwyczaj przechodzi w glikogen, pozbawiony jest w cukrzycy tego spajającego fermentu. Krąży więc po ustroju bezużytecznie i wydziela się jak sól lub mocznik. Cukier powstaje nietylko z węglowodanów, powstaje niezaprzeczenie i z białka i wraz z tamtem ma budować białko. Tej syntezy niema w cukrzycy: stąd chudnięcie i wycieńczenie, które szczególniej w młodym wieku jest zabójcze. Złośliwość cukrzycy u dzieci świadczy najlepiej, że cierpi synteza, że rosnący ustrój znacznie prędzej przy braku syntezy się rozpada, niż ustrój dojrzały, który mniej buduje, a więcej odnawia. Ale nietylko synteza cierpi w cukrzycy. Trzeba przypuszczać, że część cukru jest materyałem palnym, że bądź lewozwrotny, bądź prawozwrotny cukier tę rolę na siebie biorą, że spalają się do kwasu węglowego i wody. Owóż w cukrzycy i ta własność ustawać może, zamiast cukru ustrój spala może tylko część, a potrochu spala tłuszcz i białko. Obliczania ilorazu oddechowego wykazały, że część cukru nawet w cukrzycy groźnej ulega spalaniu ($\frac{CO_2}{O}$ zbliżała się do jedności, ale zwykle bywała niższa (Mohr). Łatwość przyswajania lewozwrotnego cukru świadczyłaby o tem, że lewuloza jest materyałem palnym, a dekstroza służy do budowy. W ciężkich przypadkach jednak nawet lewuloza nie ulega spalaniu, tylko wydziela się jako dekstroza. To znowu świadczyćby mogło o tem, że i syntetyczne sprawy nawet w najcięższych przypadkach nie ustają, lewuloza bowiem musiała stać się glikogenem, aby potem rozpaść się na dekstrozę.

Wszelka sprawa, podniecająca czynności ustroju szkodzi w cukrzycy, podnosi wydzielenie cukru; i to spostrzeżenie uczy nas, że rozkład ustroju jest jakby wzmocniony, że nie brak spalania, nie ospałość, ale raczej nadmierna wrażliwość i czułość istnieć może w ustroju. O tem samem świadczą spostrzeżenia Mohra. Może dziecinny ustrój i dla tej przyczyny bardziej cukrzycą się rujnuje, że w nim wszelkie sprawy szybciej i gwałtowniej zachodzą.

Staraliśmy się zespolić w pewną całość to wszystko, co przyniosły nowe badania. Dla uzupełnienia wspomnieć należy o pracach Rosenberga, który wykazał dwie odrębne drogi spalania cukru i węglowodanów, spalanie wątrobowe i bezwątrobowe i o pracach Lépina, Schlesingera i innych, dotyczących zawartości cukru we krwi oraz fermentów glikolitycznych.

II.

Sposoby badania cukrzycy musiały z biegiem czasu uledz zmianom. Przedewszystkiem zwrócono uwagę na jednolitość cukru w moczu (Geelmuyden) i nauczono się zapomocą porównywania fermentacyi ze skręcaniem światła i z miareczkowaniem utwierdzić się w przekonaniu, czy się ma jeden gatunek cukru w moczu. Bardzo pewne próby podał C. Neuberg dla wykrycia pentozy, lewulozy i kwasu glikuronowego. Polegają one na wytwarzaniu ozasonów z fenylhydrazyną i metylowaną fenylhydrazyną. Zamiast dawniej używanej rezorcyny wprowadzono dla poznawania lewulozy pochodne od niej związki. Ale nietylko oznaczanie ilości, przedewszystkiem zużytkowanie znalezionej ilości uległo zmianie. Ilość cukru służy do obliczania ilości kaloryi, porównywa się z ilością spożytych węglowodanów i z ilością wydzielonego azotu.

Stosunek D : N znajduje się w następujący sposób: Od ilości wydzielonego cukru odejmuje się ilość cukru zawartą w pożywieniu, resztę dzieli się przez dobową ilość azotu. Jeżeli zatem w dyecie niema wcale węglowodanów, n. p. przy głodzeniu się, to stosunek D : N wyraża ilość cukru, pochodzącego z białka. Ilość ta w cukrzycy trzustkowej jest stała i wynosi u psów 2·8, — który to stosunek uważano dawniej za wyraz całego cukru z białka. Doświadczenia kliniczne nauczyły, że D : N może przekraczać nietylko 2·8, ale nawet 6·6, które stanowi granicę możności wytwarzania cukru z białka. Białko zawiera bowiem 16·6% azotu i 52·4% węgla. Z tego węgla potrzeba 8·3 gramów na wytworzenie mocznika, z danej ilości azotu N : C = 28:12 pozostaje zatem 44·1 węgla dla cukru, z czego powstać może najwyżej 110 gr. cukru (72 : 180 = 44 : 110). Zatem na 16 azotów wypada 110 cukru, czyli 6·6.

Oczywiście to suche obliczanie więcej imponuje, niżby należało. Nikt nie wie, czy azot spala się cały na mocznik, szczególniej w tych niezwykłych warunkach; może azot inną drogę wybiera. W każdym razie nawet gdyby cały węgiel białka użyty był na wytwarzanie cukru, stosunek D : N byłby 8·3, a przecie nieraz widziano D : N = 10 i wyżej.

W tych przypadkach przypuszczać należy, że nietylko białko ale i inne składniki tkanek, jak tłuszcz lub lecytyna dostarczają materyału do wytwarzania cukru, albo, że te wielkie stosunki są tylko chwilowe i wynikają z ilości zapasowej glikogenu, powstałego w czasie choroby.

Rezonowanie to nie ma być rozstrzyganiem pytania, skąd się bierze cukier, ile raczej przykładem, jak bardzo ściśle starają się wykazać zależność ilości cukru od pożywienia i bilans ustroju zbudować. Jeżeli zatem w pożywieniu znajduje się cukier, to ilość cukru tego ma być od wydzielonej ilości odjęta, a otrzymana reszta stanowi D, które się z azotem w stosunek wprowadza. Gdyby ilość wydzielanego cukru była mniejsza od wprowadzonego, stosunek D : N stawałby się ujemny i w grę nie wchodziłby wcale. Po tem, co mówiliśmy wyżej, jest to zupełnie zrozumiałe: chodzi nam o względne rozkładanie białka i obli-

czenie, czy białko ulega zmianie w cukier. I tu znowu zrobimy małe zastrzeżenie. Bardzo być może, że część białka ulega zmianie, a reszta cukru powstaje z węglowodanów. Nadzwyczajnej pewności nie mamy, czy ustrój zawsze spala naprzód węglowodany, zanim się do białka zabierze.

Falta (klinika Noordena), który w ostatnich czasach bardzo dużo nad badaniem cukrzycy pracował, wprowadził inny jeszcze współczynnik, który nazwał Q. Ten współczynnik otrzymuje się, dzieląc ilość wydzielonego cukru przez ilość białka i węglowodanów. Z białka ma powstawać 5 razy tyle cukru, co azotu; zatem $5 \cdot N$ oznacza ilość cukru z białka, reszta K jest ilością węglowodanów.

Wzór wygląda tak:

$$A = \frac{D}{5 \cdot N + K}$$

D cukier w moczu.
$5 \cdot N$ cukier z białka z pożywienia.
K cukier z węglowodanów z pożywienia.

Iloraz ten ma dawać wskazówki, jak się zachowuje ustrój i szczególniej ma o wytwarzaniu cukru z białka świadczyć. Oczywiście im mniejszy iloraz, tem korzystniejsze warunki odżywiania.

Zapomocą tego ilorazu uwidoczniono wpływ szkodliwy białka, a raczej wykazano, że przy większej ilości białka iloraz się powiększa.

III.

Zachowanie się białka w ustroju chorych na cukrzycę stanowiło oddawna przedmiot badania licznych uczonych i wbrew przypuszczeniom stwierdzono, że białka stosunkowo mało się rozkłada [2]). Jeżeli choremu podawać duże ilości białka, wtedy znaczna część azotu ulega zatrzymaniu. Taka hypazoturya, oddawna znana francuskim badaczom, wydawała się nieprawdopodobną. Bardzo długo trwało wahanie się, czy zatrzymanie azotu ma oznaczać przyrost białka, czy nie. Francuzi dawno zdecydowali, że takie zatrzymanie azotu nie oznacza przyrostu białka. W wielu razach waga ciała nie zmieniała się wcale, ani stan ogólny się nie poprawiał. Musiano tedy przyznać, że azot zatrzymany bywa może w innej postaci, np. jako kwas moczowy, jako kwas amidowy i t. d. Przeciwko temu dotąd buntują się zachowawcze umysły niemieckich uczonych i najbardziej typowe zatrzymania azotu skrupulatnie przerachowywują na białko, dziwiąc się nabożnie, gdzie się ono podziewa. Ani trochę więcej śmiałości nie okazał Falta, który sprawie zatrzymania białka wiele miejsca w pracy swej poświęcił Wnosi on tylko, że cukrzyca nie rozkłada białka nadmiernie, że ma raczej skłonność do oszczędzania białka. Tym sposobem nawet dzienne zatrzymywanie 14 gr. azotu świadczy, że »białko nie ulega większemu niż zwyczajnie rozkładowi«. Znamy przecież inne choroby, które obniżają przemianę materyi, do nich należy obrzęk śluzowaty (albo raczej *athyreoidismus*). Zaburzenia czynności gruczołu tarczowego wywołują zatrzymanie azotu, mniejszy rozkład azotu. Dodanie ustrojowi produktów gruczołu tarczowego wzmaga natomiast wydzielenie azotu. Należy zatem przypuszczać, że w tych przypadkach, gdzie azot tak wybitnemu ulega zatrzymaniu, gra rolę gruczoł tarczowy, albo inny, mający podobny wpływ na przeróbkę tkanek.

W tem powolnem spalaniu leży jedna z najznamienniejszych cech cukrzycy. Wszystko, co podnosi szybkość spalania źle wpływa na wydzielanie cukru. Dawno wiemy o szkodliwości mięsa w cukrzycy, a pożyteczności głodu. Kolisch głosił heretyckie zasady, że cukrzycę leczyć trzeba węglowodanami, a nie mięsem. Nieraz spotyka się artykuły, w których propaguje się karmienie cukrem. W tem wszystkiem jest trochę prawdy, a więcej jeszcze prawda występuje, jeżeli rady te opatrzeć komentarzami: karmienie cukrem mogło być niedostatecznem odżywianiem a przypadek mógł być niezbyt ciężki; wpływ głodu, wpływ dodatni przeważył. Zdanie Kolischa podzielają wszyscy, którzy cukrzycą się zajmowali; każdy wie, że bez porównania mniejszy jest skutek mięsnej dyety, niż dyety roślinnej. Nadto, można zapomocą rachunku wykazać, że spalanie cukru i węglowodanów znacznie jest dokładniejsze przy dyecie mało mięsa zawierającej, niż przy dyecie mięsnej. Zatem nie ulega wątpliwości, że wszystko, co podnieca rozkład białka, co podnieca przemianę materyi, szkodzi spalaniu cukru i wiedzie do obfitszego wydzielania. Na dowód możnaby przytoczyć dwie liczby, wyjęte z pracy Falty:

Węglowodanów	135	Węglowodanów	24
Azotu	8	Azotu	15
Cukru w moczu	86	Cukru w moczu	81·9
$Q = 48{\cdot}6$		$Q = 81.$	

Widzimy zatem, że przy większej ilości azotu tak zwana tolerancya jest znacznie mniejsza i widzimy dalej, że 135 węglowodanów lepiej spożytkowuje ustrój, niż 15 gr. białka. Wszystkie te liczby wskazują na nieprawidłowy rozkład białka w cukrzycy i tłomaczyć powinny objaw utrzymania azotu, tak często spotykany, oraz bezwarunkowo szkodliwy wpływ, jaki białka w niektórych razach wywierają.

Cukrzyce bowiem bywają bardzo różne i są takie, które szczególniej na białko są czułe. Nie trudno wtedy wykazać, że zarówno przy zastąpieniu węglowodanów przez białka, jak i przy superpozycyi, t. j. dodaniu białka do pożywienia ilość cukru się wzmaga wyraźnie. Co więcej, dodatek białka znosi ustrój gorzej niż dodatek cukru. Takie przykłady uczą, że cukier w niektórych razach jest tem, czem kwas szczawiowy albo moczowy, że wydziela się niezależnie od pożywienia, że to nie jest cukromocz pokarmowy, tylko zboczenie rozkładu tkanek. Usuwanie cukru w pożywieniu jest tak samo naiwne w tych razach, jak usuwanie szczawianów w oksaluryi. Przyczyna oksaluryi nie leży w tych drobnych ilościach, zawartych w pomidorach lub szczawiu, tylko z nieprawidłowym rozkładem białka. I wydzielenie cukru — w takich razach — nie zależy od ilości wprowadzonego cukru, tylko od niewłaściwej sprawy spalania. W wielu przypadkach leczymy cukrzycę zupełnie czem innem, niż sądzimy. Wydaje nam się, że leczymy ją brakiem cukru w pożywieniu, a faktycznie leczymy ją głodem, który ten brak cukru wywołuje. Któż z nas nie zna tych świetnych wyników pierwszych dni, po których aż nadto prędko następują uparte »nieświetności«. Tu się już ustrój do głodu przyzwyczaił, albo głód białkiem zaspokoił, psując tym sposobem główny czynnik leczenia. Oczywiście

[2]) Badania kalorymetryczne wykazały pewne niedotlenianie się ustroju, co niezupełnie łatwo daje się pogodzić z tem, co mówiliśmy wyżej.

nie mówimy tu o wszystkich cukrzycach, mówimy raczej o pewnym ich gatunku.

Tak jak na białka, czułe bywają inne cukrzyce na tłuszcz. Prawie zawsze ulega przytem cukier gorszemu spalaniu i chociaż zazwyczaj bezwzględna ilość cukru spada, jednak stosunek do azotu się zwiększa. (Przy białku nawet bezwzględna ilość cukru się powiększa). Taki wpływ świadczy o tem, że tłuszcz w szczególnych razach dotyka sprawy spalania w sposób dla cukrzycy szkodliwy, że sprawę spalania powiększa Jeżeli zatem w tej gwałtowności spalania leży główny powód wydzielenia cukru, to czynnik taki, jak tłuszcz, jest niepożądany. Że tłuszcze powiększają ilość acetonu, to nietylko stwierdzono wielokrotnie, ale podano nawet tego przyczynę. Uważają, że kwasy tłuszczowe są tego powodem, wykazano nawet, że podawanie kwasów tłuszczowych podnosi ilość acetonu więcej, niż same tłuszcze. Nie wszyscy jednak przekonać się dali temu prostemu tłomaczeniu. Dla wielu wpływ tłuszczów jest bardziej skomplikowany, niż dla szczęśliwych badaczów acetonu. Wykazały między innemi badania Biernackiego, że przy dodaniu tłuszczu do pożywienia cały rozkład azotu ulega zmianie. Niejednokrotnie i mnie udało się dowieść, że dodatek tłuszczu wzmaga wydzielenie indykanu, szczawianów i acetonu jednocześnie, wzmaga wydzielenie kwasu moczowego i cukru, który jest ich starszym bratem. Przypadki cukrzycy, które gorzej znoszą tłuszcze niż białko, są znowu pewną odmianą cukrzycy, w której albo powodem jest narząd, czuły na tłuszcze, albo tłuszcze wpływać muszą szczególnie energicznie na podniecenie rozkładu białka. Przykładem takiego ustroju, czułego na tłuszcz, są przypadki Allarda Hesse i Bernsteinna Balaffio, Westenrijka, z których pracy przytoczymy następujące zestawienie:

Dużo białka i tłuszczu, mało węglowodanów:
cukru 316 (w pożywieniu 107) D : N = 7.3.

Mało białka i tłuszczu dużo węglowodanów:
cukru 670 (w pożywieniu 547) D : N = 2·9.

Średnio białka, dużo tłuszczu, dużo węglowodanów:
cukru 1574 (w pożywieniu 980) D : N = 10·7.

Mało białka, średnio tłuszczu, dużo węglowodanów:
cukru 1439 (w pożywieniu 1360) D : N = 2·05.

Dużo białka i tłuszczu, średnio węglowodanów:
cukru 1671 (w pożywieniu 1159) D : N = 4·9.

Średnio białka, dużo tłuszczu, mało węglowodanów:
cukru 687 (w pożywieniu 376) D : N = 8·4.

Wynika stąd, że węglowodany spalają się lepiej bez tłuszczu i białka, że tłuszcz szczególniej obniża w tym wypadku tolerancyę [3]).

Z kolei przechodzimy do omówienia wpływu węglowodanów. Liczne spostrzeżenia pozwoliły z niejaką ścisłością wyrazić prawo najogólniejsze, wedle którego ilość wydzielonego cukru zależną jest od ilości wprowadzonego. Brzmi to napozór bardzo, może nawet zbyt zrozumiale, ale pamiętajmy, że o białku nie da się tego samego powiedzieć, pamiętajmy dalej, że większa ilość mogłaby wywoływać stosunkowo większe albo stosunkowo mniejsze wydzielenie. Prawo to, dość ogólnie sformułowane, wymaga pewnych zastrzeżeń. Ustrój w cukrzycy nie jednakowo znosi wszelkie gatunki cukru. Najgorzej znosi maltozę, najłatwiej mąkę z owsa. Są ustroje, które doskonale znoszą cukier mleczny, — inne cukier kartoflany, — stąd te rozmaite dyety: mleczna, kartoflana i t. d., oparte czasami na niedość licznych spostrzeżeniach, a zbyt często uogólniane.

W ogólności, jako drugie prawo dotyczące węglowodanów można wymienić zdanie, że jednolite węglowodany lepiej znosi ustrój, niż mieszane. Noorden na mocy licznych spostrzeżeń powziął śmiały zamiar leczenia cukrzycy mąką owsianą. Nowy ten sposób został wielokrotnie wypróbowany (istnieje od roku 1902) i prawie wszyscy badacze przyznają, że wyniki są pomyślne. Oczywiście wyniki te nie są długotrwałe, bo zazwyczaj do dyety owsianej ucieka się w ostateczności, kiedy nie pomagają inne dyety, a powtóre zauważyć się dało, że dyeta owsiana sprawia skutek najświetniejszy za pierwszym razem, a potem działać przestaje. W. His wytwarzał z owsa wyciągi wyskokowe, które jakoby wpływać miały na obniżanie wydzielenia cukru. W jego klinice przekonano się, że owies nietylko wpływa dodatnio, jeżeli nim zastąpić wszystkie inne węglowodany, ale nawet wtedy, kiedy się go do węglowodanów innych dodaje. To spostrzeżenie zachęciło go do badania wyciągów z owsa.

Jest rzeczą znaną, że cukier lewozwrotny, cukier owocowy albo lewuloza, spala się lepiej od innych w ustroju i podawany w cukrzycy ilości wydzielonego cukru nie zwiększa. Spostrzeżenie to wraz z temi wiadomościami, jakie o zachowaniu się lewulozy w ustroju prawidłowym i w tak zwanych lewulozyach posiadamy, doprowadziło do pewnej teoryi. Przypuszczamy, że każdy ustrój buduje z glikozy a lewulozę spala. Stąd łatwość wydzielenia w cierpieniach wątroby, stąd względna tolerancya w cukrzycy. Są jednak przypadki, w których ruchliwość cukru (Falta: »Zuckermobilisirung«) tak jest znaczna, że nawet lewuloza wydziela się jako dekstroza. Zazwyczaj lewuloza oszczędza bardziej białko ustroju, niż inne cukry, a nawet, jak dowiódł Minkowski, przyczynia się do wytwarzania glikogenu u psów pozbawionych trzustki. W ciężkich przypadkach żaden cukier nie zdoła zmniejszyć rozkładu białka, a lewuloza wpływ swój traci. Musimy jednak zaznaczyć, że we wszystkich razach wpływają węglowodany na wydzielenie acetonu i często dlatego używane i nadużywane bywają.

IV.

Do charakterystyki cukrzycy należy wydzielanie acetonu i kwasów aceto-octowych i wodano-masłowych. Prawie wszyscy badacze przypisują tłuszczom wpływ szczególny na te ciała, nazywają ich powstawanie acydozą czyli zakwaszeniem i zwalczają je wielkiemi dawkami zasad. Nie można przeczyć wynikom doświadczeń, ale przecie wszystko, co dotąd o tych ciałach pisano, sprawia wrażenie pewnego nieporozumienia. Ciała te należą do zwykłych produktów ustroju. W prawidłowych warunkach zwiększają się przez tłuszcze a zmniejszają przez zasady, ale równie dobrze przez białko lub węglowodany. Wydzielenie ich w cukrzycy nie

---

[3]) Tolerancyą, jak wiadomo, nazywamy możność spalania węglowodanów bez wydzielania cukru i usiłowaniem każdego leczenia jest podniesienie tolerancyi.

może podlegać wpływowi masła lub kwasów tłuszczowych, ani nie zmienia się pod wpływem zasad, tylko raczej zasady zmieniają ogólną sprawę spalania, tak jak ją zmienia brak tłuszczu lub wielka ilość cukru. To pewna, że aceton i jego praciała są w związku najściślejszym z całą sprawą, której objawem jest cukrzyca i zwalczanie tej sprawy zasadniczej jest »koniecznym i wystarczającym« warunkiem leczenia. Minkowski jeden z najlepszych znawców cukrzycy, ostrzega przed zbytnią obawą acetonu. Kto chce mieć wynik, musi czasami bez względu na powiększanie się acetonu dalej konsekwentnie ustrój odcukrzać i głodzić, aby nie wpaść w to błędne koło, w którem jutro psuje dziś i wiedzie do wczoraj. Aceton miewają wogóle cukrzyce zaniedbane, tracą go przy bezcukrowej dyecie, to jest prawo ogólne.

Kwaśność moczu — nie krwi, która wcale mniej zasadową nie jest — bywa bardzo uparta w cukrzycy. I to jest jeden z objawów stałych. Kwaśność ta nie ustępuje pod wpływem wielkich dawek zasadowych soli. Nawet 30 do 60 gramów sody dziennie nie daje żadnych oznak w moczu. Energiczniej działa może magnezya i wapno ze względu na wielkość cząsteczek lub powolności wydzielania. Przed wielu laty, badając zachowanie się wapna w cukrzycy, wyraziłem zdanie, że kwaśność moczu lepiej jest zwalczać solami wapna, tembardziej, że ustrój traci sole wapniowe wskutek rozpuszczalności cukrzanu wapna. Z czasem w dwutlenku magnezyi znaleziono środek energicznego odkwaszania moczu, ale jak wszystko, co dotychczas w cukrzycy stosowano, okazał się on tylko w nielicznych lekkich przypadkach skutecznym.

V.

Omawiając rozmaite objawy cukrzycy, które mają rzucać światło na tę wyjątkową chorobę, dotykaliśmy z konieczności i sprawy leczenia. Z tego, co nowsze badania wykryły, nie wynika bynajmniej, żeby w leczeniu trzeba było zaprowadzać zasadnicze zmiany. Cukrzyca jest nadmiernem spalaniem — uruchomieniem cukru. Wszystko, co ustrój zmusza do apatyi, leczy ją; — zatem najogólniej wszystko to, co pozbawia ustrój nadmiaru energii. W lekkich przypadkach ruch fizyczny wpływa na zmniejszenie się cukru (Minkowski); w ciężkich szkodzi, ale ciężkie przypadki wogóle niczem ratować się nie dają. Czasami wpływać ma ciepło dodatnio (Luthje), o czem zresztą nikt się stanowczo nie przekonał. Pokarm, trudno się przyswajający, białko i tłuszcz w postaciach lekkich zazwyczaj zupełnie usuwa zatarg pomiędzy spożytkowaniem a wydzielaniem. Że w ciężkich sprawach białko i tłuszcz gorzej znoszone bywają, ma nas nauczać, abyśmy nie przekarmiali ustroju i z wielką trzeźwością wymierzali stosunek pomiędzy tłuszczem, białkiem i węglowodanami, ma nas ostrzegać przed jednostajnością dyety i przypominać, że każda cukrzyca jest światem nieznanym, że niema dwóch jednakich cukrzyc na ziemi.

Więcej niż nasza dyeta, która jest pewnego rodzaju objeżdżaniem wilka, a nie leczeniem, obiecują nam leczenia narządami, tlenem i t. p. Na razie są to rzeczy bardzo mało wypróbowane. Zülzer wstrzykiwał sok z trzustki i znalazł, że to nic nie szkodzi. Wstrzykiwanie tlenu do krwi pomagało psom, o ile nie wywoływało u nich skrzepów we krwi; na ludziach nie odważono się dotąd robić tych doświadczeń. Zaszywanie trzustki między tkanki, karmienie gruczołem tarczowym może z czasem stanie w szeregu sposobów leczenia. Wreszcie operacyjne leczenie tej choroby, która przecie z nerwami ma tyle styczności, ma widoki. Tymczasem mimo wielu bardzo świetnych odkryć i doświadczeń, przyznają najlepsi znawcy, że o istocie choroby nic nie wiedzą, że ją zaliczać muszą do szeregu takich, jak akromegalia, choroba Adisona, obrzęk śluzowaty — zresztą zazwyczaj z cukrzycą połączonych. To pewna, że doświadczenia lat ostatnich przekonały nas, jak bardzo dużo spraw zwykłych, spraw fizyologicznych odnaleść można w cukrzycy, przekonały nas, że są to tesame, tylko wzmocnione, rozszalałe sprawy, wskazały na podobieństwo, jakie między zwykłem spalaniem w ustroju, a spalaniem cukrzycy zachodzi. Tem samem torują drogę do istoty sprawy.

Przyrząd do miesienia cieplnego dla praktycznego lekarza.

podał [1])

Dr J. Kitaj

asystent wiedeńskiej polikliniki.

Miesienie cieplne uważać musimy za kombinacyę termoterapeutycznych metod leczniczych z rękoczynami mechanicznymi. Ten rodzaj mechanoterapii znalazł dziś ważne zastosowanie w licznych działach medycyny praktycznej, a do uprawiania go według zdania Prof. Winternitza wcale nie są konieczne specyalnie urządzone zakłady lecznicze, ani też skomplikowane przyrządy. Także i w mniej wygodnych warunkach, w praktyce prywatnej, używać można miesienia cieplnego z dobrym wynikiem.

Przy tej sposobności pozwalam sobie przedstawić krótko działanie fizyologiczne podrażnień termomechanicznych. Jak wiadomo, działa miernie użyte oziębienie wzmacniająco. Przy zastosowaniu zimna na serce można zauważyć, że liczba tętna opada, krzywa tętna podnosi się po krótkim czasie. Ciśnienie w naczyniach krwionośnych również wzrasta, a uderzenia koniuszka sercowego stają się silniejsze. Według Brückego i Horwatha działanie to przypisać należy obniżeniu ciepłoty. Wyższa ciepłota wywiera widoczny wpływ na wszystkie czynności ustroju, inerwacyę, cyrkulacyę i rozdzielenie krwi, jakoteż na wymianę materyi. Działanie to nie ogranicza się tylko do skóry, lecz udziela się także głębiej położonym tkankom i narządom wewnętrznym. Zależnie od stopnia ciepłoty i czasu stosowania działać można uśmierzająco lub podniecająco. Pod wpływem wreszcie bardzo wysokiej ciepłoty rozszerzają się naczynia krwionośne, co nam pozwala wywołać w dowolnem miejscu sztuczne czynne przekrwienie, przyspieszyć wessanie wysięków, ożywić miejscową wymianę materyi (przez to możemy zmiękczać i rozdzielić guzy dnawe). Leczenie ciepłem pozwala nam dalej wywołać pewne zmiany w głębiej położonych narządach, wywierać wpływ na wydzielanie kwasu solnego w żołądku i na wydzielanie żółci. Działanie ciepła podnosi, według badań Mathesa i Puschkina, sprawność ruchową żołądka.

Gdy także miesienie wywiera wielki wpływ na krążenie krwi, na czynność serca, oraz na ciśnienie w naczyniach, jakoteż na wchłanianie wysięków i wymianę materyi, przeto — rzecz prosta, — połączenie obu czynników, to znaczy termoterapii z wpływami mechanicznymi (miesieniem) daje lekarzowi w rękę spotęgowany środek leczniczy.

Po raz pierwszy zastosował kombinacyę termoterapii z miesieniem, jako miesienie cieplne, Goldscheider. Później sporządzono w tym celu wiele przyrządów, jak np. hydrotermostat

[1]) Odczyt w Towarzystwie medycyny fizycznej i w Towarzystwie lekarzy wiedeńskich.

Welandera, termofor Salaghiego i t. d. — Krause, Bier, Greville, Lindemann, Verstätter, Frey, Leiter i Winternitz podawali przyrządy z różnego materyału i używali pary, elektryczności lub ciepłej wody do ich ogrzewania.

Przyrząd, przezemnie używany, jest to wydrążony walec blaszany, który można dowolnie napełnić zimną lub ciepłą wodą przez szczelnie zaśrubowywany otwór, znajdujący się na jednym z końców. Końce walca spoczywają w zakończeniach pręta kształtu ┌┐, zaopatrzonego pośrodku drewnianą rączką, którą (dla wygodnego przenoszenia) można odśrubować, a do której przymocowana jest śrubka, służąca do połączenia walca z prądem elektrycznym. W ten sposób używać można aparatu równocześnie także do miesienia elektrycznego. Cały przyrząd ma budowę bardzo prostą, przypominając walce z bibułą, używane po biurach do wysuszania pisma.

Przyrząd ten nadaje się zupełnie do użytku lekarza praktycznego. Można go z łatwością z miejsca na miejsce przenosić. Do użycia należy napełnić go ciepłą lub zimną wodą, o co wszędzie łatwo. Również łatwo zastosować ten przyrząd do miesienia elektrycznego. Napełniony wodą waży $^1/_2$ kg., wywiera więc równocześnie swoim ciężarem ciśnienie i działa przez to mechanicznie. Przyrząd, sporządzony z trwałego materyału, nie jest tak łatwo narażony na zepsucie. Walec metalowy jest zupełnie gładki; przed miesieniem nie potrzeba wcale skóry pudrować, ani namaszczać, co jak wiadomo, wywołuje czeraki lub zapalenie skóry.

Użycie tego przyrządu pozwala z powierzchni ciała, przez odpowiednio zastosowane podrażnienia, wyzwalać bodźce nerwowe, działające na głębsze narządy. Natężenie podrażnień nerwowych można przytem łatwo stopniować, bo zależy ono od stopnia ciepłoty, od czasu stosowania, od wielkości przestrzeni drażnionej ciepłem, wreszcie także od równocześnie z tem połączonego wpływu mechanicznego. Stosownie do rozmaitej kombinacyi tych czynników można zapomocą tego przyrządu wywrzeć rozmaite wpływy na układ nerwowy, na naczynia krwionośne, na krążenie krwi miejscowe lub ogólne, albo też na wymianę materyi. Miejscowe użycie ciepła »in loco morbi« jest szczególnie w tych przypadkach polecane, gdzie jest wskazane użycie ciepła często i na dłuższy czas, a przeprowadzenie ogólnych procedur nie byłoby bez szkody dla ustroju, więc np. przy gośćcowych bolach mięśni, przy rwie kulszowej i przy znanych błyskawicznych bolach w wiądzie rdzenia; dalej w tych przypadkach, w których zamierzamy przedewszystkiem podrażniająco działać na skórę.

Znaczniejszą liczbę chorych z poliklinicznego ambulatoryum dla chorób nerwowych (Prof. Benedikta) poddałem leczeniu zapomocą mojego przyrządu i zauważyłem, że przyrząd ten nadaje się przedewszystkiem do leczenia następujących grup chorobowych (z których przytoczę krótko po kilka przypadków):

I. grupa. Ból lędźwiowy (*lumbago*). — Józefa R., wdowa po urzędniku, 70 lat, cierpi od roku 1903 na ból lędźwiowy. Cała okolica lędźwiowa jest wrażliwa na ucisk, ruchy tułowia, zginanie się i obracanie się w rozmaitych kierunkach są bardzo bolesne i często też w małych rozmiarach niemożliwe. Chora była z powodu swego cierpienia w zakładzie kąpielowym w Töplitz-Schönau, jednakowoż doznała tam tylko chwilowo ulgi. Miesienie gorącym walcem wywołało już po kilku dniach znaczne polepszenie, a dalsze leczenie (10 razy) zupełne ustąpienie bolu.

II. grupa. Bole w wiądzie rdzenia. — Marya St., 52 lat, wiąd rdzenia. Cierpi na ustawiczne »rwanie« w nogach. Ból ten staje się po wysiłkach cielesnych często nieznośnym. Chora utrzymuje, że ciepłe miesienie moim przyrządem uśmierza jej najlepiej bole. — Arnold B., 47 lat, wiąd rdzenia. Chory skarży się na błyskawiczne bole w nogach. Miesienie ciepłym walcem działa również uśmierzająco. Chory kupił sobie przyrząd i przez miesienie, które sam w domu wykonuje, łagodzi bole.

III. grupa. Zapalenie nerwów. — Edward W., 50 lat, stróż, zachorował w marcu z. r., po grypie na zapalenie nerwów w dolnej części prawego splotu barkowego. Choroba rozpoczęła się silnymi rwącymi bolami w połączeniu z parestezyą prawego ramienia. Zarazem ukazało się osłabienie ruchowe w odpowiednich mięśniach. Ucisk na nerwy ramienia sprawia nietylko miejscowe, ale także dośrodkowo i odśrodkowo wzdłuż nerwów rozchodzące się bole. Przytem bolesna przeczulica skóry, zmniejszenie wrażliwości na prąd elektryczny, niedowład przedramienia, jakoteż mięśni ręki i palców. Ciepłe miesienie moim przyrządem, początkowo bardzo ostrożnie stosowane, usunęło już po kilku posiedzeniach przeczulicę skóry, a po dwutygodniowem leczeniu wróciły (chociaż trochę ograniczone) ruchy palców, a potem całego przedramienia i ramienia. — Józefa P., żona adwokata, 36 lat, przeszła w kwietniu z. r. grypę z ogólnymi objawami nerwowymi. Podczas choroby powstały parestezye w lewem ramieniu w połączeniu z wielką wrażliwością na ucisk i z osłabieniem ramienia, oraz z opuchnięciem grzbietu lewej ręki. Z porady wiedeńskiego neurologa, który rozpoznał zapalenie nerwów, udała się chora do Badenu koło Wiednia. Mimo fango, siarki, gorącego powietrza i prądu elektrycznego, nie ustąpił obrzęk ręki. Chorą tę leczyłem letniem miesieniem moim przyrządem; ponieważ musiała wyjechać, kupiła sobie przyrząd i miesiła ramię według mych wskazówek 2 razy dziennie. Po miesiącu doniosła mi, że obrzęk ręki i bole ustąpiły.

IV. grupa. Dna (*arthritis urica)*, gościec. — Franciszek K., 62 lat, cierpi od roku na opuchnięcie palców u rąk, nóg i obrzęk stawów barkowych. Prawie wszystkie stawy palcowe i palcowośródręczne zgrubiałe i zniekształcone. W obu stawach barkowych są ruchy czynne i bierne bardzo ograniczone. 35 kąpieli rosyjskich, które choremu polecono, nie miały wielkiego wyniku. Gorące miesienie przyrządem usunęło po dwu tygodniach zmiany chorobowe, a chory mógł w stawie barkowym wykonywać ruchy we wszystkich kierunkach prawie zupełnie swobodnie.

V. grupa. Twardzina skóry (*sclerodermia*). — Marya H., 19 lat, zgłosiła się do mnie 13 sierpnia z. r. z twardziną skóry na prawej dłoni. Skóra dłoni ma powierzchnię gładką i jest jednostajnie zgrubiała. Pod palcem nie powstaje w skórze zagłębienie, skóra jest w dotyku twarda i chłodna, nie da się ująć w fałdy ani przesuwać. Podmiotowo odczuwa chora napięcie skóry i strzykanie. Czucie pozostało prawidłowe; wydzielanie potu znacznie zmniejszone. Codzienne przez 2 tygodnie stosowane miesienie ciepłym walcem sprawiło, że skóra odzyskała giętkość i poruszalność.

VI. grupa. Nerwobole wewnętrzne, występujące jako objawy histeryi lub samodzielnie, jako choroby odpowiednich nerwów, dają się, jak wiadomo, uśmierzyć przez użycie ciepła, a więc także przez użycie ciepłego walca.

VII. grupa. Nawykowe zaparcie stolca. — Rosina Z., 35 lat, cierpi od 5 lat na nawykowe zaparcie stolca. Mimo ciągłego leczenia stan ten pogarsza się coraz bardziej. Wlewania do odbytnicy i środki rozwalniające nie pomagają wcale w ostatnich czasach, chora często 6—7 dni nie ma stolca. Chora zaprząta swe myśli zupełnie swem cierpieniem, unika towarzystwa i rozrywek, a cierpi na ból głowy, ciśnienie w brzuchu i uczucie strachu przed dalszymi skutkami tego stanu. Gorące miesienie w połączeniu z faradyzacyą brzucha polepszyło znacznie stan chorej bez pomocy jakiegoś innego lekarstwa lub nadzwyczajnej dyety.

VIII. Nerwowy ból głowy. — Rosina J., 54 lat, od roku miesiączka ustała, od 8 miesięcy ból głowy. Badanie narządów wewnętrznych stwierdza stosunki prawidłowe. Również i w układzie nerwowym nie stwierdzono żadnych zmian prócz przeczulicy skóry głowy, a szczególnie na granicy kości ciemieniowej i potylicznej jest skóra nadzwyczajnie wrażliwa na ucisk. Chora określa swe dolegliwości, że »wszystko pod skórą głowy jest zranione«. Zarówno w tym, jakoteż w innych przypadkach nerwowego bolu głowy następowała po lekkiem miesieniu zimnym lub też ciepłym walcem znaczna ulga lub też bole znikały na pewien czas.

VIII. grupa. Nerwowe bicie serca. — Anna W., 26 lat, cierpi od ostatniego połogu przed 14 miesiącami na nerwowe bicie serca. Badanie serca nie stwierdza żadnej choroby serca; w zakresie układu nerwowego oznaki lekkiej neurastenii. Chora uskarża się na uczucie lęku z uczuciem bicia serca i bolu w okolicy serca. Te dolegliwości wzmagają się znacznie po lekkim już wysiłku cielesnym, irytacyi, po spożyciu kawy i po obiedzie, jakoteż przed spaniem. Liczba tętna wynosi u chorej leżącej 78, u stojącej 96, a po kilku ruchach, jak np. zgięcie się, 102. Z porady lekarza używała chora dotychczas zimnych okładów na serce. Zimne miesienie okolicy serca, przez tydzień codziennie wykonywane, osłabiało w tym i innych podobnych przypadkach uczucie lęku i bicie serca, a usuwało je zupełnie po dłuższym czasie.

Przyrządem posługiwałem się w sposób następujący: 1) W przypadkach bolu lędźwiowego, gośćca mięśniowego i dny: przyrząd napełniony wodą gorącą i połączony z prądem induk-

cyjnym, miesienie silne. 2) W przypadkach nerwobolów żołądka i trzew brzusznych: przyrząd gorący, miesienie mniej silne. 3) Nawykowe zaparcie stolca: przyrząd gorący, połączony z prądem indukcyjnym, miesienie wzdłuż okrężnicy od kątnicy ku odbytnicy. 4) Bole błyskawiczne w wiądzie: przyrząd, napełniony wodą letnią, miesienie mniej silne. 5) Parestezye w toku neurastenii, bole w toku zapalenia nerwów: przyrząd letni, połączony z prądem indukcyjnym, miesienie niezbyt silne. 6) Twardzina skóry: przyrząd gorący, miesienie silne. 7) Nerwowy ból głowy: lekkie miesienie zimnym, ewentualnie ciepłym walcem na czole i karku. 8) Nerwowe bicie serca: przyrząd napełniony wodą zimną. — Za każdym razem wykonywałem miesienie przez 10 minut [1]).

Na końcu pozwalam sobie memu szanownemu szefowi, Prof. Benediktowi, za przychylne zajęcie, okazywane moim próbom, wyrazić podziękowanie.

[1]) Przyrząd wyrabia firma Tauss, Wiedeń VIII. Schlösselgasse 24.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Hart. **Usposobienie szczytów płuc do gruźlicy i przyczyna powstawania pierwotnego ogniska w szczytach.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 3). Zawiłą sprawę usposobienia do gruźlicy pewnych przedewszystkiem osobników, oraz sadowienie się zmiany pierwotnie u dorosłych — w przeciwieństwie do dzieci — w szczycie płucnym, tłómaczy doskonale teorya Freunda, uzupełniona badaniami Harta i Harrassa. Jądro sprawy leży tu w niewykształceniu lub powstrzymaniu w rozwoju chrząstki pierwszego żebra, która jest nadmiernie krótka (Freund), co jest przyczyną ścieśnienia górnego otworu klatki piersiowej. Ta sama zmiana dotyczy też często chrząstki drugiego żebra (Hart). Badania Harta wykazały nadto, że całe pierwsze, a często i drugie żebro, bywa w tych razach niezwykle słabo rozwinięte. Nadmierna krótkość chrząstki pierwszego żebra doprowadza ostatecznie do unieruchomienia w stawie żebrowo-mostkowym, gdyż skutkiem forsowniejszej stosunkowo czynności mięśni, czynnych przy wdechu (*mm. scaleni*) w drażnionym ciągle stawie wytwarza się sprawa zapalna (*perichondritis ossificans*). Ostatecznie więc odcinek klatki piersiowej, mieszczący w sobie szczyt płuca, staje się nieruchomy. Tymczasem nadmiernie wątłe pierwsze żebro ustępuje pod naporem silnie stosunkowo działających mięśni wdechowych, skutkiem czego zwiększa się wymiar przednio-tylny tej okolicy, co znów pociąga za sobą zmniejszanie się przestrzeni, zawartej pomiędzy kręgosłupem, a wklęsłością pierwszego żebra, a to znów na rozwój płuca w tej okolicy nie pozostaje bez wpływu.

Częste w tych razach wgniecenie w płucu (bruzda Schmorla), oraz uciskowe zwężenie oskrzela szczytowego (Birch-Hirschfeld) jest wypływem opisanego powyżej ścieśnienia górnego otworu klatki piersiowej i wywołuje stałą niedodmę szczytu, zwłaszcza jeżeli ta część klatki piersiowej wcale się przy oddychaniu nie porusza. Warunki zatem do rozwoju zakażenia gruźliczego są szczególnie pomyślne.

Takie nieprawidłowe stosunki w budowie klatki piersiowej są albo wrodzoną cechą poniekąd degeneracyjną (gruźlica, kiła, alkoholizm u rodziców), albo mogą też stanowić cechę nabytą skutkiem bocznego skrzywienia kręgosłupa krzywiczego lub nawykowego u młodzieży szkolnej. A zatem gimnastyka i higiena szkolna może najlepiej przeciwdziałać nieprawidłowościom budowy klatki piersiowej i przez to zapobiegać szerzeniu się gruźlicy. *Dr M. Godlewski.*

Schenker. **Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem gruźlicy surowicą Marmorka.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 4). Autor wstrzykiwał 5—10 cm surowicy trzy razy na tydzień, lub stosował ją w tych samych dawkach przez odbytnicę. Po seryi 10—30 wstrzykiwań przerwa dwutygodniowa. Działanie surowicy uważa autor za wybitnie korzystne, nawet nieraz w daleko posuniętych okresach choroby. *Dr M. Godlewski.*

Köhler. **Phtisoremid.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 4). Stosowanie wewnętrzne przetworu nowej tuberkuliny w tej postaci może przynieść w lekkich postaciach pewną korzyść, wogóle jednak wyniki nie pozwalają spodziewać się za wiele. *Dr M. Godlewski.*

Herzberg. **Doniesienie tymczasowe o leczeniu zapomocą „JK“** (Immunkörpern Dr Schpengler). (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 5). Wyniki, otrzymane przez autora, brzmią wprost nieprawdopodobnie korzystnie. Nawet gruźlicę prosówkową ma leczyć ta metoda, leczyć ona ma nawet najdalej posunięte okresy, przypadki zaś lekkie i średniociężkie leczyć ma ta metoda wszystkie bez wyjątku (?). *Dr M. Godlewski.*

Beck i Dohan. **O zmianach wielkości serca pod wpływem gorących i zimnych kąpieli.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 4). Pod wpływem kąpieli gorącej zmniejszają się rozmiary serca, pod wpływem zimnej powiększają się. Prócz wpływów, wynikających ze zmian w krążeniu obwodowem, działają też prawdopodobnie podniety, dotyczące nerwu błędnego. *Dr M. Godlewski.*

Prof. J. Thomayer. **Dyspragia angiosclerotica.** (*Wiener med. Wochs.* 1909, NN 1—2—3). Prof. T. przedstawił na wykładzie klinicznym chorego z rzadkim zespołem objawów: 57-letni właściciel hotelu uskarża się, że od roku nie może dłużej chodzić, doznaje bowiem prędko palenia i mrowienia z początku w podeszwach, a jeśli nie zatrzyma się, lub nie usiądzie, uczucie to nieprzyjemne rozchodzi się wyżej na golenie, uda, i wyjątkowo nawet na całą dolną połowę ciała do pasa. Jeżeli chory wypocznie trochę, objawy te ustępują w tym samym porządku, jak wystąpiły; jeśli jednak chce się przemódz i próbuje dalej iść, robi mu się tak słabo, że pada na ziemię. Na wysokości napadu czucie w dolnych kończynach bywa zniesione. Czasami objawom tym towarzyszyło parcie, przyczem próby oddania moczu są bezskuteczne. Po wypoczynku chory może przejść trochę, lecz już po kilku minutach objawy powyższe ponownie występują. Z etyologicznych czynników stwierdzić było można tylko namiętne palenie tytoniu.

Przy badaniu przedmiotowem żadnych zmian w narządach wewnętrznych, ani w kończynach nie znaleziono. Jedynie tylko na prawej tętnicy stopowej nie było tętna; natomiast lewa tętniła wyraźnie; sfigmogram nie przedstawiał na razie nic osobliwego. Gdy jednak choremu polecono przejść się po schodach, zaczął on wkrótce skarżyć się na palenie i drętwienie w stopach, chromać już po 3 minutach, po 6 nie mógł ustać na nogach, a tętno na lewej tętnicy stopowej wybitnie zmniejszyło się; to samo dało się spostrzedz, gdy chory po pewnym wypoczynku postał 7 minut na jednem miejscu. Przymocowany do stopy sfigmograf po kilku minutach dał krzywą o znacznie niższej fali, a w chwili wystąpienia parestezyi ruchy igły znikały zupełnie.

W rozpoznaniu różniczkowem opisanego przypadku wyłączył T. szereg zbliżonych cierpień, jakoto: *Dysbasia hysterica, Myasthenia, Neuritis multiplex, Morbus Raynaud, Akroparaesthesiae, Erythromelalgia, Akinesia Moebius, Meralgia paraesthetica Roth,* nie mówiąc już o żylakach goleni i stopie płaskiej. Po odrzuceniu wszystkich tych chorób T. zatrzymał się na rozpoznaniu chromania przestankowego.

Choroba ta zdarza się najczęściej po 40. roku życia, przeważnie w zamożniejszych sferach (Erb); zapadają głównie mężczyźni (na 127 znanych przypadków 7 tylko było kobiet). Bardzo często występuje u żydów. Kiła nie odgrywa wybitniejszej roli w etyologii (Erb obliczył, iż 21,5% mężczyzn z t. zw. lepszego towarzystwa ma kiłę w wywiadach; z mężczyzn zaś, którzy zapadli na chromanie przestankowe, 22,7% przeszło kiłę). Również i wyskok nie należy do szczególniejszych czynników etyologicznych, jak niemniej cukrzyca, której znaczenie podkreślał Charcot w pierwszych swych pracach. Daleko większej wagi jest nadużycie tytoniu.

Anatomia patologiczna cierpienia sprowadza się do jednego: musi być przeszkoda w dopływie krwi do jednej kończyny lub też obu. Wielkie znaczenie ma skurcz tętnic dolnych kończyn, występujący od czasu do czasu przy podrażnieniu nn. zwężających naczynia. Otrzymane przez autora sfigmogramy po raz pierwszy udowadniają naocznie ten fakt; odrzucając bowiem istnienie skurczu naczyń, nie możnaby wyjaśnić sobie stopniowego znikania wahań sfigmograficznych przy staniu chorego przez pewien czas lub chodzeniu.

Objawy, właściwe chromaniu przestankowemu, polegają na zmienionem czuciu w zajętych kończynach (zwykle z początku w jednej, później w obu), a więc: mrowienie, palenie, drętwienie, czasami rzeczywiste bole; dalej nierzadkie są zaburzenia w krążeniu: zastój żylny z sinicą kończyn dolnych; znikanie tętna na pewnych tętnicach, najczęściej na goleni. Z objawów ruchowych najwybitniejszym jest zmiana chodu i chromanie przerywane. U chorego, opisanego przez T., były jeszcze dwa

objawy, których autor nigdzie w piśmiennictwie nie spotkał, a to: znieczulenie zajętych kończyn w czasie napadu i chwilowe zupełne znikanie tętna w tętnicy, która poza napadem wybitnie tętniła.

Przebieg choroby bywa bardzo urozmaicony i trwanie nieraz długie. W wielu przypadkach na kończynach, zajętych chromaniem przestankowem, występuje zgorzel, co Charcot uwydatnił w następującym aforyzmie: »la claudication intermittente c'est l'antichambre du sphacèle«.

Leczenie zależy od przyczyny cierpienia i zmierzać powinno do usunięcia przeszkody w dopływie krwi do kończyn. W końcu daje T. ciekawe zestawienie analogicznych obrazów chorobowych w innych częściach ciała, zależnie od utrudnionego dopływu krwi przy zmianach w tętnicach i ich skurczu. Do takich cierpień zaliczyć można: niemożność czytania, opisana przez Berlina; dusznica bolesna (Potain); bardzo przypominające chromanie przerywane, napadowe zajęcie górnych kończyn (Determann, Myassaut i inni); zespół napadowo występujących objawów w narządach trawienia (Ortner); przejściowe niedowłady kończyn, chwilowe zaniemówienie, utrata pamięci, szybkie męczenie się przy pracy umysłowej i t. p. inne objawy mózgowe (Grasset). Wszystkie te stany Potain objął nazwą *miopragia;* natomiast T. wprowadza miano *Dyspragia angiosclerotica.*

[Z polskich autorów — o ile mi wiadomo — zajmowali się tą sprawą Goldflam, Higier i Rydel. Osobiście spostrzegałem w 1900 roku przypadek, podobny do opisanego powyżej; dotyczył on 57-letniego urzędnika, który miał wybitną ogólną miażdżycę i od paru lat cierpiał na znaczne utrudnienie w chodzeniu z drętwieniem dolnych kończyn, mrowieniem i innemi zboczeniami czucia, wreszcie nawet z bolami; idąc, musiał często wypoczywać, w przeciwnym razie występowało wyraźne utykanie na jedną nogę; tętno na tętnicach stopy było niewyczuwalne; w miarę rozwoju choroby znikło i na goleniach. Choroba zakończyła się zgorzelą palców nogi i śmiercią. *Przyp. sprawozd.*].

Dr St. Rudzki.

Baradulin. **Zmiany krwi przy nowotworach złośliwych.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 45—52). Badania swe przeprowadził B. w klinice chirurgicznej Prof. Spiżarnyego w Moskwie i w Instytucie Morozowskim dla leczenia nowotworów. W Instytucie badał krew chorych przed operacyą, a na klinice po operacyi. B. zebrał 88 spostrzeżeń; z tych 72 chorych miało raka (83 badań krwi), a 16 mięsaka (19 badań krwi). W każdem badaniu określał B.: 1) ilość czerwonych ciałek krwi, 2) ilość hemoglobiny, 3) wskaźnik barwikowy (Farbenindex) [1]), 4) ilość białych ciałek krwi, 5) stosunek ich do czerwonych ciałek, 6) barwiące się za życia czerwone ciałka krwi (erytrofile i cyanofile), 7) rozmaite rodzaje białych ciałek, 8) ciężar właściwy krwi, 9) zasadowość krwi, 10) odporność czerwonych ciałek, 11) zmiany postaci ich i wielkości. — Odsetek hemoglobiny przy raku według badań autora waha się w bardzo szerokich granicach od 18%—85%. Raki żołądka, jelit, trzustki wpływają szczególnie obniżająco na odsetek hemoglobiny; wskaźnik barwikowy bywa tutaj stale mniejszy od 1. Przy raku oprócz tego zwrócił B. uwagę na częstą obecność erytrofilów i cyanofilów, co zdaniem jego wskazuje na wzmożoną działalność szpiku kostnego. Bardzo często przy raku można stwierdzić wzmożoną leukocytozę. Rak, rozwijający się powoli (rak skóry, sutka, przełyku) nie wywołuje leukocytozy, lub tylko bardzo nieznaczną; ilość ciałek wielojądrzastych może się przytem nawet zmniejszyć. Rak szybko rozwijający się (rak żołądka, jelit) wiedzie do hyperleukocytozy z przewagą ciałek wielojądrzastych. Każde zakażenie, wikłające raka, powiększa leukocytozę. Ilość ciałek czerwonych zmniejsza się przy raku, ale nie w takim stopniu, jak ilość hemoglobiny. Przy mięsakach zmniejszenie ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych idzie równolegle i jest daleko mniejsze, niż przy raku. Przy mięsakach daje się też zauważyć znaczna hyperleukocytoza, przyczem przy mięsakach tkanek miękkich zwiększa się ilość ciałek wielojądrzastych, a przy mięsakach limfatycznych ilość limfocytów. Czerwone ciałka krwi rzadziej bywają zmienione. W niektórych postaciach raka (rak sutka), po operacyi ilość hemoglobiny zwiększa się, leukocytoza ustępuje, ilość ciałek wielojądrzastych zwiększa się, a ilość limfocytów i jednojądrzastych zmniejsza się. Zmiany we krwi w niektórych postaciach raka, jak rak pęcherza, macicy, zależą poniekąd od towarzyszących sprawie krwotoków.

Dr L. Mańkowski.

[1]) Jest to stosunek rzeczywistej ilości hemoglobiny do tej, która powinna byłaby być przy danej ilości czerwonych ciałek, przyczem przyjmuje się, że ilość hemoglobiny przy 5,000.000 równa się 100%. Przykład: Przy 4,000.000 ciałek hemoglobiny 62%. Powinno byłoby być 80%, a zatem wskaźnik barwikowy będzie 62/80 = 0,77.

Higiena.

Le Noir i Cammus. 1) **Badania nad obecnością prątków gruźliczych w jamach nosowych u ludzi zdrowych i chorych na gruźlicę.** (*Compt. rend. Soc. de Biol.* 1908, Nr 33). 2) **Badania nad obecnością prątków gruźliczych w kurzu sal dla suchotników** (*ibidem*, Nr 36). 3) **Zakaźność kurzu zmieszanego z plwociną suchotników** (*ibidem*, Nr 37).

Przeprowadziwszy w roku 1907 cały szereg badań nad obecnością laseczników gruźlicy w powietrzu sal dla suchotników szpitala św. Antoniego w Paryżu, (przyczem obecności prątków nie powiodło się wykazać), autorowie przedsięwzięli drugi szereg badań nad obecnością prątków w jamach nosowych u osobników zdrowych, przydzielonych do pracy na tych salach (lekarzy, słuchaczów medycyny, służby szpitalnej) i u osobników chorych na gruźlicę, przebywających w tych salach. Badania przeprowadzano w następujący sposób. Małym tamponikiem wyjałowionej waty osuszano możliwie dokładnie jamę nosową; następnie wszczepiano tamponiki te pod skórę morskim świnkom. Szczepienia wydzieliny nosowej osób zdrowych ani razu nie wywołały u świnek gruźlicy. Szczepienia wydzieliny osób chorych na gruźlicę na 13 przypadków dały 3 wyniki dodatnie. Nakoniec z 2 chorych, w których plwocinie były prątki, zaszczepiono świnkom plwocinę, wodę, która służyła do płukania ust i kurz, który osiadł w jamie nosowej. Szczepienia plwociny dały wynik dodatni, inne szczepienia dały po jednym dodatnim i jednym ujemnym wyniku.

Doświadczenia z kurzem z sal dały wyniki następujące. Jedną część kurzu, zebranego w rozmaitych miejscach sali (podłoga, gzems, okna, łóżka) wystawiono we flakonikach na działanie promieni słonecznych w ciągu 5—33 dni, drugą część tego kursu przechowywano bez słońca. Następnie i jedną i drugą porcyę kurzu po rozpuszczeniu w fizyologicznym rozczynie soli wstrzykiwano świnkom morskim. Wszystkich wstrzyknięć zrobiono 25; w tej liczbie 12 świnek padło z rozmaitych ostrych zakażeń; z 13 zaś pozostałych tylko 2 świnki zakaziły się gruźlicą i to w postaci lekkiej. Wpływu światła słonecznego na jadowitość zarazka nie zauważono. Nakoniec wykonali autorowie jeszcze cały szereg doświadczeń z mieszaniną kurzu z plwocinami chorych. Plwocinę chorych mieszano raz wprost z kurzem, drugi raz z kurzem wygotowanym. Jedną i drugą mieszaninę w postaci dość gęstego płynu zbierano do słoików i zostawiano na powietrzu aż do zupełnego wyschnięcia. Schnięcie odbywało się dość długo (około miesiąca). Pozostałe suche części rozpuszczano w wodzie i wstrzykiwano świnkom. Prątki gruźlicze przez długie wysychanie zdawały się być osłabione, ponieważ niektore świnki wcale się nie zakaziły, te zaś, które się zakaziły, przebywały gruźlicę w postaci zmian gruczołów w pobliżu miejsca zastrzyknięcia. Na inne zarazki wyschnięcie nie działało wcale osłabiająco.

Dr L. Mańkowski.

Trautmann. **Sposoby praktycznego odkażania w wielkich miastach.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 5). W Niemczech obowiązuje obecnie odkażanie mieszkań po następujących chorobach: mór, cholera, żółta febra, ospa i dur plamisty. Nadto lekarz rządowy może polecić odkażanie z urzędu po płonicy, błonicy, gruźlicy, durze i t. p. W odkażaniu odróżnić należy odkażanie ciągłe (przy łóżku chorego) od odkażenia końcowego. Końcowe odkażenie wykonuje zwykle gmina. W niektórych chorobach ważniejszem jest odkażanie ciągłe (gruźlica), niż końcowe. Mieszkanie odkaża się obecnie zwykle formaldehydem. Na jeden metr sześcienny wypada 5 m^3 gazu, albo 15 cm^3 rozczynu *formaldehydum solutum* (*ph. germ.*). Pokoje otwiera się dopiero w 4—7 godzin. Odkażenie to jednak jest tylko powierzchowne i gdy chodzi o odkażenie głębsze, n. p. przemokłych i zanieczyszczonych materaców, pościeli, o odkażenie książek, mebli i t. p., używać należy innych sposobów, mianowicie odkażania parą. Ta jednak niszczy bardzo przedmioty i z tego powodu wielce użyteczny jest przyrząd Millratha, który wskutek zmiany ciśnienia wytwarza parę przy 70—80°, a z doświadczenia wiadomo, że wilgotne ciepło 70—80° znoszą wszelkie przedmioty dobrze. Zapomocą przyrządu Millratha można odkażać także parą i formaldehydem przy 70°, co jest sposobem pewnym, a nie niszczy odkażanych przedmiotów. (Przypomnieć tu należy, że doskonałe usługi oddaje w tym względzie przyrząd Gąsiorowskiego. *Przyp. spraw.*).

A.

E. Baier i E. Reuchlin. **Stwierdzanie dodatku mięsa końskiego zapomocą metody biologicznej.** — A. Behre. **Stwierdzanie dodatku mięsa końskiego w kiełbasie.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- und Genussmittel* 1908, T. 15).

Stwierdzenie dodatku mięsa końskiego do wyrobów mięsnych, zwłaszcza kiełbas, na drodze chemicznej (na podstawie własności refraktometrycznych i liczby jodowej tłuszczu, albo zawartości glikogenu) rzadko kiedy wiedzie do celu. Baier i Reuchlin w szeregu badań doświadczalnych starali się poznać wartość metody biologicznej do tego celu. Z badań ich wynika, że przy zastosowaniu prób kontrolnych metoda ta daje wyniki bardzo pewne, nawet przy zawartości mięsa końskiego w ilości 10%; wartość jej przeto nawet przy mniejszych ilościach mięsa końskiego dawać powinna dobre wyniki. Suszenie, peklowanie, wędzenie i konserwowanie mięsa środkami chemicznymi nie upośledza wartości metody, traci ona natomiast wartość wobec mięsa gotowanego i smarzonego. Behre zastosował metodę powyższą w praktyce kontroli środków spożywczych z wynikiem bardzo pewnym w przypadkach takich, w których badanie chemiczne nie pozwalało na stwierdzenie dodatku mięsa końskiego. Z doświadczeń B. zasługuje na podniesienie fakt, że stwierdzić mógł tą metodą dodatek mięsa końskiego nawet w kiełbasie, która przez 1/2 godziny pozostawała w wodzie nagrzanej do 95 C.

Arnold. **Zafałszowanie tłuszczu kokosowego olejem mineralnym. Stwierdzenie małej ilości olejów tłustych lub parafiny płynnej w tłuszczu kokosowym.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- u. Genussmittel* 1908, T. 15). W ostatnim czasie dodają do tłuszczu kokosowego, celem nadania mu własności łatwego rozsmarowania i wyjaśnienia barwy żółtej, olejów tłustych, albo mineralnych (parafiny płynnej). Dodatek olejów mineralnych, które nie dają się zmydlić i są niestrawne, a tem samem niedopuszczalne, poznać można z wysokiej liczby refrakcyi obniżenia liczby zmydlenia i ewentualnie także z liczby jodowej. Kwas siarkowy, którym traktuje się pozostałość niezmydloną, niszczy phytosterynę, nie zmienia zaś parafiny. Mały dodatek olejów tłustych do tłuszczu kokosowego stwierdzić można odczynami barwnymi, próbami Baudoina i Halphena.

Chr. Barthel. **Wartość próby na reduktazę przy ocenie higienicznych wartości mleka.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- u. Genussmittel* 1908, T. 15). Barthel posługiwał się dla oceny świeżości mleka jego własnością redukcyjną wobec rozczynu błękitu metylenowego, podobnie jak Schardingern i Müller, w inny jednak nieco sposób: 10 cm mleka zaprawiał 1/2 cm³ rozczynu błękitu metylenowego (5 cm³ nasyconego rozczynu alkoholowego na 195 cm³ wody), pokrywał je kilku centymetrami parafiny płynnej i wstawiał je do łaźni wodnej, ogrzanej do 40—45° C. W razie odbarwienia się mleka już w ciągu kilku minut zawiera ono z pewnością sto, a nawet więcej milionów bakteryi w 1 cm³, nie nadaje się również jako pokarm dla dzieci z powodu wielkiego zanieczyszczenia bakteryjnego, jeżeli odbarwienie nastąpiło w ciągu godziny. Ponieważ mleko świeże odbarwia się dopiero po upływie 3 godzin, mleko odbarwiające się przed 3 godzinami, uważać należy za produkt o jakości gorszej. *Dr L. Bier.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 17. lutego 1909.

Przewodniczy: Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 52.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes wita jako gościa kol. Pieniążka z Łodzi.

3) Prof. Godlewski Emil wygłosił wykład: **O prawach dziedziczności.**

4) Kol. Janiszewski Tomasz wygłosił wykład: **O domach izolacyjnych.** W miarę wzbogacania się naszych wiadomości co do istoty chorób zakaźnych, zmieniały się też równolegle prawie poglądy na sposoby zwalczania tych chorób. W całym złożonym systemie środków, służących do zwalczania i zapobiegania chorobom zakaźnym, zajmuje odosobnienie chorego, szybkie i dokładne, jedno z miejsc najpoważniejszych. Odosobnienie chorego w domu, mieszczącym liczniejszych mieszkańców, jest albo całkiem iluzoryczne, lub znacznie się różni od tego, co zaleca nauka. Jedynym sposobem zaradzenia złemu jest przymus przewożenia chorych na choroby zakaźne do szpitala zakaźnego, a co za tem idzie, urządzanie domów izolacyjnych. Sprawa ta jest obecnie na dobie wobec rządowego projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Projekt ten w § 8 przewiduje takie przymusowe przewiezienie do szpitala. Konieczność osobnych oddziałów dla leczenia chorób zakaźnych przy szpitalach powszechnych została już powszechnie uznana; i nasz kraj idzie za postępem. Wyrazem tego jest stworzenie przynajmniej przy dwóch szpitalach powszechnych, w Krakowie i Lwowie, osobnych posad prymaryuszów dla oddziałów chorób zakaźnych. Należy mieć przeto nadzieję, że za tym pierwszym krokiem nastąpią dalsze, jak budowa odpowiednich pawilonów izolacyjnych. Mowca roztrząsa pytanie, jakim wymaganiom odpowiedzieć powinny pawilony zakaźne, omawia pokrótce urządzenie pawilonów zakaźnych zagranicą: Eppendorf, szpital St. Georg, Rudolf Virchow, Charité, Charlottenburg-Westend i braki w tych urządzeniach, wreszcie przedstawia i omawia obmyślany przez siebie plan domu izolacyjnego, dozwalający na zupełne odosobnienie chorych i personalu i zapobiegający skutecznie wszelkiemu stykaniu się osób i przedmiotów zakażonych z resztą otoczenia szpitalnego i ze światem zewnętrznym. Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

V. Posiedzenie naukowe z d. 19 lutego 1909.

I. Kol. prof. Gluziński przedstawia: a) chorego 24-letniego z bardzo wybitnie wytworzonem **krążeniem ubocznem**, zaznaczającem się znacznie rozszerzonemi żyłami: nasienną, odgoleniową, nabrzuszną dolną, sutkową wewnętrzną. Krążenie to wytworzyło się niewątpliwie, jako następstwo utrudnionego odpływu krwi z żyły głównej dolnej. Choroba trwa od lat 8, a zaczęła się rozszerzeniem żył kończyn dolnych. Obecnie żółtaczka, powiększenie wątroby i śledziony. Prelegent omawia rozpoznanie różniczkowe i dochodzi do wniosku, że chodzi tu **o zakrzep żyły głównej dolnej**, którego powstanie pozostaje prawdopodobnie w związku z zimnicą; b) chłopca 17-letniego z utrudnionem krążeniem w zakresie żyły wrotnej na tle pierwotnych zmian w wątrobie. I tu wybitnie wytworzone krążenie uboczne, widoczne na żyłach powłok brzusznych.

II. Kol. Małaniuk przedstawia **modyfikacyę igły Dechampsa**, polegającą na tem, że narzędzie składa się z dwóch igieł, na sobie leżących i zapomocą konstrukcyi pochwowej względem siebie ruchomych. Zalety: łatwe odszukanie końców nitki i możliwość dokładnego obejrzenia miejsca, które ma być podwiązane. W dyskusyi przemawiał kol. Ruff.

III. Kol. doc. Marischler wygłasza odczyt: **Stosunek gruźlicy do plamicy Werlhoffa.** Na podstawie dość znacznego materyału klinicznego dochodzi prelegent do wniosków następujących: 1) Gruźlica utajona lub jawna nierzadko jest przyczyną skazy krwotocznej. 2) Toksyny bakteryjne mogą wywoływać tu ostre lub przewlekłe objawy chorobowe. 3) W przypadkach skazy krwotocznej istnieje pewna nadwrażliwość na toksyny.

Dyskusya: Kol. Czarnik w jednej z dawniejszych swych prac zwracał uwagę, że u dzieci rodziców gruźliczych częściej spotyka się plamicę Werlhoffa. Kol. Opolski sądzi, że jedynie rumień wielopostaciowy stoi w związku ze sprawami gruźliczemi. Kol. prof. Kucera otrzymywał zawsze wyniki ujemne przy badaniu skaz krwotocznych, a powstawanie ich należy odnieść raczej do toksyn bakteryjnych, nie znamy bowiem takiej choroby bakteryjnej, przy którejby nie mogły wystąpić krwawienia. Co do roli gruźlicy w powstawaniu skazy krwotocznej, to możnaby przypuścić pewne działanie toksyn gruźliczych, podobnie zresztą jak i innych. Kol. Hornowski, opierając się na badaniu drobnowidowem naczyń przy plamicy Werlhoffa, podnosi brak zmian, a wogóle sądzi, że choroby Werlhoffa nie należy uważać za jakąś określoną jednostkę chorobową. Kol. prof. Łukasiewicz nie może się zgodzić na podstawie własnego doświadczenia na związek choroby Werlhoffa z gruźlicą. Rumień wielopostaciowy jest niewątpliwie chorobą zakaźną, ale nie należy go identyfikować z *erythema toxicum*. Kol. Pisek nie może się zgodzić na ścisły związek choroby Werlhoffa z gruźlicą; gruźlica może być tylko chorobą równobieżną; podobne zdanie, opierając się na własnych spostrzeżeniach, wyraża kol. Obtułowicz. Kol. prof. Rencki zwraca uwagę, że skazy krwotoczne mogą być wynikiem różnego działania toksyn gruźliczych, zależne niewątpliwie i od ich ilości, i przytacza przypadki z własnej praktyki. *Nowicki*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z d. 19 stycznia 1909 r.

1) Grundzach przedstawił dość duży **kamień żółciowy**, który odszedł z kałem po kilkunastodniowej **niedrożności przewodu pokarmowego**.

2) Prof. Przewoski: **Przyczynek do sprawy zapalenia włóknikowego**. Ze swoich badań na materyale sekcyjnym i zwierzęcym wysnuwa Przewoski następujące wnioski: 1) Pojawianie się włóknika nitkowatego w różnych ilościach jest niezmiernie częste we wszelkich sprawach zapalnych ostrych lub podostrych. 2) Nitki włóknika zjawiają się w ostrych lub podostrych ogniskach zapalnych bardzo wcześnie, częstokroć wcześniej niż leukocyty. 3) Włóknik ścina się w sprawach zapalnych zawsze w typowy sposób, w postaci siatki z punktami węzłowymi. Nitki sieci włóknika znajdują się przeważnie w kanalikach sokowych, punkty zaś węzłowe: a) dookoła wszelkich tworów komórkowych w postaci t. zw. ośrodków krzepnienia Hausera, przyczem skupienia włóknika mają kształt promienisty i są najgęstsze w blizkości uszkodzonej komórki, a coraz rzadsze w miarę oddalania się od niej; b) dookoła drobnych żył, przyczem nitki włóknika, biegnąc pionowo i promienisto w stosunku do ściany naczynia, tworzą niejako okołożylne pochwy krzepnienia; c) w świetle drobnych naczyń chłonnych, przyczem nitki głównie biegną równolegle do osi naczynia; d) na powierzchni błon surowiczych i śluzowych, jako pokłady błoniaste, przyczem nitki włóknika biegną równolegle do powierzchni błon; nabłonka często brakuje, niezbyt rzadko jednak utrzymuje się on na pewnej przestrzeni, a czasami można w nim nawet znaleść figury karyokinetyczne. Sieć włóknika z punktami węzłowymi spotyka się w ostrych sprawach zapalnych w głębi tkanek, około ropni i t. p. Ośrodki krzepnienia Hausera zdarzają się w głębi tkanek bardzo często. Okołożylne pochwy krzepnienia zdarzają się najobficiej w ścianach jelit (przy durze brzusznym, ropowicy jelit), w wyściółce komór mózgowych w zapaleniu ropno-włóknikowem. Pojawianie się pochew krzepnienia tylko około żył uważa prelegent za dowód, że istota włóknikorodna przenika do ognisk zapalnych tylko przez układ żylny.

Posiedzenie z d. 26 stycznia 1909 r.

1) A. Kopczyński przedstawia 43-letn. chorego, który przed 8 laty zranił sobie zewnętrzną powierzchnię lewego uda widłami. Powstał podskórny krwiak, który opróżniono, poczem rany się zagoiły. Na miejscu rany od wideł pozostał guzek tętniący, który zwolna powiększając się, doszedł wielkości pięści. Po 4 latach na lewej goleni rozszerzenie żył, obrzęki, owrzodzenia. W jesieni roku zeszłego szybki rozrost guza na udzie, obrzmienie lewych gruczołów pachwinowych i pachowych. Obecnie guz zajmuje całą przestrzeń trzonu uda, jest niebolesny, elastyczny; skóra na nim przesuwalna; nad guzem słychać wyraźny szmer naczyniowy. Chodzi tu, zdaniem prelegenta, **o tętniaka wrzekomego naczyń udowych**, z którego ścian rozwija się od niedawna nowotwór złośliwy, prawdopodobnie **mięsak**.

2) J. Handelsmann przedstawił przypadek **postępującego zaniku mięśni**, ciekawy ze względu na długotrwałe zwolnienie choroby. Chory od dzieciństwa słabo władał kończynami górnemi, dobrze dolnemi. Przed 4 laty zauważył stopniowe chudnienie i osłabienie wszystkich kończyn. Obecnie chory ma lat 32. Stwierdza się: zanik mięśni karku i szyi, mięśni barkowych, kończyn górnych, coraz mniejszy idąc od ramienia ku dłoniom, kończyn dolnych (najwybitniejszy zanik mięśni, zaopatrywanych przez nerw strzałkowy), wreszcie zanik mięśni tułowia i brzucha. Chód »bociani«, objaw Babińskiego, czucie zachowane, pobudliwość elektryczna osłabiona ilościowo bez odczynu zwyrodnienia. Na uwagę zasługuje w tym przypadku długie trwanie zwolnienia choroby, która niewątpliwie rozpoczęła się w najwcześniejszem dzieciństwie, a pogorszyła się dopiero od lat 3, i mieszany charakter zaników (typ Erba w kończynach górnych, Charcot-Marie w kończynach dolnych).

3) Kopczyński przedstawił 21-letniego chorego, dotkniętego **histeryą, naśladującą stwardnienie rozsiane**. Cierpienie rozpoczęło się przed 4 laty po spadnięciu z drzewa. We wszystkich kończynach bardzo silne drżenie przy wykonywaniu ruchów, mowa powolna, skandowana, natomiast brak zaniku nerwów ocznych, drżenia oczu i objawów spastycznych w kończynach. W podobnym przypadku Bychowskiego nie było żadnych zmian anatomicznych w układzie nerwowym, przez co potwierdziło się uczynione za życia rozpoznanie histeryi.

Posiedzenie z d. 3 lutego 1909 r.

1) Kijewski przedstawił operowanego po **pneumotomii**.

2) Dyskusya nad wykładem prof. Przewoskiego.

Otto podaje na zasadzie własnych badań, że w durze brzusznym zjawia się włóknik w ogniskach zapalnych w 2. i 3. tygodniu choroby, a niema go w 1. i 4. tygodniu. Włóknik występuje tu w postaci siatki, głęboko w błonie podśluzowej, rzadko zaś w postaci grubej błony, pokrywającej niezmienioną błonę śluzową. Mowca widywał również pochwy krzepnienia, czasem w postaci pierścienia podwójnego. Wewnątrz żył widywał mowca ośrodki krzepnienia Hausera. W durze fagedenicznym występuje włóknik na wrzodach jako pokład, złożony z grubych beleczek, od których w głąb tkanek promienisto biegną cienkie nitki. W oczkach siatki włóknika są zawsze komórki obumarłe, oraz różne leukocyty, nieraz zwyrodniałe lub obumarłe. Przy zawłokach z olejkiem terpentynowym, siatka włóknika zjawia się bardzo szybko, nieraz już po godzinie, co tłómaczy się silnym obrzękiem przy tem powstającym, a dostarczającym substancyi włóknikorodnej, oraz szybkiemi zmianami wstecznemi w komórkach tkanek sąsiednich (zaczyn włóknikowy). Przy aseptycznych zawłokach bez olejku terpentynowego, włóknik występował dopiero po 36 godzinach i w ilości skąpej. W krupowem zapaleniu płuc nie znalazł mowca okołożylnych pochew krzepnienia, ani ośrodków Hausera.

Prof. Kryński podnosi, że nie jest rzeczą jasną, dlaczego przy powstawaniu okołożylnych pochew krzepnienia wysięk krzepnie w tych właśnie miejscach i taką właśnie przybiera postać. Jeżeli i tutaj punktem wyjścia krzepnienia włóknika są rozpadające się komórki, to w istocie rzeczy pochwy te nie różnią się od ośrodków krzepnienia Hausera.

Anastazy Landau streszcza najnowsze teorye powstawania włóknika. Zaczyn włóknikotwórczy (trombina) zawarty jest w osoczu i limfie w postaci nieczynnej, jako zymogen, który w stan czynny przechodzi pod wpływem substancyi uczulającej, t. zw. trombokinazy, wydzielanej przez komórki. Niezbędne dla krzepnienia są sole wapienne. Tworzenie się ośrodków Hausera wyjaśnia się w ten sposób, że komórki stanowiące ich jądra, pod wpływem toksyn lub innych bodźców wydzielają trombokinazę, a ta przeprowadza w stan czynny trombogen soku tkankowego. Krzepnąca substancya włóknikotwórcza układać się będzie oczywiście promienisto dookoła komórki uszkodzonej, jako zbiornika trombokinazy. Że krew i limfa w warunkach prawidłowych nie krzepną, chociaż zawierają wszystkie składniki, potrzebne do powstawania włóknika, to tłómaczy się obecnością we krwi antytrombiny, która wpływ trombiny zobojętnia.

Prof. Przewoski zaznacza w odpowiedzi Ottowi, że w swym wykładzie nie chciał wdawać się w szczegóły, a pragnął tylko wskazać, że włóknik występuje zawsze typowo w postaci siatki, której punkty węzłowe tworzą zbiorowiska włóknika dookoła komórek, dookoła małych naczyń chłonnych i żył, wreszcie na powierzchni błon śluzowych. Przy tworzeniu się pochew krzepnienia, zaczyn włóknikowy powstaje z komórek i znajduje się w soku tkankowym, substancya włóknikotwórcza zaś może dopływać ze krwi, np. przez ściany małych naczyń.

(Wedł. »Gaz. lek.«) *Z.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Roczne posiedzenie 30. stycznia 1909.

Przyjęto roczne sprawozdanie sekretarza. Obrano nowy zarząd, do którego weszli: F. Dobija, jako prezes; O. Kaczorowska, wice-prezes; J. Szymański, sekretarz; A. Szwajkart, kasyer.

Uchwalono zwrócić się do wszystkich redakcyi z prośbą, by zaniechały umieszczać t. zw. podziękowań pacyentów lekarzom, należącym do Towarzystwa lekarzy polskich, uznając podziękowanie za rzecz, kompromitującą lekarza.

Postanowiono w lutym urządzić zebranie towarzyskie polskich aptekarzy, dentystów i lekarzy z rodzinami, w celu zapoznania się i zbliżenia ludzi, pracujących w jednej dziedzinie.

Przyjęto w trzeciem czytaniu poprawki do ustawy T. L. P. wedle przedłożonego opracowania komisyi.

Postanowiono nowo przyjęty § ustawy o niesieniu pomocy materyalnej studentom medycyny wprowadzić w czyn i zebrano 21 dolarów na zapłacenie wpisu przyszłemu koledze B. O., znanemu z pracy na polu społecznem.

Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

Wyniki, do których doszła ankieta, zestawiłem w następujących punktach, odpowiadających w ogólnym zarysie powyższemu kwestyonaryuszowi:

1. Wpływ czynników autonomicznych na rozporządzenia dopełniające ustawę o zwalczaniu chorób zakaźnych powinien być w ustawie zastrzeżony, jednakże w takich granicach, w jakich to ze względu na sprawność zwalczania epidemii jest dopuszczalne. Przy wydawaniu rozporządzeń dopełniających ma więc, o ile możebne, być zasięgane zdanie Wydziału krajowego, a mianowicie, gdy do chorób, podlegających obowiązkowi donoszenia, będzie miała być zaliczona jakaś choroba, w ustawie imiennie nie wyszczególniona (§ 1, alin. 2), dalej, gdyby sposób donoszenia o chorobach zakaźnych miał być ze względu na stosunki krajowe zmieniony (§ 2 i 4), wreszcie, gdy będą wydawane rozporządzenia, dotyczące tworzenia lokalów izolacyjnych i budowy kostnic (§ 14).

   Zastrzeżone dla ustawodawstwa krajów prawo rozdziału przez kraj ponoszonych kosztów (§ 36) między strony (gminy, obszary dworskie, wydziały powiatowe i t. p.) powinno pozostać nienaruszone.

   Możność wydawania rozporządzeń uzupełniających, obowiązujących w pewnym kraju monarchii, powinna być w ustawie zastrzeżona także dla naczelnej władzy krajowej, to jest Namiestnictwa (§ 1, 8, 9, 13, 14, 21), o ile możności w porozumieniu z Wydziałem krajowym.

(Motywa). Zarówno ze względu na zasadnicze ustawy sanitarne, jakoteż ze względów rzeczowych nie może ulegać wątpliwości, że zwalczanie chorób zakaźnych musi być w ogólnym zarysie uregulowane ustawą państwową, aby mogło być przeprowadzone według jednolitego planu, a w przypadkach epidemii należycie szybko i energicznie. Wydawanie rozporządzeń uzupełniających może być nieraz tak naglącą potrzebą, że na zasięgnięcie opinii czynnika autonomicznego nie będzie dość czasu, jeżeliby przez to wyniknąć nie miały znaczne szkody (mór, cholera i t. d.). Zastrzeżenie dla ustawodawstwa krajowego znaczniejszego zakresu (np. zaliczania dalszych, w ustawie nie wyszczególnionych chorób do chorób podlegających obowiązkowi donoszenia) nakładałoby na kraje (powiaty, gminy) wiążące się z tem ciężary (np. koszta zwalczania tych chorób, któreby ustawodawstwo krajowe zaliczyło do chorób podlegających obowiązkowi donoszenia). Ponoszenie zaś takich dodatkowych ciężarów przez kraj, a nie przez skarb państwa, byłoby tem mniej usprawiedliwione, im więcej jakiś kraj przez swoje położenie geograficzne i t. p. bez własnej winy na choroby zakaźne jest narażony i im więcej stanowi on (jak np. Galicya) przedmurze, mające chronić całe państwo od zawlekania epidemii z krajów ościennych.

Gdzie to jednak jest możebne, powinien być zapewniony czynnikom autonomicznym (Wydziałowi krajowemu) głos już z tego względu, że stosunki krajowe są im lepiej znane, i że to ułatwi dostosowanie rozporządzeń, uzupełniających ustawę, do warunków kulturalnych, ekonomicznych i t. p. ludności, które są w każdym kraju, a szczególnie w Galicyi, odrębne. Z podobnych względów konieczną jest rzeczą przyznanie także naczelnym władzom administracyjnym w kraju (Namiestnictwom) prawa wydawania rozporządzeń, uzupełniających ustawę, gdyż władze te lepiej potrafią uwzględnić potrzeby i stosunki miejscowe, niż władze centralne w Wiedniu.

2. Prócz wymienionych w projekcie, należałoby wymienić w ustawie (§ 1) wyraźnie, jako choroby podlegające obowiązkowi donoszenia:
   16) zakaźne zapalenia oczu (*ansteckende Augenentzündungen*),
   17) zakażenia połogowe (*puerperale Infectionen*).
   18) odrę.

   W §§ 21, 22, 24 powinna być wymieniona płonica (szkarlatyna).

(Motywa). Do każdej z chorób, wymienionych wyraźnie w § 1, alin. 1 ustawy, odnoszą się wszystkie postanowienia ustawy, a więc także te, które dotyczą czynnego udziału rządowych organów sanitarnych w zwalczaniu danej choroby, jak również kosztów ponoszonych przy zwalczaniu przez skarb państwa. Natomiast przy zwalczaniu chorób, wyraźnie nie wymienionych, mogłyby spaść na kraj dodatkowe ciężary finansowe i agendy sanitarne. Dlatego zdążać należy do wyraźnego wymienienia w § 1, alin. 1 tych chorób, które dla naszego kraju mają szczególną wagę, a zdarzają się także w innych krajach monarchii w rozmiarach groźniejszych. Natomiast ze względu na ramowy charakter ustawy nie można do niej wprowadzić tych chorób, które są specyalnością pewnych tylko krajów (pellagra, endemiczna kiła).

Wymienienie zakażeń połogowych ma dla Galicyi wagę ze względu na braki obecnej pomocy położniczej (brak liczebny i usterki w działaniu położnych), których bez dokładnej wiadomości o zakażeniach połogowych usunąć nie będzie można; wymienienie zakaźnych zapaleń oczu ma znaczenie ze względu na ogromną częstość ślepoty, nabytej wskutek nich, a odry — ze względu na powikłania w narządzie słuchu i sprawy następowe (wybuch utajonej gruźlicy) po odrze. Trudności dyagnostyczne w jaglicy i wzgląd na wiewiórowe zapalenie oczu u noworodków, nakazują wybrać nazwę ogólną: »zakaźne zapalenie oczu«; nazwa zaś »zakażeń połogowych« jest ściślejszą i ze względu na cel ustawy odpowiedniejszą, niż nazwa »gorączka połogowa« (*Puerperalfieber*).

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Namiestnictwo śląskie rozwiązało organizacyę lekarzy śląskich. *R.*

Związek państwowy organizacyi lek. austr. ogłasza, co następuje: »Organizacya śląska zwróciła się do prezydyum Związku z prośbą o orzeczenie, czy bojkot, ogłoszony przez tę organizacyę co do posady lekarza gminnego i kasy chorych w Piotrowicach należy utrzymać, czy też odwołać, o co naciska Namiestnictwo śląskie, grożąc w razie przeciwnym rozwiązaniem organizacyi. Prezydyum Związku po skrupulatnem zbadaniu sprawy i przesłuchaniu interesowanego kolegi, Dra Kłuszyńskiego, orzekło jednomyślnie, że nie mogłoby aprobować uchylenia bojkotu, a to z następujących powodów: 1) Założenie socyalno-demokratycznej spółki spożywczej przez Dra Kłuszyńskiego nie pozostaje w żadnym związku z jego działalnością lekarską. 2) Również w żadnym związku z działalnością lekarską Dra Kłuszyńskiego nie pozostaje propaganda socyalistyczna, rozwijana przez niego w Piotrowicach i okolicy, co mu zresztą na podstawie ogólnych praw obywatelskich było wolno. 3) Zarzuty przeciw Drowi Kłuszyńskiemu, jako lekarzowi, są częścią zupełnie bezpodstawne, częścią niedowiedzione, a mają swe źródło w błędnej ocenie działalności lekarskiej przez profanów i w widocznem usiłowaniu, by Dra Kłuszyńskiego za każdą cenę usunąć z posady. 4) Przeciw pewnym osobom wystąpił Dr Kłuszyński w dziennikach dopiero wtedy, gdy mu już posady wypowiedziano, wystąpień tych nie można więc uwzględniać przy ocenie przyczyn wypowiedzenia posad. 5) Prezydyum Związku państw. przekonało się z przedłożonych aktów jasno, że jedyną przyczyną pozbawienia Dra Kłuszyńskiego posad są względy czysto polityczne i osobiste, że przeto bojkot tych posad przez Organizacyę śląską jest zupełnie uzasadniony. 6) Ponieważ stosunki nie uległy tymczasem zmianie, przeto niema żadnego powodu, by bojkot uchylać. — Organizacya śląska poddając się orzeczeniu powyższemu, bojkot posad w Piotrowicach nadal utrzymuje. Prezydyum Związku państw.: *Dr Gruss, Dr Koralewski, Dr Skorscheban*«. (Krok rządu wobec tego — obacz wyżej). *R.*

Zarząd organizacyi lekarzy krakowskich uchwalił na posiedzeniu w d. 28. II. 1909 rozesłać do wszystkich tych lekarzy w Krakowie, którzy jeszcze do organizacyi nie przystąpili, pismo z prośbą o rychłe przystąpienie i z nadmienieniem, że na życzenie będzie wkładka zniżoną na 12 k. rocznie; uwolnienia przyznawane będą tylko z roku na rok. Postanowiono

starać się o uzyskanie ulg ekonomicznych dla członków organizacyi. W sprawach, należących do zakresu organizacyi, zwracać się należy do sekretarza Dra Witalińskiego.

Do Związku lekarzy okręgowych galicyjskich zgłosiło gotowość przystąpienia dotychczas 61 kolegów. Donosząc o tem, nawołuje Dr Gilnreiner (Głos lek. 5), by i inni lekarze okręgowi nie ociągali się ze zgłoszeniem przystąpienia do Związku, którego konieczną potrzebę na kilku przykładach wywodzi. *R.*

Towarzystwo lekarzy kolejowych zachodniej Galicyi odbyło w dniu 20. lutego 1909 Walne Zgromadzenie; wziął w niem udział prezes Towarzystwa lekarzy kol. austr. kol. Dr Bergmann z Wiednia, który zdał sprawozdanie z dotychczasowej działalności Towarzystwa. Wyniki już osiągnięte, które wejdą w życie z dn. 1. kwietnia b. r., ograniczają się do: 1) podwyższenia poborów lekarzy kolej. przez podwyższenie honoraryum od każdego członka kasy chorych, na który to cel uzyskano od ministerstwa skarbu kwotę 250.000 koron rocznie; przy podwyższaniu poborów wzięta będzie w rachubę odległość zamieszkania członka kasy chorych od mieszkania lekarza, — ilość kilometrów przestrzeni przydzielonej lekarzowi, — gorsze stosunki komunikacyi i t. d.; 2) ubezpieczenia na starość lek. kol., nie mających charakteru urzędników; 3) ulg dla lekarzy, nie mających charakteru urzędników w otrzymywaniu kart wolnej jazdy na kolejach państwowych; 4) ministerstwo kolejowe ogłosi dyrektywy, któremi mają się kierować Dyrekcye kolejowe przy rozpisywaniu konkursów i obsadzaniu posad lekarzy kolejowych. Prezes: *Dr Jabłoński.* Sekretarz: *Dr Czerny-Szwarcenberg.*

Protest posła do parlamentu austr., Dra Michla, zwrócony do prezydenta ministrów i kierownika ministerstwa handlu. »Z »Arbeiterzeitung« dowiaduję się, że stała Rady pracy w ministerstwie handlu odniosła się do rządu z żądaniem, oddania jej do oceny projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Nadto wyczytałem w notatce, umieszczonej w temże piśmie, że istotnie na 11. i 12. b. m. zwołano na posiedzenie komisyę tejże Rady pracy dla narad nad przedłożeniem rządowem. Z tego wnoszę, że rząd dał posłuch życzeniu Rady pracy. Otóż protestuję przeciw takiemu niezwykłemu postępowaniu, a mianowicie przeciw temu, żeby przedłożenie rządowe, które już oddano do komisyi parlamentarnej, rząd oddawał do oceny ciału pozaparlamentarnemu. Protestuję przeciw temu, jako poseł do parlamentu i jako przewodniczący Związku przyjaciół lekarzy w parlamencie, gdyż postępowanie takie upośledza lekarzy austr., a natomiast innym czynnikom zapewnia niesprawiedliwy większy wpływ na przedłożenie rządowe, tembardziej, że do Rady pracy nie należy ani jeden lekarz, jako zastępca interesów swego zawodu. Protestuję przeciw temu, bo minister spraw wewn. i prezydent ministrów odmówił spełnienia prośby prezydyum organizacyi lek., które w czerwcu 1908 prosiło o zwołanie ankiety w sprawie ubezpieczenia społecznego z udziałem zastępców lekarzy: odmowę uzasadniano tem, że w ówczesnym okresie sprawy taka ankieta jest już niedopuszczalna«. *Stahr.*

Wobec lekarzy, broniących się na polu zawodowem w Niemczech, różne czynniki, a niestety i przedstawiciele rządu, chwytają się nowych sposobów walki, polegających na oczernianiu lekarzy przed społeczeństwem i wyrabianiu nieufności do stanu lekarskiego. Tak n. p. poseł Stadthagen podczas rozpraw nad etatem ministerstwa spraw wewnętrznych zarzucił wprost lekarzom, że dla przypodobania się władzom zmniejszają renty ubezpieczeń i ludzi, rzeczywiście niezdolnych do pracy, uznają za symulantów. »Wyrzucamy setki tysięcy na lekarzy, by oszczędzić trochę na rentach«, wyraził się sekretarz stanu Bethmann-Hollweg, przedstawiając w parlamencie niemieckim nowy projekt ogólnego ubezpieczenia, które utrudni jeszcze więcej położenie lekarzy. Żadnego środka zaradczego na to B. H. jednak nie podaje, przeciwnie zarzuca lekarzom, że strejkują, choć do tego nie mają żadnego prawa, bo »czyż nazwać można ludzkiem postępowaniem, odmowę pomocy umierającemu?« Odnosić się to miało do strejku w Kolonii. W odpowiedzi też na to koloński Związek lekarzy wyraził ubolewanie sekretarzowi stanu, który polegając na niedokładnych i fałszywych informacyach zarzuca lekarzom fakta nieprawdziwe. Pomocy w przypadkach nagłych i »umierającym« nikt nigdy nie odmawiał, przeciwnie, Związek polecił, by lekarze w nagłych przypadkach udzielali pierwszej pomocy, ale bezinteresownie. *X.*

Lekarze praktyczni w Anglii wnieśli protest przeciw nowemu rozporządzeniu, nakazującemu lekarzom bezpłatnie donosić władzy o każdym porodzie najdalej w 36 godzin; lekarze oświadczają, że stan lekarski nie może dozwolić, by ciągle wkładano mu na barki coraz to nowe obowiązki, nie dając w zamian za to żadnego wynagrodzenia, ani polepszenia bytu lekarzy. *X.*

Partacka reklama w Ameryce przewyższa wszystko, co w tym względzie dzieje się w Europie. Co najsmutniejsza, niektóre polskie dzienniki tamtejsze, — przewyższając pod tym względem nawet gazety, wychodzące po angielsku, — świadomie wprowadzają w błąd łatwowierną ludność polską przez umieszczanie sążnistych a bezczelnych inseratów i artykułów partackich. Dr J. Szymański, sekretarz Tow. lek. polskiego w Chicago, nadesłał nam właśnie próbki takich reklam, o treści wprost demoralizującej, umieszczanych w jednym z dzienników polskich przez »doktorów« Spillingera i Knighta. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 14. II. do 28. II. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 8, Markowa 6), Borszczów (Korolówka 1), Brzeżany (Chorobrów 5, Kuropatniki 1), Dąbrowa (Dąbrowa 1), Drohobycz (Medenice 14, Letnia 5), Horodenka (Hawrylak 4, Harasymów 6), Gródek jag. (Bratkowce 2, Wiszenka 1), Jarosław (Ostrów 3), Kamionka (Kamionka 1), Kolbuszowa (Trzeboś 3), Kołomyja (Słobódka polna 8, Siemakowce 5, Debesławce 2), Kosów (Chomczyn 4), Lisko (Czarna 1), Mościska (Czerniawa 2), Peczeniżyn (Kosmacz 1), Skałat (Orzechowiec 3), Śniatyn (Trościaniec 13), Stanisławów (Chomiaków 3). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 21. II. do 27. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6, krztuśca 6, płonicy 23 † 4 (w tem obcych 1 † —), duru brzusznego 4 (3). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. II. do 27. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca —, płonicy 4 (2), odry 4 † 1, duru brzusznego 3 † 2 (3 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 7. II. do 13. II. 1909 zgłosiło się do szpitali warszawskich przypadków: ospy 3, odry 3 † 1, płonicy 3 † 1, róży 5, duru brzusznego 13 † 2, duru osutkowego 35 † 1, duru powrotnego 3, błonicy 1, grypy 6. (*Gaz. lek.* 9).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej na posiedzeniu w d. 26. II. 1909 zajmował się następującemi sprawami: 1) Odczytano pismo komisarza rządowego kasy chorych w J. w sprawie już załatwionej poprzednio; w piśmie tem zapytuje komisarz, czy Izba zawsze w podobnych przypadkach wypowiedzenia posady lekarzowi kasy według zasad pragmatyki będzie uważała postępowanie zarządu kasy za niewłaściwe. Uchwalono odpowiedzieć, że bez względu na pragmatykę Izba będzie musiała stanąć w obronie lekarza, o ile on będzie się czuł pokrzywdzonym. 2) Przyjęto do wiadomości rekurs Dra K. z S. do Namiestnictwa przeciw wyrokowi Rady honorowej z d. 29. I. 1909. 3) Uchwalono przypomnieć kolegom o reskrypcie ministerstwa sprawiedliwości w sprawie drugiej podwody dla znawców. 4) Załatwiono szereg drobnych spraw.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 3. III. 1909 posiedzenie, na którem Prof. Browicz wykładał o gruczołach przytarczycznych, Prof. Jaworski i doc. Nitsch o odczynie Wassermanna i jego modyfikacyach, a Prof. Lewkowicz przedstawił przypadek spazmofilii. W dyskusyach zabierali głos: Dr Eisenberg, Prof. Klecki, Prof. Lewkowicz, Dr Rydel.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego uchwalił przedstawić docentów: Dr A. Wrzoska, L. K. Glińskiego i S. Horoszkiewicza do nominacyi na profesorów nadzwyczajnych.

— Krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe ogłosiło sprawozdanie za rok 1908 (18. rok istnienia). W roku tym był prezesem Towarzystwa r. dw. Prof. Wicherkiewicz, (którego zasługi w ciągu dziesięcioletniego urzędowania Towarzystwo w stosowny sposób w r. 1908 uczciło), wiceprezesem Doc. Braun, sekretarzem stud. med. p. C. Jakubowski, jego zastępcą p. J. Nowaczyński, administratorem stacyi ratunkowej Dr Pachoński, lekarzem-instruktorem Dr Radliński. Oprócz członków założycieli, dobrodziejów i dożywotnich (25), liczyło Towarzystwo 199 członków zwyczajnych, a 86 czynnych

(42 lekarzy, 44 słuchaczy medycyny). Dochody Towarzystwa wynosiły 12.307·85 k., w tem wkładki członków 2357, subwencye 4800, dary 824·63 k. Majątek Towarzystwa wynosi 35917·17 k. Towarzystwo zmierza do wybudowania własnego domu i zaprowadzenia stałych dyżurów lekarskich; oba te zamiary rozbijają się jednak dotąd o brak dostatecznych funduszów. Towarzystwo oświadczyło gotowość urządzenia stałych dyżurów lekarskich, gdyby zarząd miasta podniósł subwencyę miejską z 2000 na 4000 k.; sprawa ta nie jest jeszcze załatwiona. Zarząd miasta dostarcza obecnie Towarzystwu lokalu, koni i 3 sanitaryuszy. Stacya ratunkowa uzyskała w r. 1908 pewne ulepszenia i obfitszy inwentarz, tak że obecnie rozporządza 4 karetkami, lektyką na kołach, 4 noszami, 11 kuframi ratunkowymi. Dla członków czynnych odbył się kurs niesienia pomocy w nagłych przypadkach; prowadził go Dr Radliński, uczestniczyło w nim 20 słuchaczy medycyny. Sprawozdanie z działalności lekarskiej Pogotowia, zestawione nader pracowicie i dokładnie przez zastępcę sekretarza, p. J. Nowaczyńskiego, a obejmuje statystykę ilości wezwań (w r. 1908 — 4.598, od założenia Towarzystwa 50.199), udzielonej pomocy, zajęcia, wieku i płci ratowanych, rodzaju wypadków i zachorowań (najwięcej chirurgicznych: 2917, w tem rany cięte 28·81%), bardzo szczegółowe zestawienie samobójstw i t. d.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-gal. odbył w d. 9. II. 1909 posiedzenie, na którem uchwalono: 1) zawezwać lekarzy drohobyckiej kasy chorych, aby przedłożyli pisemne oświadczenie o zrzeczeniu się swych posad od 1. IV. b. r., 2) Dra Polończyka wezwać listem poleconym do stawienia się przed Izbą, 3) zasięgnąć informacyi w Wydziale kraj. w sprawie usunięcia z posady lekarza okręgowego Dra H., 4) referat w sprawie tytułu »specyalistów« oddać Dr Pappéemu, 5) administracyi podatków odpowiedzieć dopiero po porozumieniu się z interesowanym lekarzem, 6) wyjaśnić Dr K. z M., że w nagłych przypadkach nie może odmówić pomocy członkom kasy chorych, choć nie jest jej lekarzem, 7) udzielić opinii co do 3 nowych aptek, 8) zwołać posiedzenie pełnej Izby z początkiem marca. — Na posiedzeniu Rady honorowej w d. 17. II. 1909 miał być przesłuchany Dr Polończyk, który się jednakże nie stawił; uchwalono rozpisać ponowną rozprawę. Następnie uchwalił Wydział wezwać Dra M. z Janowa dla porozumienia się w sprawie taryfy.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Na fundusz wdów i sierót po lekarzach złożyli lekarze rządowi 110 koron, jako pozostałość ze składki na wieniec dla ś. p. Dra Daimera, referenta sanitarnego ministerstwa spraw wewnętrznych.

W imieniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich potwierdzamy odbiór tej kwoty, wyrażając ofiarodawcom serdeczne podziękowanie.

Sekretarz: *Dr Świątkowski.* Prezes: *Dr Merunowicz.*

— Dyplom doktorski uzyskał p. Roman Łaba, rodem ze Lwowa.

— Poseł do parlamentu Dr Józef Gold wybrany został burmistrzem m. Złoczowa.

Warszawa. Obchód ku uczczeniu setnej rocznicy urodzin Darwina odbył się w sali Filharmonii w d. 25. II. 1909. Wykłady wygłosili: p. Czartkowski, Dr Sosnowski, L. Krzywicki, K. Stołyhwo i St. Sterling.

— Dr Teresa Ciszkiewiczowa obchodziła 28. II. 1909 25-letni jubileusz pracy zawodowej; wśród składających życzenia mowców zabierał głos Henryk Sienkiewicz.

— Towarzystwo lekarskie kieleckie wybrało 20. II. 1909 na rok bieżący następujący zarząd: prezes Dr A. Czaplicki; wiceprezes Dr J. Daszewski; członkowie: Dr M. Zawadzki i Dr Br. Laskowski; sekretarz Dr A. Ryttel; skarbnik Dr Ł. Jedlicki; bibliotekarz Dr K. Kosieradzki. Do komisyi rewizyjnej: Dr P. Jankowski, Dr A. Stadnicki i prowizor farmacyi J. Krzanowski. Towarzystwo liczy 25 członków rzeczywistych.

Z różnych stron. *Od Dra Skałkowskiego ze Lwowa, konsula »Tutmonda esperantista kuracista asocio (T. E. K. A.)« na Austryę, otrzymujemy następującą odezwę:*

»Dzięki inicyatywie centralnego komitetu światowego Związku lekarzy esperantystów (T. E. K. A.) powstała komisya, złożona z lekarzy najrozmaitszych narodowości, a mająca na celu w przyszłym międzynarodowym Zjeździe lekarskim, który się ma odbyć w Peszcie od 29 sierpnia do 4 września 1909, wprowadzenie wykładów lekarskich w języku esperanto. Dotychczas komisya ta składa się z następujących osób. Z Austryi (Galicya) Dr B. Skałkowski (Lwów), z Niemiec Dr E. Rothschuh (Aachen), z Francyi Dr Artignes (Versailles), z Polski Dr Leon Zamenhof (Warszawa), z Rosyi Dr N. Kabanów i Dr K. Szydłowskij (Moskwa), z Anglii Dr Legge, z Węgier Dr Kováts J. Wedle regulaminu Zjazdu dozwolone jest w dyskusyi i wykładach w sekcyach użycie jakiegobądź języka, pod warunkiem, że treść przemów i dyskusyi będzie przetłómaczona na jeden z języków, urzędowo dla Zjazdu przyjętych (francuski, niemiecki, angielski, włoski). Tym sposobem pod względem formalnym jest zupełnie dozwolone użycie języka esperanto na odbyć się mającym Zjeździe. Ażeby urzeczywistnić to, przedewszystkiem trzeba, aby w Zjeździe uczestniczyło jak najwięcej wykładających i tłómaczy esperanto. Ponieważ tytuły wykładów muszą być do komitetu organizującego zgłoszone najpóźniej do 30. kwietnia 1909 i sam Zjazd już niedługo się odbędzie, dlatego koniecznem jest ustalić bez zwłoki nazwiska udających się na Zjazd i tytuły ich wykładów. Dlatego zwracamy się do kolegów esperantystów z prośbą o jak najszybsze podanie nam nazwisk i tytułów ich wykładów. Ponieważ w Peszcie tworzy się specyalne miejsce przyjęcia dla lekarzy esperantystów różnych narodowości, upraszamy mających zamiar jechać na Zjazd, choćby nie mieli zamiaru wykładać, o podanie swych nazwisk. Warunki przyjęcia i udziału w Zjeździe są następujące: Wkładka członka 25 koron (10 rb.), żony i córki uczestników płacą połowę, o ile chcą brać udział w korzyściach, zastrzeżonych dla członków. Wkładki należy posyłać na ręce skarbnika, Prof. Dra de Elischera (Budapest VIII. Esterházy-utcza 7), zawiadamiając, w której sekcyi lub sekcyach zamierza uczestnik brać udział, i załączając adres wyraźnie pisany lub bilet wizytowy. Na wykłady przeznaczono 15 minut, na przemówienia w dyskusyi po 5 m., na końcowe przemówienie 10 m. Wszelkie wiadomości upraszamy przesyłać pod adresem Dr N Kabanov (Moskwa Neopalimowskij per. 12) lub Dr Szydłowskij (Moskwa Arbat Deneżnij per. 28 kw. 5).

N. Kabanow, mp. *K. Szydlowskij*, mp.«.

— Liczba słuchaczy medycyny w półroczu zimowem 1908/9 wynosi. w Wiedniu 1972, w Pradze na wszechnicy czeskiej 631, w Krakowie 515 (zwyczajnych 450 słuchaczy i 44 słuchaczek, 14 słuchaczy nadzwyczajnych, 7 hospitantek), w Gracu 361, w Pradze na wszechnicy niemieckiej 344, we Lwowie 304 (zwyczajnych 262 słuchaczy i 37 słuchaczek, 5 słuchaczy nadzwyczajnych), w Innsbrucku 197.

— Przy klinice Prof. Fingera w Wiedniu założyło ministerstwo oświaty państwowy zakład serodyagnostyczny. Zakład ma obowiązek wykonywać między innemi odczyn Wassermanna bezpłatnie dla wiedeńskich szpitali. *X.*

— W Berlinie zawiązał się »Niemiecki Związek opieki nad niemowlętami«, którego pierwszy Zjazd odbędzie się w Dreznie w czerwcu 1909.

— Miarą ofiarności na szpitale, przytułki, cele naukowe i t. p. w Niemczech jest to, że w jednym tylko numerze (7) »Deutsche med. Wochenschrift« wspomniano o następujących fundacyach: w Heidelbergu 130.000 marek na zakład badania radu, w Berlinie 1,070.000 mk. na szpital i przytułek dla starców, w Karlsruhe na takiż cel 700.000 mk., w Cölleda na zakład dla dzieci 120.000 mk., w Halle na pływalnię ludową 50.000 mk.

— W Peszcie utworzył się Związek prasy lekarskiej węgierskiej.

— Akademia Umiejętności w Turynie ogłasza konkurs międzynarodowy z terminem do 31. grudnia 1910, a nagrodą 9300 lirów dla tego, który »dokonał najwybitniejszego i najużyteczniejszego odkrycia, ogłosił najsłynniejsze dzieło w zakresie nauk ścisłych, przyrodniczych, fizyologii i t. d.«.

— W Londynie istnieje 123 szpitali (z nich 12 dla dzieci), mających razem około 11.000 łóżek, z których średnio zajętych jest 9000. Wydatki tych szpitali wynoszą rocznie około 25 milionów koron.

— W Odessie ma powstać szkoła lekarska dla kobiet.

— Towarzystwo niem. lekarzy petersburskich obchodzi 31. III. b. r. 50-lecie istnienia.

— Stopień lekarski uzyskało w Charkowie przy egzaminach państwowych w grudniu r. z. 65 osób, z tego 55, mających zagraniczne dyplomy doktorskie.

— Ortopedyczny instytut Rizzoli w Bolonii ogłasza międzynarodowy konkurs imienia Humberta I na nagrodę w kwocie 3.500 lirów za najlepszą pracę lub wynalazek w dziedzinie ortopedyi. Termin ostateczny do 31. grudnia b. r. Zgłoszenia do prezesa instytutu (Giuseppe Baccheli) w Bolonii. *X.*

— Korespondent angielski »Münch. m. Woch.«, chcąc udowodnić, że nie wszyscy Anglicy są uprzedzeni do Niemców, wypisuje pochwały na cześć nauki niemieckiej twierdząc, że wszystko, co najlepszego mamy w medycynie, pochodzi z Niemiec. Pochwały te są tak przesadzone, że aż sama redakcya dodaje uwagę, iż Anglia nie stoi znowu w nauce medycyny tak bardzo poza Niemcami; dość wspomnieć nazwiska takie, jak Jennera, Darwina, Listera i t. p. *X.*

— Prof. Baginsky w Berlinie obliczył, że surowica przeciwbłonicza uratowała w ostatniem dziesięcioleciu w Niemczech około 162.000 dzieci od śmierci.

— Na cele IV. Zjazdu lekarskiego amerykańsko-romańskiego i połączonej z nim wystawy higienicznej, które się mają odbyć w Rio de Janeiro w sierpniu i wrześniu, przeznaczył rząd brazylijski prawie milion koron.

— Ofiarą promieni Röntgena padł Profesor Andren z Rochester, któremu odjęto lewą rękę z powodu zmian bardzo ciężkich, powstałych skutkiem rentgenizacyi. *X.*

— Pierwszą kobietą, która mianowana została profesorem uniwersytetu na Wydziale lekarskim, jest Dr Ida Ura-Ka z Tokio. *X.*

— Trzęsienie ziemi w Messynie i dla nauki przyniosło niemałą szkodę, przerwało bowiem ciekawe bądź co bądź badania nad nowotworami profesora Sanfelice, prowadzone od lat piętnastu. Sanfelice utrzymuje, że przez wstrzykiwania grzybka nazwanego »saccharomyces neoformans« można u zwierząt wywołać typowe nowotwory. Zupełnie takie same nowotwory wywołać można zdaniem Sanfelicego przez wstrzykiwania samej toksyny grzybka. Nowotwory te dają się następnie przeszczepiać dalej na inne zwierzęta. Przez uodpornianie odpowiednią dawką toksyny otrzymał Sanfelice surowicę, która ma posiadać własności zapobiegawcze i lecznicze wobec nowotworów doświadczalnych u zwierząt. Surowicę tę zaczął S. stosować następnie u psów, cierpiących na raka i miał otrzymać wyniki dobre. Doświadczenia te z powodu braku funduszów były bardzo powoli przeprowadzane i dopiero w ostatnich czasach pewien dobroczyńca ofiarował 100.000 lirów na ten cel, a właściwie na założenie kliniki dla biednych chorych na raka, gdyż obecnie zamierzał Sanfelice przeprowadzać już badania na ludziach. Po trzęsieniu ziemi zachodziła obawa, że Sanfelice zginął pod gruzami. Obecnie jednak, jak donosi »Voss. Ztg.« stwierdzono, że ocalał i znajduje się w Neapolu. *X.*

— W czasie zajść między studentami włoskimi a niemieckimi w Wiedniu 23. XI. 1908 został zraniony kulą rewolwerową w okolicę skroni student włoski Fonda. Przewieziono go na klinikę Prof. Hochenegga, gdzie zapomocą promieni Röntgena wykazano pocisk, leżący powierzchownie; pocisk w znieczuleniu miejscowem usunięto. Chory na drugi dzień przybył do opatrunku, a towarzyszący mu kolega zwrócił uwagę opatrującego asystenta na pewne zaburzenia mowy u chorego. Asystent jednak odrzekł, że to niema znaczenia. Chorego przewieziono do Tryestu i tu lekarze szpitalni stwierdzili wybitne zaburzenia mowy. Przy trepanacyi znaleziono odłamek kostny, uciskający na mózg. Wobec tego ze strony Włochów podniosły się głosy oburzenia i twierdzono nawet, że ta niedbałość w klinice wiedeńskiej nie była wcale przypadkową, lecz rozmyślną. Prof. Hochenegg zbadał jednak tę sprawę i zawiesił niedbałego asystenta na 3 miesiące w czynności. *X.*

— Znaczenie krwi w dawnem lecznictwie omawia Kassel (Med. Klin. Nr 5). Zdawna już uważano krew ludzką i zwierzęcą za środek, mający różne cudowne lecznicze własności. Już Faraon dla wyleczenia się żądał krwi 150 dzieci żydowskich. Aulus Cornelius Celsus polecał krew jaskółki lub gołębia, jako środek na oczy, a krew ludzką przy padaczce. Krew miesiączkowa, użyta w maści, miała chronić od zastąpienia, a krew starszych kobiet miała pomagać przy podagrze. Krew kozy, zająca, stosowano przy czerwonce, piegach i chorobach skórnych, krew psa przy wściekliźnie, żółwia przy padaczce, krew kameleona miała usuwać włosy z twarzy. Galen wspomina o skuteczności krwi kozła przy kamieniach pęcherza, krwi sowy przy duszniсy i krwiopluciu. Po napadzie padaczki, celem przywrócenia przytomności, smarowano chorym czoło i wargi krwią ich własną. Cajus Plinius twierdził, że krew wołu służy często do otrucia samobójcom, a Matthiolus (1500—1577), że po wypiciu krwi miesiączkowej wystąpić mogą choroby umysłowe, zwłaszcza, o ile kobieta, z której krew pochodzi, jest żółciowa i kłótliwa. Krew kury wstrzymywać miała porost włosów i rozwój piersi, krew gęsi i kaczki działać dobrze, jako dodatek do odtrutek. Krew gołębia leczyć miała krótkowzroczność, a krew żółwia z winem zatrucie po ukąszeniu przez węża. *X.*

Mianowani: higienista doc. P. Th. Muller w Gracu profesorem nadzwyczajnym; prof. Zieler z Wrocławia dyrektorem kliniki dermatologicznej w Würzburgu,

starszy lekarz powiatowy, Dr Adolf Kuhn, krajowym inspektorem sanitarnym, — lekarze powiatowi Dr Mieczysław Hirschler i Jan Danielski starszymi lekarzami powiatowymi w Galicyi.

Zmarli: Dr Józef Marynowski w 42 r. ż. w Birczy; chir. Rubin Gabel, lekarz miejski w Jaworowie, który swą filantropią zjednał sobie cześć i miłość najszerszych kół ludności, jak tego dowodziła olbrzymia rzesza uczestników pogrzebu różnego wyznania i narodowości, w 69 r. ż.; Dr Adolf Pomper w 54 r. ż. w Radomiu; Dr Wincenty Dziewicki, lekarz ziemstwa, padł ofiarą zawodu, zaraziwszy się durem, w Krasiłowie na Wołyniu, w 33 r. ż.

W czasie trzęsienia ziemi w Messynie zginęli profesorowie d'Urso (chirurg), Zincone (anatom), Melle (dermatolog), Barbera (fizyolog), i docenci: Mandalari, Cambria, Ponzio, Testa, Calderone.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10. marca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Łapiński: O odczynie Wassermanna; 2) Dyskusya nad wykładami Prof. Jaworskiego, Doc. Nitscha i Dra Łapińskiego; 3) Dr Nelken i Dr Rose: Przedstawienie przypadków chorobowych z kliniki chorób nerwowych.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Firma J. Riedel, Tow. akc. w Berlinie, wydała, podobnie jak w ubiegłym roku, t. zw. **»Mentor«** na r. b., zawierający, obok nazw, opisu własności i sposobu stosowania nowszych leków, także rozprawki o działaniu alkalichromatu i kw. agarycynowego, o sztucznych zeolitach, wreszcie wykaz przetworów specyalnych, wyrabianych przez firmę. *Rl. W.*

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodz ju obcokrajowe szczawy. 218

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222
SÓL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg. | ŁÓG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Salit szybko kojący ból i leczący środek do wcierania przy cierpieniach gośćcowych. Skóra znosi salit nierozcieńczony.

Sulfidal siarka kolloidalna w postaci proszku, rozpuszcza się w wodzie na płyn mleczny. Skuteczniejszy i przyjemniejszy w użyciu aniżeli zwykła siarka. Wskazania: trądzik, łupież i t. d.

Xeroform Bezwzględnie nietrujący, niedrażniący proszek do posypywania ran. Środek swoisty przy sączących wypryskach, wrzodzie goleni, oparzeniach.

Injectio Dr Hirsch: roczyn gotowy do użycia do zupełnie niebolesnych podskórnych i śródmięśniowych wstrzykiwań rtęci.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 b

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 D. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Dla uspokojenia nerwów i pobudzenia snu

Bromural

(α-monobromisovalerianylowy mocznik)

Dawki: jako środek uspokajający 0,3 g. kilka razy dziennie; jako lekki środek nasenny 0,6 g. przed pójściem spać jako proszek lub w kołaczykach.

Rp. 1 rurka oryg. kołaczyków bromural. (Knoll) po 0,3 No XX. 13 a

KNOLL et Co., Ludwigshafen am Rhein.

Dr Kahlbaum, Görlitz

Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i umysłowych.

Otwarty zakład leczniczy dla chorych nerwowych.

Zakład leczniczo-wychowawczy dla młodocianych chorych nerwowych i umysłowych. 125

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrwnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie 43

przez dzieci i kobiety

Wystawa hig. Wiedeń 1906: Nagroda państw. i dypl. hon. do medalu złotego.

Odznaczone kilkakrotnie. — Przeszło 5000 orzeczeń lekarskich. Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki.

J. Serravallo. Triest-Barcola.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., ELBERFELD.

Wewnętrzne leczenie wiewióra

THYRESOL

(Santalolmethylaether)

wcale niedrażniący, zupełnie smaczny.

Nie odszczepia w organizmie wolnego santalolu, dlatego nie działa szkodliwie na jelita i nerki, usuwa szybko dolegliwości podmiotowe, ogranicza objawy zapalne i wydzielinę ropną, wyjaśnia mocz mętny i zapobiega powikłaniom.

Zapisywanie: 7 t

płynny we flaszeczce do kropel à 10 g.
perełki żelatynowe, à 0,25 g. No. XXX } „Opak. oryg. — Bayer"

Nowość! **Kołaczyki thyresolowe** Nowość!

à 0,25 g. No. XXX „Opak. oryg. — Bayer".

(z magnes. carbonic. do równoczesnego regulowania funkcyi jelit).

Zastępca na Austro-Węgry

FRIED. BAYER et Co. Wien, I. Biberstrasse 15.

WIELKĄ OSZCZĘDNOŚĆ

osiąga się przez używanie Beiersdorfa białego przylepca kauczukowego „leukoplast", który z powodu swej lepkości, braku drażniącego działania i stałości, przewyższa wszystkie inne plastry i w przeważnej części zakładów leczniczych stale bywa używany.

Leukoplast przylepia się ściśle i silnie, nie rozmiękając przy dłuższem leżeniu na skórze, tak iż opatrunki nawet przy znacznem narażeniu nie przesuwają się.

14 c

Szczególnie cennem, oszczędnem i odpowiedniem jest stosowanie leukoplastu na szpulkach, dostarczanych we wszystkich używanych wielkościach.

Próbki, piśmiennictwo i wykazy bezpłatnie.

P. BEIERSDORF et Co., Hamburg 30.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ — POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ" PIOTRA MIKOLASCHA

wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca ustalonej sławy **WINA LECZNICZE** przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych

Na letnisko albo sanatoryum

wybornie nadająca się posiadłość w pięknej zacisznej, podgórskiej okolicy, **między Kosowem i Kutami, 12 kilometrów od kolei w Wyżnicy**, jest zaraz do sprzedania. **Obszar gruntów 39 hek. 23 a, w czem 8 hek. 41 a lasu**, obszerne budynki mieszkalne i gospodarcze w doskonałym stanie, gospodarstwo rolne, warzywne i sadownicze w wysokiej kulturze — **Bliższej informacyi udzieli rejent w Jarosławiu.** 322

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.



Kto zamierza zakupić postępowe, pewnie funkcyonujące urządzenia do sterylizacyi i desinfekcyi każdej wielkości, łączone bez nitu meble operacyjne i do sal chorych, wszystkie artykuły do potrzeb laboratoryjnych, ręcznie wyrabiane narzędzia chirurgiczne (wykaz nowości J), przyrządy i przybory diagnostyczne (wykaz nowości D), urządzenia do inhalacyi i leczenia elektrycznością, uniwersalne stoły operacyjne według prof. de Quervain, wszelkie artykuły do pielęgnowania chorych i higieniczne tylko pierwszej jakości, niech zażąda wpierw cenników i kosztorysów od firmy



M. SCHAERER, A. G., Bern (Szwajcarya)

Filie w Brüssel i Lausanne. — Filie w Brüssel i Lausanne.



Źródło centralne dla wszelkich potrzeb lekarskich.

Katalog główny 1.000 stronic, 20.000 rycin.

Katalog artykułów do pielęgnowania chorych, przeszło 100 stronic. Bezpłatnie i opłatnie.

Prosimy żądać naszych specyalnych wykazów nowości chirurgicznych i diagnotycznych.



Rok LXVIII. Kraków, dnia 13. marca 1909. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przypadek podskórnego pęknięcia wątroby od urazu tępego, wyleczony przez operacyę.

Podał

Dr Jan Gawlik,

kierownik szpitala klimatycznego w Zakopanem.

Antoni K., l. 21, czeladnik piekarski z Zakopanego, biegnąc z osadzoną na drążku miotłą w ręku, pośliznął się przed zamkniętemi drzwiami i padł z całym rozmachem, uderzając okolicą dołka podsercowego o koniec drążka, od miotły, która nastawiła się pod upadającego w ten sposób, że ten koniec drążka, na którym osadzona była miotła, oparł się o próg drzwi, a rękojeść sterczała w kierunku prostopadłym do ciała padającego.

W chwili upadku doznał K. przeszywającego bolu w dołku i omdlał, a gdy przytomność wróciła, nie mógł już poruszyć się, ani powstać o własnej sile, z powodu gwałtownych bolów w brzuchu. Wkrótce potem wystąpiły nudności i wymioty, w których, według opowiadania otoczenia krwi nie było.

Wypadek zdarzył się dnia 31/XII. 1908 r. o godz. $11^1/_2$ przed południem. Zawezwani lekarze wyrazili przypuszczenie, że istnieje prawdopodobnie obrażenie jakiegoś narządu w jamie brzusznej, polecili spokój, okład lodowy na brzuch, zastosowali podskórnie morfinę, a otoczenie pouczyli, że gdyby po kilku godzinach stan chorego się nie poprawił, należy odwieść go do szpitala.

Gdy w ciągu popołudnia stan chorego zaczął się pogarszać, odwieziono go o godzinie 6 wieczorem do szpitala zakopiańskiego. Uprzedzony o przewiezieniu chorego byłem w szpitalu w chwili przyjęcia i przystąpiłem natychmiast do badania.

S t a n o b e c n y. Młodzieniec wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiony. Wyraz twarzy cierpiący, oczy zapadłe, skóra blada, pokryta potem; błony śluzowe blade, kończyny chłodne. Język środkiem podsychający. Ciepłota 36·3, tętno 96, miękkie, ale równe. Chory nieco odurzony (morfina), jęczy ustawicznie i narzeka na gwałtowny ból w całym brzuchu. Oddech przyspieszony, powierzchowny, o torze wyłącznie żebrowym. Żebra nienaruszone. Badanie płuc i serca nie stwierdzają nic nieprawidłowego. Brzuch nad pępkiem wzdęty, równomiernie po obu stronach. Na skórze tuż pod wyrostkiem mieczykowatym w linii środkowej świeże otarcie naskórka, kształtu owalnego, wielkości srebrnego guldena. Przez powłoki nie widać ruchów robaczkowych żołądka ani jelit. Mięśnie brzucha skurczowo napięte, po stronie prawej silniej, niż po lewej. Brzuch w całości przy dotyku bolesny, najbardziej tuż pod łukiem żebrowym prawym w ściśle ograniczonem miejscu, gdzie chory nie może znieść nawet lekkiego dotknięcia palcem.

Odgłos opukowy w górnej części brzucha bębenkowy, w podbrzuszu przytłumiony. Granica przytłumienia po prawej stronie wyżej, niż po lewej. Wątroba (opukiwanie) sięga do łuku żebrowego. Granica płuc prawidłowa. W moczu nie ma nieprawidłowych składników. W ciągu badania kilkakrotnie odbijania puste i czkawka. Wymiotów niema. Oddawanie wiatrów od chwili wypadku wstrzymane.

Jak widać z opisu stanu obecnego, rozpoznanie obrażenia jakiegoś trzewia brzusznego nie podlegało w danym przypadku wątpliwości, wobec istnienia wszystkich znamiennych cech, jak przemijający wstrząs, stały ból, kilkakrotne wymioty, skurczowe napięcie powłok, wzdęcie, a wreszcie przytłumienie, odpowiadające nagromadzeniu krwi w jamie brzusznej i objawy ogólne niedokrwistości. Okoliczność, że od wypadku upłynęło już $6^1/_2$ godziny, a nie wystąpiły dotąd objawy wybitne zapalenia otrzewnej z przedziurawienia (brak częstych wymiotów, wzdęcie ograniczone do nadbrzusza, tętno stosunkowo wolne 90), a dalej stwierdzenie stałej miejscowej bolesności tuż pod łukiem żebrowym prawym z nagromadzeniem krwi w jamie brzusznej, znaczniejszem po stronie prawej, dały mi możność szczegółowego rozpoznania, że w danym przypadku istnieje z wszelkiem prawdopodobieństwem pęknięcie samej tylko wątroby.

O godzinie $7^1/_2$ wieczorem przystąpiłem do operacyi.

Uśpienie chloroformowe. Ułożenie zwykłe na wznak z podwyższeniem nadbrzusza przez podłożony pod plecy wałek. Cięcie w linii środkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka. Po otwarciu otrzewnej wydobywa się z jamy brzusznej strumień świeżej płynnej krwi, zalewając całe pole operacyjne. Żołądek miernie wzdęty, nie okazuje żadnego uszkodzenia. Nie widać również nic nieprawidłowego na jelitach. Otrzewna wszędzie gładka, lśniąca. Brzeg wątroby i górna wypukła powierzchnia bez zmian. Między trzewiami wszędzie płynna krew i liczne skrzepy. Sieć oblepiona skrzepami, jednak nienaruszona. Pęcherz moczowy miernie wypełniony.

Palec wprowadzony pod brzeg wątroby w kierunku pęcherzyka żółciowego, natrafia na dolnej wklęsłej powierzchni wątroby na głęboką szczelinę, idącą od brzegu ku wnęce. Stamtąd też sączy się świeża krew.

Po stwierdzeniu miejsca uszkodzenia, oddzieliłem resztę jamy brzusznej od pola operacyjnego przez tymczasową tamponadę i przystąpiłem do odsłonięcia rany wątroby. Przystęp do dolnej powierzchni wątroby z cięcia środkowego był trudny i niekorzystny z powodu braku miejsca i znacznej głębokości, w jakiej należało przeprowadzić dalsze manipulacye. Mimo to, nie chcąc przedłużać zabiegu operacyjnego, wykonywanego w niezupełnie korzystnych warunkach, bo przy niezbyt gładkiej narkozie i przy oświetleniu naftowem, nie użyłem pomocniczego cięcia »Hakenschnitt« Czernego, któreby tutaj najlepiej się nadawało, ale postanowiłem spróbować założenia szwów z cięcia środkowego, które tylko przedłużyłem ku dołowi na 2 palce poniżej pępka.

Po podważeniu ku górze brzegu wątroby i uciśnięciu przez tampony ręką na płask ułożoną trzew, położonych pod wątrobą, a przy równoczesnem odciągnięciu ku górze i zewnątrz silnym hakiem łuku żebrowego prawego odsłoniłem spód wątroby. Pęknięcie miało kształt wrzecionowatej szczeliny, przebiegającej w kierunku ukośnym od wolnego brzegu ku wnęce wątroby, przez dolną wklęsłą powierzchnię tejże, na przestrzeni pomiędzy wiązadłem okrągłem, a nienaruszonym pęcherzykiem żółciowym, nieco bliżej pęcherzyka i prawie równolegle do niego. Szczelina miała długość około 6 cm, brzegi gładkie, jak gdyby ostro cięte,

rozwarte w części środkowej na szerokość około 3 cm. Głębokość dna wynosiła około 3 cm, siedziba rany odpowiadała płatowi kwadratowemu (*lobus quadratus*).

Delikatnemi kleszczykami jelitowemi Collina (*pince à cinq griffes*) uchwyciłem brzegi przedniego kąta szczeliny i ustaliwszy je w ten sposób, przeprowadziłem zwykłą ostrą silnie wygiętą igłą na imadle pierwszy, średniej grubości szew jedwabny, starając się podejść wszędzie igłą pod dno rany. Długie końce szwu, przytrzymywane w lekkiem naprężeniu ku górze, służyły mi do ustalenia rany przy dalszych szwach, których założyłem jeszcze 4. Tylko ostatniego szwu nie udało mi się ze względu na trudny dostęp przeprowadzić dokładnie pod dnem pęknięcia. Po ostrożnem ściągnięciu i związaniu szwów, brzegi na całej przestrzeni pęknięcia złożyły się dokładnie a krwawienie ustało. Wobec tego nie zszywałem już osobno torebki. Bardzo nieznaczne krwawienie z otworów szwów ustało po chwilowym ucisku gazą. Pod wątrobę w miejsce szwów wsunąłem dużą chustkę gazy wyjałowionej w kształcie worka Mikulicza, a wnętrze worka wypełniłem dość szczelnie długimi pasami gazy. Krew z jamy brzusznej usunąłem przez wymaczanie gazą, bez płukania. Przekonawszy się, że nic nie krwawi, zeszyłem częściowo ranę powłok trzema piętrami szwów węzełkowych jedwabnych, a przez pozostawioną $^1/_4$ część rany wyprowadziłem na zewnątrz końce worka. Opatrunek lekko uciskający z gazy i przylepców.

Bezpośrednio po operacyi tętno dość dobrze napięte, regularne, 96 na minutę.

Przebieg 1/I. 1909 r. Rano ciepłota 37·5, tętno 88, wieczorem ciepłota 37·6, tętno 90. Lekka żółtaczka. Nieznaczne wzdęcie brzucha. Wiatry wstrzymane. Kilkakrotne w ciągu dnia wymioty.

2/I. Przy porannej wizycie zawiadomiła mnie dyżurna zakonnica, że od poprzedniego wieczoru chory ma się znacznie gorzej, skarży się na znaczne osłabienie i bole w brzuchu i wymiotuje prawie bez przerwy. Zastosowane w ciągu nocy wstrzyknięcie morfiny pozostało bez skutku.

Badanie stwierdziło: ciepłota 37·6, tętno 104. Rysy twarzy zaostrzone, oczy zapadłe, podkrążone. Na skórze i spojówkach wybitna żółtaczka. Język obłożony, ale wilgotny. Wzdęcie brzucha większe, niż dnia poprzedniego. Brzuch w całości przy dotyku bolesny. Wiatry wstrzymane. W ciągu badania kilkakrotne wymioty.

Zmiana opatrunku. Usunięcie przylepców. Końce gazy, sterczące z górnej części rany, suche. Wydobyłem cały jeden pas gazy z wnętrza worka Mikulicza i podciągnąłem cokolwiek cały worek, o ile się to dało bez użycia siły. Po opatrunku znaczna ulga. Wymioty ustały zupełnie. Wieczorem: ciepłota 37·4, tętno 96. Wymiotów niema. Wzdęcie brzucha znacznie mniejsze. Wiatry odeszły. Bolów niema.

3/I. Rano: ciepłota 36·9, tętno 90; wieczorem: ciepłota 37, tętno 90. Stan ogólny dobry. Żółtaczka znacznie mniejsza.

4/1. Rano: ciepłota 36·9, tętno 80; wieczorem ciepłota 37·2, tętno 80. Żółtaczka ustąpiła prawie zupełnie. Stolec samoistnie. Zmiana opatrunku. Usunięcie reszty pasów gazy z worka Mikulicza. Rozluźnienie samego worka.

Odtąd przebieg bezgorączkowy bez powikłań. 11/I. Usunięto worek Mikulicza w całości i wyjęto szwy. Maść lapisowa na gazie. W wydzielinie rany nie zauważono przez cały czas znaczniejszej domieszki żółci.

1/II. 1909 chory opuścił szpital wyleczony. Rana w całości zagojona. Ogólny stan zdrowia zupełnie zadowalniający.

Pęknięcia podskórne wątroby nie należą do rzadkości, a powstałe zazwyczaj wskutek zadziałania bardzo silnego urazu, jak upadek ze znacznej wysokości, zasypanie ziemią, zgniecenie między wagonami, przejechanie, towarzyszą one innym rozległym obrażeniom ciała, sprowadzającym za sobą w krótkim czasie zejście śmiertelne i jako takie rzadko stają się przedmiotem skutecznego leczenia chirurgicznego.

Stosunkowo rzadsze są przypadki pęknięcia podskórnego samej tylko wątroby, a te, o ile się je na czas rozpozna i operuje, pozwalają rokować znacznie lepiej.

Statystyka obrażeń narządów jamy brzusznej Edlera z r. 1887 podaje śmiertelność podskórnych pęknięć wątroby na 35%. Mimo ogromnego postępu w technice chirurgii wątroby, śmiertelność operacyjna tych przypadków jest i dzisiaj znaczna. Z dostępnego mi piśmiennictwa ostatnich lat 9 znalazłem na 67 ogłoszonych przypadków pęknięć podskórnych wątroby, leczonych operacyjnie, 27 przypadków wyzdrowienia.

	operowanych	wyleczonych
Hartman	1	1
Carwardin	1	1
Wilms	15	3
Finkelstein	4	3
Fuchsig	3	0
Fränkel	3	2
Fertig	1	1
Graser	1	1
Schnitcler	1	1
Lotheisen	1	1
Spielman	1	0
Thöle	2	1
Ramstädt	2	0
Nötzel	5	0
Denks	6	3
Doetz	3	2
Hippel	1	1
Engelman	1	1
Nordman	1	1
Neuman	14	4
	67	27

Stosunkowo nizki odsetek wyleczeń tłómaczy ta okoliczność, że większość przypadków wymienionych autorów, w których mimo operacyi nastąpiło zejście śmiertelne, stanowiły przypadki bardzo ciężkie, już to wskutek znacznej rozległości pęknięć w samej wątrobie, (pęknięcia mnogie), jużto z powodu powikłania z pęknięciem wielkich przewodów żółciowych, dalej z powodu równoczesnych uszkodzeń innych ważnych dla życia narządów, już to wreszcie, że śmierć nastąpiła wskutek powikłań w przebiegu pooperacyjnym, niezależnych od operacyi. Podnieść natomiast należy, że większość przypadków, w których znaleziono pęknięcie samej tylko wątroby, zakończyło się wyzdrowieniem zupełnem.

Między tymi zaś przypadkami było kilka takich, gdzie wskutek mnogich pęknięć wyosobnione były z ciągłości miąższu wątroby całe kawały, wielkości pięści, (Schnitzler, Lotheisen), a w przypadku Neumana oddzielony był prawie cały lewy płat

Rozpoznanie podskórnego pęknięcia wątroby jest w pierwszych godzinach po wypadku trudne, a w większości przypadków wręcz niemożliwe ze względu na to, że pęknięcie wątroby nie wywołuje żadnych znamiennych objawów, różniących je od pęknięcia innych narządów jamy brzusznej.

Przy pewnych korzystnych warunkach, zwłaszcza, gdy upłynęło już od wypadku kilka godzin, łatwiej już dojść do rozpoznania, jednak i wtedy bywa ono tylko prawdopodobnem.

Ze względu jednak, że objawy, potrzebne do ogólnego rozpoznania pęknięcia trzew brzusznych, są dosyć znamienne, a objawy te towarzyszą z reguły i pęknięciu wątroby, nie zależy tyle na szczegółowem rozpoznaniu, ile na tem, ażeby zdać sobie należycie sprawę z doniosłości przypadku i gdzie tego potrzeba, jak najspieszniej upewnić się w rozpoznaniu przez wykonanie laparotomii próbnej.

Według zgodnych zapatrywań większości chirurgów rozpoznane pęknięcie wątroby leczyć należy z reguły operacyjnie, tak samo, jak pęknięcie każdego innego trzewia brzusznego. W przypadkach wątpliwych lepiej jest opero-

wać bez pewnego rozpoznania, nie tracąc czasu na wyczekiwanie i nie stosować leków odurzających, które tylko zaciemniają obraz choroby, ponieważ laparotomia próbna w tych przypadkach wogóle mniej szkody przynosi, niż czekanie. Wprawdzie stwierdzonym jest fakt, że lekkie pęknięcia wątroby zagoić się mogą bez operacyi, jednakże tem kierować się nie można bo po pierwsze, zdarza się niejednokrotnie, że po otwarciu jamy brzusznej znajduje się znacznie cięższe uszkodzenia, niżby to odpowiadało objawom klinicznym przed operacyą, a po drugie nie można pominąć tej okoliczności, że żółć, a nawet krew żyły wrotnej mogą zawierać bakterye, (Fuchsig) i że chory, który nie uległ śmierci z ostrej niedokrwistości po pęknięciu wątroby, może uledz zapaleniu otrzewnej lub innym cięższym powikłaniom jak: ropień podprzeponowy, posocznica i t. p.

Co do samej techniki zaopatrzenia pęknięcia wątroby, to współzawodniczą tutaj ze sobą szew i tamponada.

Samo wytamponowanie wystarcza w wielu przypadkach do opanowania krwotoku, a ograniczyć się do niego musimy tam, gdzie zaszycie ran wątroby jest niemożebne.

Ma ono jednak pewne nieprzyjemne strony, a mianowicie: stosunkowo częściej po wytamponowaniu, niż po zeszyciu, wikła przebieg pooperacyjny nadmierny wypływ żółci z rany, co opaźnia gojenie. Powtóre: tamponada, ażeby odpowiadała celowi, musi być szczelną i działać z dość znacznym uciskiem, a jako taka wywołuje czasem przykre objawy przez ucisk na narządy sąsiednie, (Mikulicz), zwłaszcza na dwunastnicę i przewody żółciowe przy ułożeniu tamponów pod wątrobą, na co zawsze trzeba być przygotowanym.

Najkorzystniej jest, jeżeli tylko można pęknięcie wątroby zaszyć, a miejsce szwu zabezpieczyć tamponami, które wtedy można założyć luźniej, ponieważ mają one w tym przypadku więcej znacznie sączków. Całkowite zaszycie rany operacyjnej powłok bez sączkowania, należy ograniczyć tylko do przypadków bardzo lekkich, operowanych w zupełnie dobrych warunkach, co przy wypadkach nagłych nie zawsze się zdarza.

Przypadek operowany przezemnie zasługuje na uwagę z następujących powodów:

1) Pęknięcie wątroby nastąpiło w tym przypadku po stosunkowo nieznacznym urazie.

2) Pęknięcie dotyczyło samego tylko spodu czyli wklęsłej powierzchni wątroby, co jest rzeczą rzadką. Pęknięcia wklęsłej powierzchni spostrzegano przeważnie w połączeniu z pęknięciami mnogiemi, względnie z pęknięciem całego płatu na wskroś. Na 67 przypadków przytoczonych powyżej znalazłem tylko jeden podobny, operowany przez Hartmana.

3) Wyjątkowo korzystne ułożenie się warunków dla rozpoznania pozwoliło mi rozpoznać z wszelkiem prawdopodobieństwem pęknięcie wątroby przed operacyą.

4) Pouczającem jest powikłanie, które wystąpiło w drugim dniu po operacyi, z powodu zbyt silnego ucisku tamponów. Obraz chorobowy wywołany przez to powikłanie był łudząco podobny do rozpoczynającego się ogólnego zapalenia otrzewnej, a ustąpił natychmiast po rozluźnieniu tamponów.

Piśmiennictwo:

1) Hartman: Contusion de l'abdomen. Déchirure du foie. Coeliotomie. Tamponnement de la déchirure. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, T. XXV, p. 143. — 2) T. Carvadine: A case of ruptured liver succesful operation on a pulseless patient. Lancet 1900. 12. — 3) F. Fränkel: Über die subkutane Leberruptur und deren Behandlung durch die primäre Laparotomie. Beiträge z. klin. Chir. T. XXX. H. 2. — 4) Wilms, Behandlung der Leberrupturen. Deutsch. med. Wochenschrift 1901. 34. 35. — 5) Finkelstein: Zur Frage d. Rupturen d. Lebers. Wracz 1902. 44. — 6) Fuchsig: Zur Kasuistik der Leberverletzungen. Wiener klin. Rundschau 1902. 17. 18. — 7) Fertig: Bauchverletzung. Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie 1904. — 8) Schnitzler. 9) Lotheisen. Subkutane Leberverletzungen. Gesellsch. Wiener Artzte 14/10. 1904. — 10) Spielman: Rupture double des voies biliaires consecutive à une chute. Arch. prov. de chir. 1904. 12. — 11) Ramstädt. Leberverletzungen. Langenbecks Arch. LXXV. H. 4. — 12) Thöle: 2 operierte Fälle v. Leberruptur. Deut. Zeits. f. Chir. LXXX. H. 1. — 13) Noetzel: Üb. Operation der Leberverletzung. Beitr. z. klin. Chir. XLVIII. H. 2. — 14) Denks: Z. Diagnose u. Behandlung der Leberverletzung. Deut. Zeitsch. f. Chirur. LXXX. — 15) Dötz: Z. Klinik. d. Leberverletzung. Med. Klinik 1906. 4. — 16) Hippel: Beitrag z. Behandlung der Leberruptur Langenbeks Arch. LXXXI. H 2. — 17) Engelman, Martens, Freie Vereinigung der Chir. Berlins Sitz. 10. VII. 1907. — 18) Nordman: Ein Fall v. Leberruptur. Inaug. Diss. Kiel 1907. — 19) Neuman: Z. Behandlung d. Leberverletzungen. Sitzung freier Vereinigung der Chir. Berlins 11/11. 1908. — 20) Prof. Dr Hans Kehr: Die Verletzungen der Leber. Handb. der prak. Chir. Bergman. Bruns. Mikulicz.

Ze szpitala św. Aleksandra w Łodzi.

Zgorzel pętli esowatej wskutek skręcenia krezki.

Podał

Dr H. Goldberg.

Przypadek, który opisać zamierzam, nie należy do zbyt rzadkich, ze względu jednak na rozległość zniszczenia i na przebieg kliniczny powinien zwrócić uwagę zarówno terapeutów, jak i chirurgów.

Wywiady nie są ścisłe, gdyż, po pierwsze, chory nie odznaczał się inteligencyą, powtóre, chory, zamieszkały na wsi o milę od Łodzi położonej, był pierwotnie badany przez kolegę internistę tylko dorywczo. Opierając się na słowach chorego i kolegi L. streścimy nasze wywiady w następujący sposób.

Jan T., 20-letni parobczak, dotąd zupełnie zdrowy, zapadł nagle nad wieczorem dnia 23. I. 1909 na silne bole brzucha po obfitem spożyciu kiełbasy. Nastąpiły jednorazowe wymioty treścią pokarmową; brzuch odrazu wzdęty; chory utrzymuje, że od tej chwili nastąpiło zaparcie, brak wiatrów i zatrzymanie moczu. Bole, aczkolwiek słabsze, trwały przez całą noc i na drugi dzień zrana. Wymiotów nowych nie było; brzuch po dawnemu wzdęty, moczu brak. Koło godziny 1-szej popołudniu dnia następnego widział kol. L. chorego. W tym czasie znalazł stan następujący: T. sprawia wrażenie ciężko chorego: cera ziemista, oczy zapadnięte, język suchy, tętno koło 120, nieźle jeszcze napięte, brzuch równomiernie wzdęty, odbijania, wymiotów niema. Stłumienia, ani ograniczonej bolesności doszukać się niepodobna. Kol. L. przypuszczał, że jestto niedrożność jelit, lub ewentualnie rozlane zapalenie otrzewnej, chociaż skłaniał się ku pierwszemu rozpoznaniu. Wobec względnie dobrego tętna i krótkiego trwania sprawy, wskazał kol. L. na konieczność natychmiastowej operacyi.

Chorego zawieźli furmanką do Łodzi. O godzinie 7 pp. tegoż dnia widziałem Jana T. Chory bez niczyjej pomocy zlazł z wozu, wszedł na stopnie, położył się na stole do badania i t. d., słowem, podmiotowo czuł się nienajgorzej. Brzuch wzdęty, a zarazem płaski, przypomina postacią brzuch żaby. Przy opukiwaniu wszędzie odgłos bębenkowy, nigdzie stłumienia, ani objawów wolnego płynu. Ani przy opukiwaniu, ani przy głębokiem nawet macaniu nie skarży się chory na bole. Język suchy, nie obłożony, odbijania niema, wymiotów również. Tętno

koło 150, słabo wyczuwalne. Ponieważ chory twierdził, że od rana nie oddawał moczu, założyłem cewnik, ale pęcherz był pusty. Koło godziny 7$^1/_2$ odniesiono chorego do szpitala św. Aleksadra, gdzie T. znowu bez niczyjej pomocy zajął miejsce na wskazanem mu łóżku. Mieliśmy przystąpić do operacyi, lecz o godzinie 8$^1/_2$ wieczorem chory — w obecności kol. G. — umarł, przyczem tętno stawało się coraz mniej wyczuwalnem, przytomność zachowana do ostatniej chwili, żadnych zaś objawów ze strony otrzewnej kol. G., również jak i ja, stwierdzić nie mógł.

Wobec opisanej tutaj historyi choroby rozpoznanie pozostało spornem. Dopiero sekcya rozwiązała zagadkę w sposób dość nieoczekiwany.

Protokół sekcyi: Chory dobrego wzrostu, tuszy i odżywienia; warstwa tłuszczowa miernie rozwinięta. Po otwarciu jamy brzusznej wydobyły się cuchnące gazy; w jamie brzusznej koło 400 ctm^3 brunatno zabarwionego płynu ze strzępami bez domieszki ropy. Otrzewna ścienna przekrwiona, toż samo widzimy na otrzewnej jelit. Żadnych złogów wysięku zapalnego na otrzewnej niema; gdzieniegdzie punkcikowate wybroczyny.

Kiszki cienkie rozdęte gazami, dochodzą do 4—5 ctm w średnicy; okrężnica poprzeczna wzdęta również, ale w miernym stopniu. Żołądek zawarty w lewem podżebrzu, wzdęty do rozmiarów 30$\times$12 ctm, blady, wypełniony płynną treścią.

Kiszka ślepa bez zmian widocznych, ani w niej samej, ani w najbliższem otoczeniu. Po odsunięciu trzew brzusznych pokazało się, że cała pętla esowata leży w prawej połowie miednicy i brzucha. Część pętli esowatej, długości koło 20 ctm leży podłużnie w prawym dole biodrowym i prawem podżebrzu ponad jelitami, tak, iż po otwarciu jamy brzucha wpada w oczy przedewszystkiem ta właśnie pętla; cała ta część kiszki podległa zupełnie zgorzeli. Idąc wzdłuż tego zgorzelinowego odcinka w obie strony, dochodzimy po odsunięciu reszty jelit do początku i końca pętli esowatej i widzimy, że cała ta pętla, poczynając od lewego dołu biodrowego do przejścia w prostnicę na poziomie tętnicy krzyżowo-biodrowej lewej podległa zupełnej zgorzeli. Pętla ta silnie rozdęta gazami, dochodzi w przecięciu do 10 ctm szerokości. Poza miejscami zmienionemi pętli esowatej rozpoczyna się odrazu prawidłowa tkanka kiszek, przyczem kiszka prosta pusta, kiszki zaś grube, jelita cienkie i żołądek rozdęte.

W ten sposób mechanizm powstania zgorzeli objaśnić należy skręceniem się krezki pętli esowatej dokoła osi o 180^0.

W piśmiennictwie mało spotkałem danych o skręceniu krezki pętli esowatej, co się zaś tyczy zgorzeli tego odcinka kiszki grubej, wywołanej przez skręcenie, znalazłem tylko opis analogiczny kol. Solmana z r. 1891 [1]); i w tym jednak przypadku całkowitej zgorzeli nie było, gdyż, pominąwszy wycięcie 72 ctm pętli esowatej, kiszka podległa zupełnej zgorzeli tylko częściowo, w innych zaś odcinkach wyglądała tylko zbyt podejrzanie, aby ją w jamie brzusznej pozostawić. U innych autorów, którzy opisują podobne skręcenie, o zgorzeli mowy niema.

Przechodząc do pochodzenia tego cierpienia, wskazać należy, że większość autorów przyczynę jego widzi w nadmiernie długiej krezce pętli esowatej. Otóż wyjątek w tych poglądach na pochodzenie tej sprawy stanowi zdanie Laroque'a, [2]), który opisuje przypadek, gdzie w związku z przebytą dyzenteryą nastąpiło zbliznowacenie i skrócenie pętli esowatej i przegięcie tej kiszki pod kątem, wskutek czego wystąpiły nagle objawy zapadu i niedrożności.

Rozpoznanie nie należy do łatwych. Wprawdzie objawy niedrożności przeważają, ale brak im pewnych cech właściwych, mianowicie: wymioty występują dość późno, niema silnej bolesności, objawy występują zwolna, rzadko spotykamy wydzielinę krwawą lub ropną w prostnicy, choć nie brak jej w jamie brzusznej. Płynną treść w jamie brzusznej trudno jednak rozpoznać ze względu na silne bardzo wzdęcie brzucha. W naszym przypadku również większość kolegów skłaniała się ku rozpoznaniu rozlanego zapalenia otrzewnej wskutek pęknięcia zmienionego wyrostka robaczkowatego, przypisując brak odpowiednich wywiadów małej inteligencyi chorego. Delatour [3]) wskazuje również na możliwość omyłek rozpoznawczych *(carcinoma, mesosigmoiditis)*. Zdawałoby się, że najtrudniej chyba przypuszczać w podobnych przypadkach obecność nowotworu, a jednak nie jest to bynajmniej najrzadsza omyłka rozpoznawcza, jak o tem pouczają przypadki Bergmanna [4]), Saksa i Laroquea. W przypadku Saksa skręcona pętla esowata uciskała z przodu na macicę, wypełniając zagłębienie pęcherzowo-maciczne i naśladując guz jajnikowy: w przypadku Laroquea przy badaniu przez odbyt wyczuwano guz, który okazał się kawałem błony śluzowej. W przypadku Bergmana [5]) cała pętla esowata była do tego stopnia wypełniona masami kałowemi, że zajmowała znaczną przestrzeń jamy brzusznej od spojenia łonowego do przepony, odsunęła żołądek i kiszki w kierunku kręgosłupa i wywołała objawy silnego wzdęcia. Co się tyczy klinicznego przebiegu opisywanego przypadku, gdzie chory z olbrzymią zgorzelą kiszek umarł, że tak powiem, »ambulatoryjnie«, to jest chyba jedyne dotąd ogłoszone spostrzeżenie.

[1]) Medycyna 1891, NN 14—16.

[2]) Ann. of Surgery 1906—XII. Ref, Centr. 1907, str. 261.

[3]) Ann. of Surgery 1905—XI. Ref. Centr. 1906, str. 257.

[4]) Prager med. Wochs. 1904, Nr 26.

[5]) Münch, med. Wochs. 1903, Nr 51.

Oceny i sprawozdania.

Sprawa odkażania rąk.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał **Dr Adolf Klęsk.**

Zupełnie słusznie domagać się może lekarz praktyczny odpowiedzi na pytanie: Jaki właściwie sposób odkażania rąk jest najlepszy?

A jednak, jeżeli przeglądniemy dorobek piśmienniczy ostatnich czasów, a za ideał metody odkażania skóry uważać będziemy taki sposób, który dozwala w krótkim czasie zupełnie pewnie, a łatwo wyjaławiać dane miejsce, naturalnie bez szkody dla chorego, to przyznać musimy, że dotąd takiego sposobu niestety nie znamy.

Zdania badaczów różnią się bardzo od siebie nawet co do zasadniczych punktów sprawy. Jedni twierdzą n. p., że skórę udaje się odkazić prawie zupełnie, inni sądzą, że odkażenie to jest tylko pozornem i chwilowem, bo już w krótkim czasie drobnoustroje wydostają się z głębi na powierzchnię skóry, a nie brak i takich, którzy twierdzą, że bardzo skrupulatne odkażanie skóry niema celu, bo usuwą częściowo tylko zarazki z powierzchni, natomiast ułatwiając wydostawanie się głębiej usadowionych mikrobów na powierzchnię i macerując skórę, raczej jeszcze usposabia do zakażeń.

Z tych różnych poglądów wyłoniły się też różne sposoby odkażania rąk.

Jedne z nich opierają się na usuwaniu mechaniczno-chemicznem drobnoustrojów, inne ufają tylko środkom chemicznym, które mają albo niszczyć drobnoustroje, albo zachowywać je w skórze i nie dozwalać im wydostać się na powierzchnię. Do tego drugiego celu służą także rękawiczki i różne modne w ostatnich czasach powłoczki na ręce.

Sprawę odkażania rąk należy rozpatrzeć przedewszystkiem zasadniczo z podwójnego stanowiska: 1) odkażanie tak zw. »codziennej« ręki lekarza, 2) odkażanie ręki zakażonej. Oczywiście o wiele ważniejszą jest sprawa druga, bo rzecz jasna, że jeżeli zdołamy napewno odkazić rękę zakażoną, to tem samem

jeszcze łatwiej odkazimy t. zw. rękę »codzienną«, t. j. używaną do zwykłych zajęć i badań lekarza.

Ahlfeld na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Marburgu roztrząsał właśnie tę sprawę, a mianowicie starał się odpowiedzieć na pytanie, czy ręka, która stykała się z materyałem zakaźnym, może być tak odczyszczoną, by można jej dalej bez obawy używać bez rękawiczek, w chirurgii i położnictwie. Pytanie to jest pierwszorzędnej wagi, zwłaszcza dla lekarza praktycznego, który nieraz jest poprostu zmuszony iść wprost od przypadku zakaźnego do przypadku czystego, gdy na zastępstwo przez kogo innego nie może liczyć z powodu warunków miejscowych. Z badań swych doszedł Ahlfeld do przekonania, że drobnoustroje, które dopiero niedawno dostały się na rękę i nie zostały w nią wtarte, można usunąć zapomocą oczyszczenia rąk ciepłą wodą, mydłem i szczotką, wytarcia suchym jałowym wacikiem i następowego wymycia szczotką i alkoholem. Po możliwem zakażeniu należy podług Ahlfelda ręce odrazu skrupulatnie odkazić.

Zdanie Ahlfelda jest może za śmiałe, a raczej lekarz praktyczny, opierający się na niem, doczekać się może niemiłych powikłań. Dlatego już w dyskusyi nad odczytem Ahlfelda, przestrzegał Stoeckel przed hołdowaniem zasadzie, że rękę odkażoną można napewno dokładnie odkazić. Stoeckel przytoczył następujący przykład: Pewien lekarz zakaził rękę ropą z migdałków, potem wprawdzie bardzo dokładnie się odkaził, jednakże żona jego, u której zmuszony był prowadzić zaraz poród, zginęła na zakażenie połogowe. Z pewnością zaś lekarz ten starał się o jak najdokładniejsze odkażenie. Lepiej więc uważać już rękę zakażoną za nie nadającą się na razie do dalszych zabiegów; a więc albo chronić rękę przed zakażeniem rękawiczką, albo też używać po przypuszczalnem zakażeniu i następowem odkażeniu ręki potem znowu rękawiczek, albo, o ile to możebne, wstrzymać się potem od »czystego« zabiegu.

Używanie rękawiczek jest bardzo korzystne, ale połączone z pewnemi niedogodnościami. Rękawiczki gumowe są stosunkowo drogie i odkażenie ich nie jest zupełnie proste, jeżeli chodzi o to, żeby niebardzo prędko się niszczyły. Veit radzi gotować je przez 5 minut, a potem 5 minut myć, podobnie jak ręce, szczotką, mydłem i wodą, i opłukać w sublimacie. Becker twierdzi, że rękawiczki można dobrze wyjałowić, wycierając je przez minutę 20% formolem.

Mniejwięcej w tej samej myśli podano różne powłoczki na ręce. Jedne z nich pokrywać mają powierzchnię skóry nieprzepuszczalną warstwą, inne znów wnikać mają w skórę i napajać ją (impregnować). Idealna powłoczka powinna podług Wederhakego przylegać ściśle do rąk, wnikać w głąb skóry, nie pękać, a dawać się łatwo po operacyi usuwać. Schleich podał powłoczkę woskową, Menges ksylol-parafinową, Hägler gutaperkową, Wederhake jod-kauczukową. Oettingen w wojnie rosyjsko-japońskiej używał do tego mastyksu, Herff poleca 1% jod-waselinę, Döderlein (na skórę chorego) gaudaninę, Klapp-Dönitz polecają chirosoter, a Wederhake dermagummit. Chirosoter, jest to rozczyn różnych żywicznych i woskowych substancyi w czterochlorku węgla. Rozpyla się go na skórę osuszoną. Nie tamuje on czucia i chroni samąż skórę. K. i D. twierdzą, że chirosoter można stosować nawet na skórę przedtem nieodkażoną, przed czem jednak bardzo przestrzega Becker. Dermagummit Wederhakego jest to rozczyn parakauczuku w czterochlorku węgla z dodatkiem rozczynu jodu 0,4 na 100 czterochlorku węgla. Wederhake odkaża ręce, myjąc je zapomocą szczotki lub wacika rozczynem jodu-czterochlorku węgla 1: 1000, a potem wciera dermagummit dokładnie w skórę. Po operacyi powłoczkę usuwa się samym czterochlorkiem węgla. Jeżeli skóra po wtarciu dermagummitu jest lepka, posypuje się ją kaoliną.

Używania powłoczek w praktyce prywatnej nie można nazwać bardzo dogodnem, albowiem przed użyciem powłoczek musi się i tak ręce odkazić, boć przecież nie można, używając powłoczki na rękę nieodkażoną, brać na siebie wynikającej stąd odpowiedzialności, jak słusznie ostrzega Becker.

Podane w ostatnich czasach sposoby odkażania skóry mają głównie na oku skrócenie czasu mycia. Jak wiadomo bowiem, sposób Fürbringera (czyszczenie mechaniczne, ciepła woda, mydło, szczotka, alkohol i środek odkażający) zajmuje dużo czasu i bądź co bądź dla skóry ręki nie jest obojętny. Wygodniejszy już jest sposób Mikulicza (5 minut spirytus mydlany). Haegler wykazał jednak, że mydło osłabia działanie alkoholu tak, że alkohol zgęszczony działa wtedy tylko tak, jak 50% rozczyn.

Heusner polecał gorąco swój sposób: używanie jod-benzyny 1: 1000 z dodatkiem parafiny płynnej, celem ochrony rąk. Do odkażenia rąk tym sposobem potrzeba 5—10 minut. Niestety rozczyn ten brudzi skórę, a jak donosi Enderlen, niszczy bardzo ręce, wywołuje wypryski, wpływa ujemnie na gojenie się ran, a także wywołuje uszkodzenia rękawiczek, fartuchów i t. p. Wobec tego zamiast jod-benzyny zaleca Grassmann jod-benzynoform, 1:1000, podobno mniej działający na skórę.

Witthauer po mydle, wodzie i sublimacie używa 12% wyskokowego rozczynu jothionu, który zawiera 80% jodu i wnikać ma bardzo szybko w skórę (już po 1/2 godziny stwierdzić można jod w moczu).

Nieco zbyt złożonym sposobem odkaża ręce Lenzmann. Podstawą jego sposobu jest dermosapol, t. j. mieszanina 50% tłuszczu, lanoliny, gliceryny, balsamu peruwiańskiego i olejków eterycznych. Dermosapol ma wnikać dobrze w skórę i pienić się należycie. Mydło, używane przez Lenzmanna, składa się z 5,0 grm benzyny, 15·0 grm formaliny i 80,0 grm dermosapolu. Sposób mycia: 5 minut w bieżącej wodzie z pomocą mydła marmurowego i szczotki, wytarcie suchą jałową gazą, potem 2 minuty mydło Lenzmanna, dalej 2 minuty spirytus mydlany, w końcu obmycie sublimatem 1‰.

Lockwood myje ręce wodą i mydłem, a potem zanurza naprzemian 4 razy w wyskokowym i wodnym rozczynie dwujodku rtęci (1: 1000).

Z kliniki Brunsa podano wreszcie sposób bardzo prosty i wygodny: mycie rąk jedynie samym alkoholem. Meissner, donosząc o tem, podaje, że mycie 96% alkoholem przez 5 minut (ewentualnie wystarcza i 90% zwykły spirytus do palenia) zupełnie jest dostateczne. Również Brunn na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Tübingen polecał ten sposób. Sposób ten nadaje się szczególnie na wojnie i dla lekarza praktyka i w godzinie ordynacyjnej. Schumburg do wyskoku dodaje jeszcze 1/2% kwas azotowy lub 1% formalinę; myje rękę 3 minuty, a potem używa jeszcze 10% wody utlenionej.

Starano się też wprowadzić w użycie różne mydła odkażające, niestety z wynikiem ujemnym, co tem się tłómaczy, że, jak podaje Reichenbach, siła działania mydła polega na pewnem określonem współdziałaniu ługu i soli tłuszczowych.

Jasną jest rzeczą, że skuteczność odkażania ręki zależy bardzo od szanowania ręki, unikania zakażeń skóry, a przedewszystkiem od wprawy i sumienności myjącego.

Piśmiennictwo. 1) Ahlfeld (Pos. lek. Marburg 22. XI. 1907. — 2) Stoeckel (tamże). — 3) Veit (Pos. lek. Halle 4. III. 1908). — 4) Becker (Deut. med. Wochs. 1908, Nr 51). — 5) Wederhake (Med. Klin. 1908, Nr 34). — 6) Oettingen (Verh. d. 35 Chir. Kong. 1906, I. Th.). — 7) Herff (Münch. med. Wochs. 1906, Nr 30). — 8) Becker Münch. med. Wochs. 1908, Nr 11). — Enderlen (Münch. med. Wochs. 1907, Nr 38). — 12). Witthauer (Znblt. f. Gyn 1908, Nr 31). — 13) Lenzmann (Znblt f. Chir. 1908, Nr 4). — 14) Lockwood (Lancet, 8. II. 1908). — 15) Brunn (Beitr. z. klin. Chir. 1907, T. 54) (Münch. med. Wochs. 1908, Nr 17). — 16) Meissner (Beitr. z. klin. Chir. T. 58, Z. I.). — 17) Brunn (Pos. l. Tybinga, 20. I. 1908). — 18) Schumburg (Deut. med. Wochs. 1908, Nr 8). — 19) Reichenbach (Zft. f. Hyg. u. Inf. 1908, T. 59, Z. II.). — 20) Heusner (Znblt. f. Chir. 1906, s. 209) (Deut. Zft. f. Chir. 1907, T. 87). — 21) Grassmann (Münch. med. Wochs. 1907, Nr 43).

Dr Emil Fuhrmann: **Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich**, 1909. (Wiedeń, M. Münz). Cena 8 koron.

Rocznik Dra Fuhrmanna, ukazujący się po raz czwarty, jest to całkowity schematyzm lekarski austryacki, obejmujący: prawa i rozporządzenia sanitarne, wydane w ostatnim roku, najważniejsze dane o wszystkich instytucyach filantropijnych dla lekarzy, o towarzystwach lekarskich i farmaceutycznych i o czasopismach, dalej zaś spis wszystkich władz sanitarnych, instytucyi i korporacyi lekarskich, wreszcie imienny spis lekarzy wszystkich krajów austryackich. W roczniku obecnym widać starania o dalsze udoskonalenie wydawnictwa i podanie ścisłych danych. To też wydawnictwo to może oddać istotne usługi, jeżeli zwłaszcza współdziałanie czytelników przyczyni się do sprostowania tu i owdzie znajdujących się w Roczniku niedokładności. Redakcya Rocznika prosi też o nadsyłanie sprostowań każdego roku do 30. września. *Z.*

Dr Leopold Brenneisen: **Higiena zębów i jamy ustnej.** (Warszawa, 1909, Wende i Spółka).

W krótki, zwięzły, dla wszystkich przystępny i zrozumiały sposób kreśli autor rolę zębów i jamy ust w ustroju, zarówno w stanie zdrowia, jak choroby. Po zaznajomieniu czytelnika z anatomią i histologią zębów, ich rozwojem, oraz z prawidłowemi zmianami, w uzębieniu zachodzącemi, przechodzi autor do zmian chorobowych, ich przyczyn i skutków. — Osobny rozdział poświęca drobnoustrojom jamy ust, poczem obszerniej zajmuje się sposobami jej oczyszczania, nie pomijając żadnego ze znanych, a przecież tak często zaniedbywanych szczegółów tej codziennej, »domowej« higieny jamy ustnej. — Nie brak praktycznych uwag o szczoteczkach, wykałaczkach, proszkach, pastach do zębów, o płynach do antyseptyki jamy ust, ich zaletach, wadach, sposobie i czasie użycia. O pieczy jamy ust w chorobach i w innych przypadkach, o warunkach jak najdłuższego utrzymania zębów w stanie zdrowia, o wytwarzaniu odporności ich na choroby, w pierwszym zaś rzędzie na próchnienie, traktują następne rozdziały, a sprawie utrzymywania sztucznych zębów poświęcone są końcowe ustępy tej pożytecznej rozprawki. Kilkanaście rysunków ilustruje treść, z którą zapoznać się powinien każdy, dbający o całość i zdrowie swych zębów. *Dr A. B.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Chaput. **Tamowanie krwawienia przy operacyach bez podwiązania naczyń.** (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 1908. Nr 29). Przekonawszy się, że żelatyna wpływa tamująco na wszelkiego rodzaju krwotoki, autor próbował wyzyskać to jej działanie przy operacyach. Bezpośrednio przed operacyą wstrzykiwał choremu pod skórę 200,0 5% rozczynu żelatyny. W czasie operacyi każde naczynie krwawiące chwytano szczypczykami. Po kilku minutach szczypczyki można było zdjąć, a naczynie już nie krwawiło; jeżeli zaś jeszcze krwawiło, to chwytano je 2 szczypczykami (jedne od drugich w pewnej odległości); wtedy wytwarzał się bardzo mocny skrzep i można było zdjąć szczypczyki, z początku górne, następnie dolne, już bez niebezpieczeństwa krwawienia. Autor wykonał w takich warunkach 6 wielkich operacyi: 1 amputacyę, 2 resekcye i 3 wyjęcia macicy. Dodatnie strony sposobu, proponowanego przez autora, stanowią: skrócenie czasu operacyi i usunięcie szkodliwego wpływu podwiązek, jako ciała obcego. Autor mniema, że jeżeli sposób ten niezawsze może być zastosowany, to w każdym razie przy długich operacyach wprowadzenie żelatyny jest wskazane, po pierwsze jako środka odżywczego, następnie jako środka, zabezpieczającego przed następowymi krwotokami po operacyi. *Dr L. Mańkowski.*

Baetzner. **Znaczenie odczynu Wassermanna w rozpoznaniu różniczkowem kiły chirurgicznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 7). Odczyn W. ma także i dla chirurga wielkie znaczenie, trzeba jednak przy ocenie wyników trzymać się ściśle ogólnych, podanych co do tego odczynu zasad, by nie dojść znowu do błędnych wniosków. Odczyn jest swoisty; dodatni wynik próby dowodzi, że osobnik cierpiał lub cierpi na kiłę. Odczyn jest wyrazem zmian ogólnych i nie dostarcza rozpoznania ścisłego co do narządu, o który w danej chwili chodzi. Wynik ujemny nie wyłącza kiły. Chirurgiczna kiła przebiega czasem pod postacią, podobną do innych cierpień, dlatego też odczyn W. oddać może nieraz cenne usługi. Chodzi tu mianowicie o rozróżnienie następujących cierpień: 1) wrzód wargi, czy rak; 2) rana zakażona, czy rana niegojąca się u dotkniętego kiłą; 3) wrzody zwykłe, czy kilakowe; 4) gruczoły zmienione kiłowo, gruźliczo, czy nowotworowo; 5) kilak, czy mięsak; 6) cierpienia kości i stawów kiłowe, czy gruźlicze, gośćcowe lub wiewiórowe i t. p. Nie należy jednak zaniedbywać nigdy innych sposobów rozpoznania. *K.*

Doc. Danielsen. **Nakłucie mózgu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 6). W chorobach mózgu często bardzo trudno jest o pewne i co do siedziby choroby dokładne rozpoznanie, dlatego też z radością powitano polecone przed 4 laty przez Neissera nakłucie mózgu w celach rozpoznawczych. Z biegiem czasu podzieliły się jednak zdania co do wartości i dopuszczalności tego sposobu badania. D. na podstawie swego doświadczenia jest tego zdania, że rozpoznawcze nakłucie mózgu wolno podjąć jedynie wtedy, gdy wszelkie inne sposoby badania nie dają dokładnych wskazówek co do natury i siedziby choroby. Przy guzach mózgu udaje się czasem przez nakłucie wydobyć cząstki nowotworu i przez to rozpoznanie upewnić, jak to się w 2 przypadkach w klinice Küttnera wydarzyło. Niekiedy nakłucie wyjaśnia istotę choroby, n. p. przy wodogłowiu wewnętrznem. Nie da się jednak zaprzeczyć, że często nakłucie nie dostarcza żadnych wyjaśnień, a nie jest ono pozbawione niebezpieczeństw. Przedewszystkiem po nakłuciu w razie zwiększonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego wystąpić może przetoka, która następowo łatwo uledz może zakażeniu. Przez nakłucie wywołać można także krwotok, choć D. sądzi, że obawa, jaką pod tym względem wyraża n. p. Krause, jest przesadzona. Raz przekłuł D. nawet zatokę poprzeczną, o czem przekonał się później podczas sekcyi. Krwotoku żadnego nie było, bo ciśnienie śródczaszkowe zwykle na to nie pozwala, chyba że sam guz jest złożony z naczyń. *K.*

Nahmmacher. **Leczenie zapomocą radu.** (*Tow. lek. w Dreznie* 21. XI. 1908). N. donosi o niezwykle korzystnym wyniku leczenia radem. U 46-letniej kobiety w maju 1907 rozpoznano raka kiszki stolcowej i polecono operacyę. Chora jednak na operacyę się nie zgodziła i przez pół roku leczyła się u pewnej partaczki miesieniem. Stan pogarszał się stale. W styczniu 1908 rozpoznano przebicie się nowotworu do pochwy i uznano nowotwór za nie nadający się już do operacyi. Wobec tego zwrócono się do leczenia radem. Przez 12 tygodni codzień przez 18—20 godzin naświetlano bromkiem radu (10 mg od odbytnicy i 10 mg od pochwy). W 5 tygodni po tem leczeniu powtórzono jeszcze to leczenie przez 3 tygodnie. Już po 8 tygodniach początkowego leczenia znikł guz, przerastający z kiszki do pochwy, zniknęły bole i chora stolec zaczęła oddawać zupełnie prawidłowo. Przy wyjściu z kliniki w maju, zamiast guza była w kiszce rozległa blizna; gdzieniegdzie gruczoły wielkości wiśni, na które naświetlanie zadziałało jedynie w ten sposób, że gruczoły przestały się powiększać. Obecnie stan miejscowy jest ten sam, ogólny zaś poprawił się znacznie; na wadze przybyło chorej znacznie. Wprawdzie nie można tu mówić o zupełnem wyleczeniu (ze względu na liczne przerzuty), bądź co bądź jednak lepszego wyniku nie dałaby w tych warunkach nawet doszczętna operacya. *A.*

Prof. Witzel. **O pracy ochronnej w jamie brzusznej i o czynnościowem leczeniu chorych po otwarciu brzucha.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 6). O ile dawniej obawiano się bardzo operacyi w jamie brzusznej, o tyle obecnie obawa ta zmniejsza się w miarę, jak poznajemy środki ochronne, które ustrój w jamie brzusznej posiada. Cennym środkiem ochronnym jest sieć, która reguluje krążenie krwi, zalepia powstałe lub tworzące się otwory, oddziela ogniska zapalne od reszty jamy brzusznej i t. p. Oddzielając kompresami pole operacyjne od reszty jamy brzusznej, możemy obecnie operować w jamie brzusznej pomimo zakażenia, albo też, korzystając z własności otrzewnej i jej skłonności do wytwarzania zrostów, operować dwuczasowo. Uważać należy tylko przy operacyach, by szanować żywotność otrzewnej, a więc jej nie wysuszać i nie oziębiać zbytecznie, n. p. przez niepotrzebne wydobywanie jelit na zewnątrz. Konieczne tu jest przedewszystkiem dobre rozpoznanie, a potem dobry dostęp do miejsca operowanego, a więc odpowiednie, nie za małe cięcie. Unikać też należy przy operacyach brzusznych środków przeciwgnilnych i operować delikatnie. Do oddzielenia pola operowanego od reszty jamy brzusznej używać należy potrójnej warstwy kompresów. Najgłębszy wsuwamy zupełnie do jamy brzusznej, by zapobiedz wypadaniu trzew i oddzielić resztę jamy brzusznej od miejsca operowanego. Używamy do tego albo jednego kompresu, zaopatrzonego dziurą, przez którą przeciągamy część, przeznaczoną do operacyi, lub też kilku kompresów. Na tę warstwę kładziemy drugą, t. zw. zewnętrzny kompres ochraniający, który od miejsca operowanego idzie naokoło rany, chroniąc otrzewnę ścienną i brzegi rany od wysuszenia, skaleczenia i zakażenia. W ten sposób, oddzieliwszy już zupełnie jamę brzuszną od rany, do samej operacyi przy miejscu operowanem używamy trzeciej warstwy kompresów, które zmieniamy w ciągu operacyi w miarę ich zanieczyszczenia. Po operacyi na trzewiach należy dokładnie zeszyć wszelkie szczeliny i zranienia otrzewnej przed zapuszczeniem części operowanej w głąb, jeżeli ranę mamy zaszyć na głucho. Jeżeli znów chcemy tamponować jamę brzuszną, to właśnie ze względu na właściwości otrzewnej starać się musimy, by tamponada była dokładną, t. j. wypełniała dokładnie miejsca, o które nam chodzi. Do tego używamy zwykle t. zw. worka, t. j. dużego kawałka gazy,

w który potem wkładamy pojedyncze tampony. Rany brzusznej nie można zostawiać zanadto szerokiej; wskutek tego często w szyi worka tampony zostają tak uciśnięte, że zamiast sączkować, zatykają komunikacyę. W. zapobiega temu w ten sposób, że używa kilku grubych sączków szklanych, usuwając przez to wszelkie zaleganie wydzieliny. Co do postępowania po operacyi, to istotnem nie jest pytanie, czy chorym po operacyi brzusznej wolno wcześniej wstawać, czy nie, lecz to, jak ich się pielęgnuje, bo to pielęgnowanie rozstrzyga właśnie o siłach chorego i możności wcześniejszego wstawania i połączonych z tem korzyściach. Zupełnie mylnem jest zdanie: »post operationem optimum remedium quies est«. Celem leczenia po operacyi jest przywrócenie danemu narządowi pełnej czynności, a nie zmuszanie go do sztucznego spokoju. A możność tę osiągamy przez odpowiednie przygotowanie chorych do operacyi, przez odpowiednie operowanie i odpowiednie leczenie następowe.

Wielką wagę kłaść należy na skrupulatny szew powłok brzusznych. Dawniej z chwilą ukończenia operacyi w samej jamie brzusznej, uważał operator swe główne zadanie za skończone, a szew powłok, jako rzecz dodatkową, którą wykonuje się szablonowo, nieraz dla »wprawy« pozostawiał młodszym asystentom. Obecnie zaś na szew powłok kładziemy bardzo silny nacisk, bo od niego zależy wiele z późniejszego wyniku samej operacyi. Dawniej po operacyach w jamie brzusznej »z zasady« trzymano chorych tygodniami w łóżku, zapominając, że przez to, jakoteż przez nienaturalne odżywianie odbiera się chorym siły i naraża na różne niemiłe powikłania, n. p. ze strony przewodu pokarmowego, płuc, serca i t. p. Obecnie staramy się postępować inaczej. Zaraz po operacyi pobudzamy czynność jelit, zwłaszcza przez odpowiednie odżywianie i dostateczne dostarczanie płynów i systematyczne stosowanie ciepła, które znakomicie łagodzi także bole w ranie. Przed operacyą należy chorych ćwiczyć w głębokiem oddychaniu, co po operacyi zapobiega powikłaniom ze strony płuc i serca, zakrzepom i t. p. Korzystne są przytem drobne, a liczne dawki morfiny. Nie można jednak oczywiście szablonowo każdemu choremu »kazać« wstawać rychło po operacyi, bo wstawanie to w pierwszych dniach nie jest samo przez się celem, ale tylko dowodem, że postępowanie nasze było zupełnie dobre, skoro chory po zabiegu zachował tyle sił. Należy tu tak samo indywidualizować, jak wogóle w medycynie. *K.*

Doc. Hofbauer. **O związku spraw rozrodczych u kobiet z kamicą żółciową.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 7). Kobiety zapadają, jak wiadomo, prawie 5 razy częściej na kamicę żółciową, niż mężczyźni. Przyczyny tego szukano w sposobie ubierania się kobiet i zastoju żółci. Należy jednak uwzględnić i inne przyczyny tworzenia się złogów: zakażenie, strącanie się złogów pod wpływem toksyn, niestosunek zawiesiny substancyi kolloidalnych do soli, większą ilość białka, śluzu, nabłonków (nieżyty) i t. p. W ciąży i połogu znajdujemy i te czynniki. Badania wątroby osób zmarłych wśród i po ciąży, wykazują: naciek tłuszczowy komórek wątrobnych, zmniejszenie glikogenu, silne napełnienie przewodów żółciowych i rozszerzenie żył środkowych i naczyń włosowatych i pewien stan podrażnienia torebki Glissona i tkanki około większych przewodów żółciowych. Wątroba u ciężarnych niedomaga też poniekąd co do swych czynności: wskazuje na to urobilinurya, pokarmowy cukromocz, wydzielanie kwasu glyoksalowego i skłonność lekkich form żółtaczki do przechodzenia w złośliwe. Przyczyny tych zmian szukać należy w mechanicznem utrudnieniu odpływu żółci, wywołanem zmianą w położeniu narządów brzusznych, w przekrwieniu biernem, w zwiększonym rozpadzie ciałek czerwonych i zatruwaniu ustroju wydalinami płodu. Przekrwiona błona śluzowa rozszerzonych przewodów żółciowych wydziela więcej śluzu; wogóle zatem istnieją w ciąży mnogie przyczyny powstawania kamieni. Nadto zwraca H. uwagę, że kamica nietylko wydarza się częściej w ciąży i połogu, ale też w czasie tym częściej objawia się napadami, gdy podług Kehra zaledwie 5% kamieni wywołuje u innych osób objawy. Przyczyny częstszego powstawania napadów w ciąży szukać znów należy w zastoju żółci i zakażeniu przejściowem dróg żółciowych, powstającem przez przedostawanie się drobnoustrojów z części rodnych do żółci, co w połogu bardzo często się dzieje. Podobnie i podczas regularności, choć w mniejszym stopniu, istnieje większe usposobienie do napadów kamicy. *K.*

Doc. Asch. **Schorzenia mięśni pęcherza moczowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 7). Bardzo często spotykamy przypadki cierpień pęcherza, cechujące się parciem na mocz, niedomykalnością pęcherza i t. p., gdzie przy badaniu wyłączyć możemy wszelkie znane przyczyny, jak zapalenie pęcherza, przerost sterczu, kamienie, nowotwory, zwężenia cewki, gruźlicę i t. p., a pęcherz przedstawia przy cystoskopii typowy obraz »pęcherza beleczkowatego«. Czasem obraz ten poprzedza inne kliniczne objawy wiądu rdzenia; nierzadko jednak nie możemy znaleść żadnej przyczyny, któraby tłómaczyła to schorzenie, tak że powstaje tylko przypuszczenie, iż chodzi tu o czysto miejscowe cierpienie samych włókien mięsnych. W przypadkach takich leczniczo działa najlepiej miesienie w postaci napełniania pęcherza pod silnem ciśnieniem gorącym rozczynem kwasu borowego, wykonywane systematycznie. *K.*

Carrel. **Obustronne wycięcie nerek i wszczepienie z powrotem jednej.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 88., Z. II.). C. wycinał 6 psom obie nerki, a następnie wszczepiał z powrotem jedną, zeszywając swoim sposobem naczynia krwionośne i moczowód. Jeden pies padł wskutek samego zabiegu w 3 dni po operacyi na zapalenie płuc, 5 pozostałych przyszło do siebie. Jeden w 3 tygodnie z powodu rozległej gruźlicy płuc został zabity; u 2 psów powstało zwężenie miejsca połączenia moczowodu i te psy padły w 17—31 dni po operacyi, a jeden padł w 2 miesiące i 6 dni od operacyi z powodu wstępującego zapalenia miedniczek. Szósty pies jest zupełnie zdrów (8 miesięcy od operacyi). U psów padłych i zabitych nie było można już znaleść przy sekcyi miejsca zeszycia naczyń. Doświadczenia te dowodzą, do jakiego stopnia tkanki, a nawet całe narządy są żywotne i wskazują, że narządy przeszczepiać można, bo wynik zależy głównie od dobrej techniki łączenia naczyń. Nawet przecięcie wszystkich nerwów i przerwanie krążenia krwi, trwające nieraz do 50 minut, nie zniszczyło żywotności nerki. *K.*

Allemann. **Wyniki doświadczalnych przeszczepiań, dokonanych przez Carrela.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 7). Francuz Carrel zajmował się w Lyonie przeszczepianiem narządów, nie znalazł tu jednak, jak zwykle w ojczyźnie, uznania, przeniósł się więc do Ameryki, gdzie działalność jego oceniono należycie i obecnie pracuje w Nowym Jorku. Znakomite wyniki swych doświadczeń zawdzięcza C. swej wybornej technice szycia naczyń krwionośnych. Dla zapobieżenia tworzeniu się skrzepów, szyje C. osobno błonę wewnętrzną cienką igiełką jedwabiem wysmarowanym waseliną, a potem razem resztę ściany naczynia. Naczynia krwionośne mają wielką żywotność; wycięte i zachowane w zimnem miejscu, nawet po kilku dniach dają się jeszcze wszczepiać na nowo. C. usunął u psa nawet część aorty i wszczepił kawałek z drugiego psa; nastąpiło zupełne wygojenie. Przeszczepiał także żyły w miejsce tętnic i odwrotnie, i przekonał się, że z czasem występowały w przeszczepionych kawałkach zmiany, odpowiadające nowym warunkom; ściany tętnic cieńczały, a ściany żył grubiały. Również niebywałe wyniki miał otrzymać C. przy przeszczepianiu narządów. Tak np. podaje, że przeszczepił serce jednego psa drugiemu, przyszywając aortę do tętnicy szyjnej, a żyłę główną do żyły szyjnej, przez co pies ten miał dwa serca tętniące; jedno uderzało 88, a drugie 100 razy. C. podaje też, że odcinał psu kończynę i w miejsce jej przyszywał inną z drugiego. Przeszczepiał nawet połowę zewnętrznych warstw głowy z uchem (zaopatrywaną przez tętnicę szyjną zewnętrzną). Przeszczepiać można tkanki różnych zwierząt, a doświadczenie pokaże, czy da się to wykonać i u człowieka. Dotąd udało się przeszczepienie tętnicy człowieka na psa. Sposób swój poleca Carrel także do wykonywania przetaczania krwi, a to zapomocą zeszycia tętnicy osobnika, dostarczającego krwi, z tętnicą otrzymującego. *K.*

Laryngologia i otyatrya.

Semon, Ruprecht, Sack. **W sprawie zakażenia gardła dwoinkami zapalenia płuc.** (*Monatschr. f. Ohrenh.* 1907, str. 303, 635 i 1908, str. 323, 556 i 558). Na temat powyższy, wywołany rozprawką Semona, który w dwoinkach zapalenia płuc upatruje przyczyny owrzodzeń na błonie śluzowej gardła, mogących utworzyć jakby nową postać chorobową, podają Ruprecht i Sack kilka trafnych uwag, przypuszczając możliwość zakażenia mieszanego. Mieszane takie zakażenie może powstać między dwiema ostremi chorobami, albo pomiędzy jednem zakażeniem ostrem a drugiem przewlekłem, i w ten sposób zacierać obraz, charakterystyczny dla każdej z tych chorób z osobna. Dopatrując się zazwyczaj w cierpieniu gardła tylko jednej sprawy chorobowej, nie powinniśmy jednak zapominać o możliwości różnych zakażeń, choć znowu jedno z nich może opanowywać drugie. Aby rozstrzygnąć, czy specyalnie dwoinki zapalenia płuc mogą zacierać obraz chorobowy, albo nawet stwarzać nową postać chorobową, trzebaby w danym przypadku

przez szczepienie dowieść ich jadowitości, wiedząc o tem, iż dwoinki te są stałymi, zresztą obojętnymi mieszkańcami błony śluzowej gardła. Na owrzodzeniu n. p, kiłowem możemy spotkać dwoinki niejako w symbiozie, nie mogąc jednak tych dwoinek uważać za przyczyny owrzodzenia, choć symbioza może tu utrudniać wpływ leczenia. *A. B.*

H. Frey. **Badania narządów słuchowych płodów bezmózgich.** (*Passow's Beiträge* tom 2, str. 32). Autor podaje wyniki badań dwóch nowych przypadków, potwierdzających wyniki poprzednich czterech przypadków Habermanna i jego własnych. Zmiany znalezione dadzą się podzielić na zmiany w części kostnej błędnika i zmiany w uchu środkowem. Zmiany te mogą powstać w różnym czasie rozwoju błędnika i dlatego raz mogą być nieznaczne, kiedyindziej z błędnika są ledwo ślady. Nabłonki zmysłowe, włókna nerwowe i ośrodki znaleziono bez większych zmian, lubo i tu spotykano pewne zaburzenia w rozwoju. W uchu środkowem znajduje się szczególnie zniekształcenie strzemiączka. W przewodzie usznym, ślimaku i błonie śluzowej ucha środkowego znajdowano atypowy przerost naczyń co do ilości i wielkości. Wyniki badań Freya popierają zapatrywanie, że niedokształcenie mózgu powstaje przez śródmaciczne zapalenie opon mózgowych. *A. B.*

Emil Mayer. **Twardziel w północnej Ameryce.** (*Zeitschrift f. Lar. u. Rhin.* Tom 1, str. 415). Dotychczas nie stwierdzono ani jednego przypadku twardzieli, któryby wziął początek w Stanach Zjednoczonych. Wszystkie znane przypadki, a jest ich 16, 13 u kobiet, 3 u mężczyzn, zostały zawleczone z Galicyi. W 4 przypadkach zajęty był tylko nos, w 2 nos, gardło i krtań, w 4 nos i krtań, a wreszcie w 6 przypadkach nos i gardło. *A. B.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Zander. **Krwotok płucny, a uraz.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 7). 21-letni robotnik został 30. VIII. 1906 uderzony przy robocie w lewą połowę klatki piersiowej. Pracował jednak dalej i dopiero po 3 godzinach wystąpił krwotok płucny (szklanka krwi), który pojawił się i następnego dnia. Przez 2 tygodnie odpluwał jeszcze chory od czasu do czasu krew. Z. badał chorego z polecenia Towarzystwa ubezpieczeń w $^1/_2$ roku potem, i znalazł tylko nieżyt w szczycie lewym. Związek krwotoku z urazem wyłączył. Natomiast lekarz, który leczył stale chorego, twierdził, że wprawdzie jest możebnem, iż chory cierpiał przedtem na gruźlicę płuca, że jednak nie da się zaprzeczyć, iż krwotok wywołany został właśnie przez uraz chorego płuca, ktore skłonniejsze jest do krwotoku, niż płuco zdrowe. Rozstrzygające orzeczenie wydał w końcu Prof. R., który przychylił się do zdania lekarza ordynującego, znalazł przy badaniu wcale pomyślny stan szczytu lewego, a nowe zmiany w szczycie prawym. Bezpośrednie wystąpienie krwotoku odnosi Prof. R. do zadziałania urazu na płuco i sądzi, że przez to stan chorego mógł się nawet pogorszyć (zajęcie szczytu drugiego). Sąd uznał związek urazu z krwotokiem, przyjmując, że wystąpienie krwotoku dopiero w 3 godziny po urazie związku nie wyłącza, albowiem już w dawniejszych orzeczeniach spotyka się wzmianki, że krwotok wystąpić może i w kilka godzin, (n. p. w orzeczeniu Prof. Fürbringera w 17 godzin po wypadku). *A.*

Wedel. **Urazy elektryczne.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 5). Urazy elektryczne wobec coraz to większego rozpowszechniania się elektryczności w przemyśle, stają się coraz częstsze; i tak np. w Szwajcaryi w r. 1906 uległo im 34 osób, z czego 19 zmarło. Śmierć nastąpić może przy prądzie stałym, przy stosunkowo niewielkiej liczbie wolt (znane są przypadki śmierci przy 220 woltach); niektóre tramwaje elektryczne rozporządzają 500 i więcej woltami. Odporność na prąd elektryczny jest u ludzi bardzo rozmaita, i inna, niż u zwierząt. Konie, woły giną już przy prądach, dla ludzi zupełnie nie niebezpiecznych, i z tego też powodu doświadczenia na zwierzętach nie wiodą do celu; ludzie znoszą czasem tak silne prądy, że przyjąć chyba należy, iż ustrój ludzki ma pewne szczególne środki obronne przeciw prądowi. Uszkodzenia elektryczne występują głównie w dwojakiej postaci. 1) urazy mechaniczne, 2) wstrząśnienia nerwowe, pociągające za sobą objawy schorzenia rdzenia, stwardnienia rozsianego, porażenia postępującego, nerwic urazowych i t. p. Nie obojętny dla zdrowia jest też silny przestrach przy rażeniu prądem. Przyzwyczajenie do prądu istnieje, czego dowodzą robotnicy, pracujący przy kablach elektrycznych. Tramwaje powinny mieć wszelkie baryery izolowane (przez pokrycie skórą), zwłaszcza te, za które się chwyta przy wsiadaniu. *A.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Przy zatruciu wewnętrznem chloroformem poleca Wirth prócz płukań żołądka wodą i mlekiem, wlewań soli kuchennej i puszczania krwi, płukania żołądka ciepłą oliwą, która rozpuszcza chloroform, sama bardzo wolno ulega wessaniu i działa miejscowo łagodząco na oparzenia, wywołane chloroformem. (*Wiener klin. Wochs.* Nr 2). *A.*

Zatrucie siarkanem miedzi cechują podług Pollaka: wymioty, żółtaczka, śpiączka, bolesność okolicy żołądka i wątroby, bladość błon śluzowych, białkomocz i krwiomocz, zwiększenie liczby białych ciałek krwi, a zmniejszenie czerwonych i ilości hemoglobiny i podniesienie się ciepłoty. (*Tow. med. wewn.* Wiedeń, 14. II. *A.*

W krztuścu poleca Senftleben lewatywy z antypiryny. (*Deutsche med. Wochs.* Nr 2). *A.*

Przy nadkwaśności soku żołądkowego i sokotoku poleca Massini eumidrynę w dawce 0·001—0·0025 (3 razy dnia) na pół godziny przed jedzeniem. (*Gaz. d. osp.* Nr 113—1908). *A.*

Nowe wskazanie dla wody utlenionej. Rozczyn $^1/_2$% wody utlenionej wstrzymuje według Petriego wybitnie wydzielanie kwasów w żołądku i dlatego poleca P. przy nadmiernej kwaśności, wrzodzie żołądka i t. p. wodę utlenioną, ew. perhydrolmagnezyę (3 razy dnia po 1,6). (*Arch. f. Verdauungskr.* T. XII., Z. 5). *A.*

Po połączeniu żołądka z jelitem kwaśność soku żołądkowego obniża się znacznie, zwłaszcza przy wracaniu do żołądka żółci i soku trzustkowego. Tłuszcze, częste jedzenie i obfite podawanie wody, mogą z tego powodu zupełnie kwas solny wyeliminować, co może być ważne przy leczeniu wrzodu żołądka. (*Arch. f. Verdauungskr.* T. XIV,, Z. 5). *A.*

Środki przeczyszczające zawdzięczają według Urya swe działanie prócz wzmożenia ruchu robaczkowego także pobudzeniu kiszek do zwiększonego wydzielania. (*Arch. f. Verdauungskr.* T. XIV., Z. V.). *A.*

Leczenie zapalenia nerek podskórnemi wstrzykiwaniami surowicy, otrzymanej z krwi żylnej nerek kozy, przeprowadził w 7 przypadkach Teissier z Lyonu, a stwierdziwszy niejakie dodatnie wyniki tak w postaciach ostrych, jak i przewlekłych, zachęca do dalszych prób. (*Wiener klin. ther. Wochs.* Nr 44, 1908). *A.*

Zielone zabarwienie moczu spostrzegał Schick u dziecka po spożyciu orzechów w czekoladzie. Szczegółowe badanie stwierdziło, że zabarwienie to wywołał zawarty w czekoladzie barwik smołowy. Podobnie Leiner spostrzegał czerwone zabarwienie moczu po spożyciu pierników, pokrytych lakiem czerwonym, zabarwionym eozyną. *A.*

Czy kollargol wpływa szkodliwie na nerki? Dr Cloin z Reichenbergu w Czechach umieszcza pod tym tytułem w Nrze 7 »Münch. med. Wochs.« zapytanie do wszystkich kolegów z prośbą o wiadomości, a to z tego powodu, że rodzina pewnej chorej (na zakażenie połogowe) obwinia go, że wywołał u tej chorej ciężkie powikłanie nerkowe przez podawanie kollargolu (3: 100 w lewatywie, 1: 200 wewnętrzne i wcieranie maści Credego). Ogólnie podano 15,0 grm kollargolu. Dr Cloin uprasza o wiadomość, jeżeli który z kolegów ma pod tym względem jakie doświadczenie. *K.*

Przy padaczce spostrzegał Perugia zmniejszoną krzepliwość krwi, co po podaniu soli wapniowych znikało. Próbowano to wyzyskiwać w celach leczniczych, ale bez wyniku, albowiem zmianę tę uważać należy za skutek, a nie za przyczynę cierpienia. (*Il Morg.* 1908, X.). *A.*

Przy uporczywym ostrym gośćcu stawowym, gdy salicyl zawodzi, poleca Ortalli śródżylne wstrzykiwania sublimatu (0·005—0·01). Zwykle 3—4 wstrzyknięć wystarcza. Sposób ten podał Baccelli. Prócz gośćca i kiły nadaje się ten sposób do leczenia spraw septycznych i wąglika. (*Gaz. d. osp.* Nr 98, 1908). *A.*

Maska Kuhna, prócz gruźlicy płuc, działa korzystnie także w błednicy i niedokrwistości, wywołując zwiększenie się ilości hemoglobiny, poprawę podmiotową i usuwając bezsenność. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 5). *A.*

Słuchawkę z zakończeniami z elastycznej gumy podał Dr Freudenthal z Peine. Słuchawka ma tę zaletę, że przylega dokładnie do ucha i do ciała badanego (n. p. na że-

brach), nie ugniata, nie ziębi, a przez dokładne przyleganie usuwa szmery uboczne. (*Münch. med. Wochs.* Nr 7). *A.*

Z nowszych środków odkażających grupy formaldehydowej poleca Schneider z Hamburga szczególnie: *morbicid.* (*Deutsche med. Wochs.* Nr 4). *A.*

W miejsce palców gumowych, bądź co bądź drogich, poleca Kuntzen błonkę, wyrabianą z żołądka wołu (Goldschlägerhäutchen). Błonka ta, zmoczona, przylega dokładnie do palca, jest bardzo tania i da się przechowywać w rozczynie sublimatu. (Do celów lekarskich dostarcza błonki firma »Flora« Monachium, plac Maryi). *A.*

Przy krwotokach pooperacyjnych przed miejscowem zatamowaniem krwotoku poleca gorąco Chaput wstrzyknięcie żelatyny (1% rozczyn zwykle 5,0 grm) podskórnie. C. miał przy tem spostrzegać znakomite wyniki. (*Soc. méd. d. hôp.* 20. XI., 1908). *A.*

Przy leczeniu promieniami Röntgena zaleca Blum zupełnie słusznie, by lekarze nigdy nie zapominali zapytać się chorych, czy przypadkiem równocześnie nie leczą się rentgenizacyą u drugiego lekarza, gdyż wydarzało się to już nieraz, zwłaszcza u kobiet histerycznych. W takim przypadku lekarz narażony być może na niespodziankę, której z pewnością wytłómaczyćby sobie nie mógł. (*Fort. auf d. Geb. d. Rönt.* Tom 12, Nr 3). *A,*

Przy tężcu poleca Pancrazio stosować surowicę swoistą w dawkach 20—40 cm^3, wyłącznie drogą kanału rdzeniowego, i to dość często. (*Gaz. d. osp.* Nr 116, 1908). *A.*

Ciekawy przypadek tak zwanej ziarnistości otrzewnej wskutek ciała obcego (»Fremdkörpergranulose«) opisał Brandes. U 43-letniego mężczyzny po spożyciu zupy grochowej nastąpiło przedziurawienie wrzodu żołądka wkrótce po jedzeniu. W kilka godzin laparotomia, obszycie otworu, połączenie żołądka z jelitem i wypłukanie jamy brzusznej. Zdrowie z początku prawidłowe; po kilku tygodniach powikłanie zgorzelą płuc i śmierć. Sekcya wykazała rozległe zapalenie otrzewnej, sprawiając zupełnie wrażenie rozsianej gruźlicy otrzewnej. (*Mit. a. d. Gr.* T. 19., Z. IV.). *K.*

Dla sprawdzenia tożsamości w celach sądowo-lekarskich zaleca Tamasia pilne zwracanie uwagi na rysunek sieci żylnej grzbietu rąk. Rysunek ten jest bardzo indywidualny i różni się nawet na obu rękach. T. rozróżnia 6 typów głównych, lecz niemniej zmiany indywidualne są bardzo charakterystyczne. Rysunek ten oddaje znakomicie fotografia. (*Gaz. d. osp.* Nr 92, 1908). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d 24. lutego 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 34.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Prof. Rosner przedstawia *a*) **pępowinę** 123 cm długą **z prawdziwym węzłem podwójnym**; *b*) osobę **operowaną** z powodu **raka szyi macicy sposobem Wertheima**; *c*) macicę świeżo tą samą metodą wyjętą, przyczem zwraca uwagę na świeżość sprawy rakowej; następnie podaje statystykę dotyczącą »operabilitas« raków macicy.

2) Prof. Bochenek wygłosił odczyt: **O gruczołach przytarczycznych.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya. Prof. Browicz zastrzega sobie w tej sprawie głos na przyszłem posiedzeniu, gdyż z braku czasu dziś mówić nie może. W krótkości uzasadnia polską nazwę »gruczoły przytarczyczne«.

Kol. Rydel, nawiązując do wykładu, wspomina o kilku przypadkach tężyczki i omawia kliniczną stronę tej sprawy.

Prof. Rosner zapytuje prelegenta o stosunek gruczołów przytarczycznych do układu krwionośnego.

Prof. Ciechanowski zapytuje o stosunek wymienionych gruczołów do przemiany wapna w ustroju, ze względu na spostrzeżenia Bielschowskyego.

Prof. Lewkowicz zwraca uwagę na zachowanie się gruczołów przytarczycznych przy t. zw. spazmofilii. Badania Eschericha wykazywały w tych przypadkach krwotoki w gruczołach przytarczycznych. Co do wydzielania wapna, to Sperling tłómaczył tężyczkę nadmiernem jego wydzielaniem.

Kol. Bochenek odpowiada kol. Rydlowi, że nie zajmował się piśmiennictwem, tyczącem się klinicznych badań; Prof. Rosnerowi, że naczynia żylne są w gruczole tym rozszerzone bardzo znacznie; Prof. Ciechanowskiemu, że jest jeszcze sprawą sporną, czy zachodzi jaki związek między przemianą wapna w ustroju, a czynnością gruczołów przytarczycznych.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VI. Posiedzenie naukowe z d. 26. lutego 1909.

I. Kol. Rydygier (jun.) przedstawia przypadki **twardzieli krtani leczone promieniami Röntgena**. U chorych przedstawionych już po kilkunastu naświetlaniach wystąpiło znaczne polepszenie tak, że u niektórych można było wyjąć rurkę tracheotomijną. U jednej chorej dopiero po pięciu latach wystąpiło znowu pogorszenie, obecnie jednak po ponownem leczeniu nastąpiło znowu polepszenie. Prelegent omawia następnie technikę postępowania, zaznaczając, że używał rur twardych, a celem zabezpieczenia skóry blaszki staniolu.

Dyskusya. Kol. Prof. Rydygier wyraża zdziwienie, że tak mało środek ten stosowano, wobec niewątpliwego jego działania dodatniego. Kol. Prof. Jurasz stwierdza również na podstawie w tutejszej klinice spostrzeganych przypadków dodatnie wyniki w leczeniu twardzieli promieniami Röntgena, wspomina o dobrych wynikach tego leczenia przy nowotworach krtani. Co do częstości występowania twardzieli w Niemczech, to choroba, przedtem nieznana, dziś pojawia się coraz częściej, niewątpliwie ze wschodu przenoszona. Kol. Prof. Barącz spostrzegał nawroty po wyjęciu miejsc zmienionych. Kol. Zabłocki stosował w kilku przypadkach drewniane tubusy Schröttera z czasowym dobrym wynikiem. Kol. Fels, odnośnie do uwagi Prof. Rydygiera, że twardziel spotykał tylko w ubogich warstwach, sądzi, że podobnie, jak w jaglicy, tak i tu stan odporności, zależny od odżywiania, ma pewne znaczenie.

II. Kol. Bocheński przedstawia **dwa płody z dwiema głowami** (*dicephalus dibrachius bipus*) oraz rentgenogramy z nich zdjęte. Jeden z przedstawionych płodów urodził się przy pomocy ręcznej w klinice. Drugi płód (dar kol. Szajnowskiego), płci żeńskiej, urodził się siłami matki, a po urodzeniu żył 10 minut. Prelegent omawia przebieg porodu i sposoby rozwiązania w przypadkach tego rodzaju potworów.

III. Kol. Ostrowski przedstawia przypadek **samorodnej zgorzeli goleni i stopy** u 23-letniej kobiety. Wśród zupełnego zdrowia chora uczuła nagle ostry ból w goleni, wkrótce potem (w ciągu 3 dni) noga zczerniała, a na granicy zabarwienia czarnego zjawiło się owrzodzenie, które aż do kości oddzieliło część chorą. Dokładne badanie całego ustroju chorej nie daje wskazówek co do pochodzenia owej martwicy. Leczenie: odjęcie goleni.

Dyskusya. Kol. Feuerstein L. radzi wykonać próbę Wassermanna dla przekonania się, czy nie ma tu tła kiłowego. Kol. Pisek, nie przypuszczając tutaj tła kiłowego, podnosi podobieństwo tej sprawy do podobnych przypadków na tle durowem. Kol. Ostrowski również ze względu na szybkość sprawy nie przypuszcza tu tła kiłowego.

IV. Kol. Prof. Barącz przedstawia chorą z olbrzymim **naciekiem promieniczym policzka lewego — wyleczonym wstrzykiwaniami siarkanu miedzi**.

V. Kol. Wallach przedstawia: *a*) guz wielkości cytryny, **mięsak jądra**, z dziecka 6-miesięcznego; guz, otoczony krwiakiem, powstałym prawdopodobnie po nakłuciu próbnem przez lekarza; *b*) **kamień pęcherzowy**, wydobyty przez cięcie nadłonowe u chłopca 5-letniego z naciekiem moczowym, powstałym, zdaje się, wskutek »fausse route«. Na stałe założony cewnik przebił cewkę moczową i sterczał nad spojeniem łonowem.

Dyskusya. Kol. Prof. Schramm przypuszcza, że naciek moczowy powstał jako następstwo samoistnego przedziurawienia cewki przez kamień, jak to już raz spostrzegał. Kol. Wallach w odpowiedzi podnosi obecność kamienia w pęcherzu, który był nieuszkodzony. *Nowicki.*

Sekcya stryjska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie z dnia 17. lutego 1909

(w szpitalu powszechnym w Stryju).

Obecnych członków i gości lekarzy 32.

1) Prof. Dr Kucera ze Lwowa wygłosił wykład: **O etyologii, rozpoznawaniu i zapobieganiu duru brzusznego i paratyfusu** (z demonstracyami).

2) Dr Wątorek przedstawił korzyści przystąpienia do Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy.

3) Dr Sołtysik, zdając sprawę z podróży naukowej do Niemiec (Hamburga, Kolonii, Bonn i t. d.), opisał na wstępie urządzenia higieniczne w Hamburgu, a to: zaopatrywanie mieszkańców w wodę filtrowaną z Elby, bezpłatne odkażanie mieszkań po chorobach zakaźnych, odkażanie okrętów, zabijanie szczurów okrętowych bezwodnikiem węglowym i następowe badanie bakteryologiczne każdego szczura co do zarazków dżumy przez zakład higieniczny (pod kierownictwem Prof. Dra Dunbara), palenie śmieci, łaźnię ludową (nauka pływania jest obowiązkowa dla uczniów II. klasy szkół ludowych), krematoryum i cmentarz w Ohlsdorf.

Następnie pokrótce opisał szpital »Eppendorf« w Hamburgu (kierowany przez Prof. Dra Lenhartza), przedstawił typy normalnych pawilonów i pawilonów zakaźnych, w liczbie 16 (każdy pawilon przeznaczony dla innej choroby zakaźnej), omówił stosunki służbowe w szpitalu.

Przechodząc do spostrzeżeń leczniczych, przedstawił mowca ważność zdjęć rentgenowskich w rozpoznawaniu siedziby ognisk zgorzelinowych w płucach, sposób leczenia zgorzeli płuc drogą operacyjną według Prof. Dra Lenhartza. Mówił o operacyach dokonywanych w tamtejszym szpitalu: podwiązywania żył nasiennych przy gorączce połogowej, o dyecie Prof. Lenhartza po krwotokach z wrzodu żołądka i o znakomitych skutkach dyety Karella przy ogólnych obrzękach i miażdżycy tętnic, o upustach płynu mózgowo-rdzeniowego (przy zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych), stosowanych na oddziale chorób wewnętrznych, którym kieruje dyrektor szpitala Prof. Dr Lenhartz.

Na oddziale chirurgicznym, pozostającym pod kierownictwem Prof. Dra Kümmla i Dra Sicka, uderza wzorowy porządek czynności i podział pracy, dzięki czemu oddział, liczący przeszło 600 łóżek, jest prowadzony wzorowo pod względem klinicznym i naukowym. Wśród olbrzymiego materyału wyróżniają się tu liczne operacye z zakresu chorób dróg moczowych i żółciowych. Wczesne wstawanie po operacyach jest tu szeroko praktykowane i tak. jeden z kolegów operowany »à froid«, przez Prof. Kümmla z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, w piątym dniu po operacyi siedział wśród audytoryum podczas dokonywanych operacyi, a chorzy po prostatektomii sposobem Freyera już w dwie doby po operacyi wstają. Zaznaczyć należy dobre wyniki na oddziale chirurgicznym po szerokich laparotomiach z powodu ropnego zapalenia otrzewnej; po obfitych przepłukiwaniach jamy brzusznej rozczynem soli zakładają specyalne grube szklane dreny, do których wpychają gazę, co ułatwia nadzwyczajnie sposób opatrywania, gdyż gaza z wnętrza drenu daje się łatwo wyjmować i nie przylepia się do pętli jelitowych.

W Kolonii w szpitalu miejskim kieruje oddziałem chirurgicznym Prof. Dr Bardenheuer. Fabryczna okolica dostarcza temu szpitalowi mnogą liczbę rozmaitych złamań; słynny sposób leczenia złamań metodą Bardenheuera polega na zakładaniu opatrunków wyciągowych. Wyciąg, mający za zadanie znieść działanie mięśni, które głównie powodują przemieszczenie odłamków, zakłada się nie poniżej złamania, owszem nawet powyżej miejsca złamania, gdzie można. Wyciągi te działają w rozmaitych kierunkach, zależnie od obrazu, jaki rentgenogram wskazuje; rentgenografia jest w tych przypadkach nieoceniona i konieczna. Wielkie ciężary wyciągowe, dawniej stosowane, zredukował obecnie Prof. Bardenheuer znacznie.

4) Nakoniec przystąpiono do wyboru Wydziału na r. 1909. Prezesem wybrano Dra Wursta z Kałusza, zastępcą prezesa Dra Michalskiego ze Skolego, delegatem do Tow. lek. gal. Dra Wursta, sekretarzami: Dra Sołtysika i Dra Chalbazanyego ze Stryja.

5) Do Towarzystwa zapisali się jako nowi członkowie: Dr Mironowicz i Dr Eichel ze Skolego, Dr Loew, Dr Chuderski, Dr Lippel, Dr Kiczałes, Dr Seczenik ze Stryja.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie d. 20 stycznia 1909 r.

Przewodniczący: kol. K. Jasiński. Sekretarz: E. Sonnenberg.

1) Kol. Trenkner przedstawił 6-letnią dziewczynkę z następującymi wywiadami: Przed 4—5 tygodniami miała w ciągu 1 dnia gorączkę i gruczoły na szyi były podobno obrzękłe. Od 3 tygodni rodzice zauważyli, że dziecko mówi przez nos, straciło siłę w rękach, uskarża się na bole w nogach przy chodzeniu. Od tygodnia dziecko nie chodzi o własnych siłach, nie może stać, podtrzymywane — ledwie powłóczy nogami. Badanie wykazuje: powłoki blade, twarz lekko obrzękła, wargi siniczo zabarwione; rozległy nieżyt oskrzeli, tętno szybkie, niezbyt pełne. Prawa granica serca na palec przekracza prawą linię przymostkową. Białkomocz. Całkowite porażenie języczka. Brak odruchów gardłowych. Mowa wybitnie »nosowa«. Odruchy kolanowe zniesione zupełnie. Niezborność ruchów nieznaczna w kończynach górnych, wybitna w kończynach dolnych, zwłaszcza przy próbach chodzenia. Nieznaczne ruchy pląsawicze w zakresie mięśni twarzy. Czucie prawidłowe. Na podstawie tych danych, przebiegu i wywiadów, kol. Trenkner rozpoznaje **pobłonicze porażenie mięśni języczka i kończyn, oraz zwyrodnienie mięśnia sercowego.** (Streszczenie własne).

2) Kol. Przedborski wygłosił odczyt: **O rozszerzeniach i uchyłkach przełyku.** Prelegent omówił przyczyny rozszerzenia przełyku i tworzenia się uchyłków, wspomniał o dwóch teoryach, usiłujących wyjaśnić powstawanie uchyłków, przyczem nieco dłużej się zatrzymał nad teoryą Zenkera-Ziemssena, przypisującą tu główną rolę urazowi. Następnie przeszedł do opisu przebiegu cierpienia, wymienił towarzyszące zwykle temu cierpieniu objawy podmiotowe: bole promieniujące, trudność łykania, brak nieraz tchu od ucisku na tchawicę i n. zwrotny i t. d.; mówił o objawach przedmiotowych: o ograniczonym obrzęku na szyi w okolicy przełyku, znikającym, gdy wywieramy nań ucisk, o zwracaniu pokarmów i t. d. Wymienił dalej sposoby rozpoznawania uchyłków zapomocą zgłębników prostych i zakrzywionych; jeżeli uchyłek jest wypełniony treścią pokarmową, zgłębnik się zatrzymuje, jeżeli uchyłek nie jest wypełniony, zgłębnik może przejść do żołądka. To przechodzenie i naprzemian zatrzymywanie się zgłębnika jest bardzo ważną cechą w rozpoznawaniu uchyłka. Prelegent przedstawił kolekcyę zgłębników, używanych w tym celu, mówił o badaniu zwracanego i prawie nie zmienionego pokarmu, o braku pepsyny i kwasu solnego, o znacznej ilości grzybków drożdżowych i nabłonka w zwracanym pokarmie, wspomniał o stłumieniu odgłosu w blizkości kręgosłupa na wysokości miejsc rozszerzonych, występującem wyraźnie, gdy uchyłek jest napełniony treścią pokarmową i zakończył odczyt opisem zabiegów, stosowanych przy uchyłkach przełyku.

3) Kol. Trenkner przedstawił **preparat wyrostka robaczkowego**, usuniętego doszczętnie przez kol. Wattena w przypadku ostrego nieżytowego zapalenia wyrostka, spostrzeganym wspólnie u 12-letniego chłopca. Zabieg wykonano w 19 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów zapalenia wyrostka. Przebieg był bardzo łagodny. Ciepłota w ciągu pierwszych 10 godzin 38°—37,6°. Raz jeden wymioty. Bole niewielkie. Stan ogólny dobry. Po 10 godzinach ciepłota prawidłowa. Podczas operacyi znaleziono: Wyrostek robaczkowy załamany w $^2/_3$. Błony surowicze przekrwione. Nieznaczne zrosty. Śluzówka w części bliższej kątnicy rozpulchniona. Przebieg pooperacyjny tylko przez pierwsze 2 dni okazywał lekkie podniesienie ciepłoty (37,2—37,4). 10 dnia po zabiegu chory wstał z łóżka. (Streszczenie własne).

W dyskusyi nad demonstrowanym przez kol. T. preparatem wzięli udział koledzy Goldman i Tomaszewski.

4) Kol. Goldman pokazał zdjęcie **rentgenograficzne kostniako-chrząstniaka**, wykonane przez kol. Judta z Warszawy.

5) Balotowanie kolegów: Ginsburga, Klaczkina, Władysława Michalskiego i koleżanki Rozenblatówny. Wynik balotowania: kol. Ginsburga przyjęto w poczet członków 13 głosami przeciwko 2 głosom, 4 członków powstrzymało się od głosowania, kol. Klaczkina 9 głosami, 10 członków powstrzymało się od głosowania, kol. Rozenblatównę 16 głosami, 3 członków powstrzymało się od głosowania, kol. Michalskiego 16 głosami przeciwko 1 głosowi, 2 członków powstrzymało się od głosowania.

Sekretarz: *E. Sonnenberg.*

Posiedzenie d. 3 lutego 1909.

Przewodniczący: kol. K. Jasiński. Sekretarz: kol. Sonnenberg.

1) Kol. Saks przedstawia kobietę, u której przed trzema tygodniami dokonał **cięcia cesarskiego** zachowawczego; jest to jedenasty kolejny przypadek kol. Saksa pomyślnego zejścia tej operacyi dla matki i dziecka, potwierdzający uprzednio wypowiadany przez kol. S. pogląd, że cięcie cesarskie, w pomyśl-

nych warunkach dokonywane, jest operacyą względnie bezpieczną. Kol. S. nawołuje przeto ponownie kolegów o skierowywanie ciężarnych z wybitnem zwężeniem miednicy do szpitala.

Tauba Estera H., 35 lat licząca, poprzednio odbyła 6 porodów; pierwsze dwa porody, acz ciężkie, zakończyły się siłami natury, dzieci przyszły na świat żywe; przy trzecim porodzie konieczne były kleszcze, otrzymano również dziecko żywe; przy ostatnich trzech porodach konieczne były wymóżdżenia; przy ostatnim porodzie uprzedził kol. S. chorą, że na wypadek ponownego porodu konieczne jest cięcie cesarskie lub hebosteotomia, jeżeli pacyentka pragnie mieć dziecko żywe. Kobieta ta podczas siódmej ciąży do kol. S. się nie zgłosiła, dopiero u kresu ciąży, gdy już nawet lekkie bóle porodowe miała, przedstawiła się kol. S. w mieszkaniu innej chorej, do której kol. S. był wezwany, wyrażając życzenie poddania się operacyi cięcia cesarskiego. Wobec wyraźnych bolów porodowych skierował kol. S. rodzącą natychmiast do szpitala, gdzie wystąpiły bole silniejsze; kol. S. zdecydował się na dokonanie cięcia cesarskiego wobec wyrażonego przez pacyentkę, w danym przypadku uzasadnionego, życzenia, by uczynić ją bezpłodną. Operacyi dokonał kol. S. w uśpieniu chloroformowo-eterowem w sposób zwykły (poprzednio rodzącą zbadano ręką w rękawiczce gumowej, przyczem okazało się, że ujście otwarte było prawie zupełnie, pęcherz płodowy zachowany, główka wysoko nad wejściem do miednicy); dziecię płci męzkiej otrzymano żywe, ważyło 3570,0; krwawienie z macicy było dość znaczne, na macicę dwa szeregi szwów: głębokie jedwabne, powierzchowne katgutowe; oba jajowody podwiązano w dwóch miejscach zapomocą jedwabiu, w odległości około 5 cm, i wycięto odpowiednie części jajowodów pomiędzy podwiązkami. Operacya trwała minut 54. Przebieg pooperacyjny w pierwszych dniach bardzo pomyślny, w drugim tygodniu powikłany kilkodniową gorączką, (najwyższa ciepłota 38,2), zależną od utworzenia się wysięku w prawem więzadle szerokiem na miejscu wycięcia jajowodu (powikłanie takie po raz pierwszy przez kol. S. spostrzegane w jego przypadkach); wysięk ów zresztą bardzo szybko się zmniejszył; operowana po 3 tygodniach opuszcza szpital w stanie zdrowia zupełnie pomyślnym. Sprzężna przekątna wynosiła 9 cm. (Streszczenie własne).

2) S. Sterling: **W sprawie zbierania statystyki gruźlicy.** Trudności otrzymania ścisłych liczb śmiertelności: 1) statystyka szpitalna mówi jedynie o jednej warstwie ubogich; 2) śmierć przypadkowa (zapalenie wyrostka rob., cholera, uraz, otrucie, moczówka cukrowa i t. p.) wyłącza chorych gruźliczych ze statystyki tego cierpienia; 3) zmarłych na gruźlicę spotykamy zanadto często w rubrykach statystyki śmiertelności takich, jak: uwiąd starczy, nieżyt dróg oddechowych, drgawki dzieci, wycieńczenie dzieci, rozedma płuc, odra. Zupełnie już dowolna jest cyfra chorobowości, którą obliczają, mnożąc cyfrę śmiertelności przez liczbę lat, które jakoby żyje średnio chory na gruźlicę. Popierwsze, wyłączeni są tu z góry wszyscy wyleczeni (umierający z powodu innych przyczyn), dalej liczni chorzy na gruźlicę chirurgiczną, skóry i t. d. Powtóre, wszystkie te cyfry trwania choroby podawane są dotąd albo przez ordynatorów szpitalnych (jedna warstwa ludności), albo przez internistów z praktyki prywatnej (nieuwzględnienie dzieci, ani gruźlicy chirurgicznej). Gdy więc błędy tkwić — już w zasadzie — muszą w obu mnożnikach, — iloczyn jest bardzo daleki od prawdy.

Zebranie statystyki, uchwalone przez Zjazdy lekarskie polskie, a poruszone obecnie przez Stałą Delegacyę Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, musimy poprzeć, ponieważ tylko tą drogą otrzymamy jako-tako ścisłe dane, choćby z pewnych okolic i miast.

Odpowiadając na pytania schematu statystycznego, zatwierdzonego i rozesłanego przez Delegacyę, nie rozwiążemy wszystkich pytań, tyczących się statystyki gruźlicy, ale — najważniejsze. Prostota i łatwość są zaletą kwestyonaryusza. Główną zasadą niech przy zbieraniu będzie maksyma: 1) brak odpowiedzi na niektóre pytania (na które np. nie zebrano od chorego odpowiedzi, a kartkę statystyczną wypełnia lekarz po odejściu chorego) nie zmniejsza wartości naukowej takiej kartki; 2) odpowiedź — choćby jedna — podana na domysł, pozbawia kartkę wartości naukowej.

Rozpatrując niektóre zapytania kartki statystycznej, daje S. przykłady, co wpisywać należy pod rubrykę: »Uwagi«. Więc np.: Macocha zmarła na gruźlicę płuc, brat chory na gruźlicę płuc; mąż pluł krwią i t. p.«. (Streszczenie własne).

Podczas rozważania poszczególnych punktów, zawartych w kwestyonaryuszu, o którym mowa, wywiązała się dyskusya, w której wzięli udział koledzy: Pinkus, K. Jasiński, Trenkner, Sonnenberg, Birencweig i Przedborski.

3) Wobec wyczerpania porządku dziennego a wczesnej pory, S. Sterling przytoczył dwa spostrzeżenia z praktyki, tyczące się **nieodpowiedniego stosowania dyety przeciwcukrzyczej**. W przypadku pierwszym, ponieważ chory przy dyecie mlecznej ścisłej stracił cukier, wniósł stąd lekarz ordynujący, że w danym przypadku mleko może być w dowolnej ilości dodawane do dosyć obfitego pożywienia, racyonalnie zresztą ułożonego. Tu błąd tkwił w pominięciu sprawy ilości pożywienia wogóle; dyeta mleczna ścisła była zawsze dyetą podgłodową i jako taka działała odcukrzająco, pomimo obecności cukru w mleku. W drugim przypadku ciężkiej cukrzycy, kiedy chory pomimo dyety ściśle bezwęglowodanowej wydzielał wielkie ilości cukru, lekarz ordynujący nie zgodził się na podawanie choremu węglowodanów. W obu przypadkach, bardzo świeżej daty, ujawniło się dosyć szablonowe traktowanie dyety swoistej przy moczówce cukrowej. Niezbędnem jest wspólne przedyskutowanie tej sprawy w Towarzystwie. S. proponuje, by ktoś z kolegów, zajmujących się naukowo sprawami przemiany materyi, wygłosił wykład o obecnych na leczenie moczówki cukrowej poglądach by dać ogółowi kolegów sposobność przedyskutowania tej sprawy.

W dyskusyi nad poruszoną sprawą, kol. Brabander, który obiecał zająć się tem pytaniem, zaznaczył, że w ostatnich latach, dzięki postępom chemii i patologii doświadczalnej, poglądy na leczenie cukrzycy uległy zmianom zasadniczym. O ile bowiem dawniej chorych na cukrzycę przekarmiano w przypuszczeniu, że im więcej tacy chorzy spożywają mięsa i tłuszczów, tem lepiej, o tyle obecnie zaleca się umiarkowanie. Są postacie cukrzycy, przy których bilans azotowy nie może przekraczać 10 gr. na dobę, jeżeli pragniemy, aby mocz nie zawierał cukru. Co się tyczy węglowodanów, to dziś stosujemy je daleko swobodniej, niż dawniej, zwłaszcza w ciężkich postaciach, przebiegających z acydozą. Powstaje ona z tłuszczu, a także z białka, jak utrzymują niektórzy (Abderhalden). W ciężkich postaciach cukrzycy jedynym sposobem zmniejszenia acydozy jest podawanie węglowodanów.

4) Kol. Maksymilian Cohn przedstawił dwa okazy otrzymane drogą operacyjną.

I. **Preparat wyrostka robaczkowego**; pochodzi z praktyki prywatnej. D. N., kobieta, lat 50, rodziła 7 razy, po raz ostatni przed 9 laty. Od lat 5 guz w prawej pachwinie, wielkości jaja gołębiego, łatwo dający się odprowadzić. W ostatnich dwóch latach guz się powiększał, a od roku bolesny przy każdorazowem odprowadzeniu. Od 5 miesięcy po ostrym napadzie bolów w okolicy pępkowej, chora często się skarżyła na bole w dolnej części brzucha, zwłaszcza po stronie prawej. Przed 3 miesiącami bardzo obfity krwotok żołądkowy. D. 29 stycznia wieczorem napad bardzo silnych bolów w dolnej części brzucha, guz pachwinowy powiększony, bolesny, nie daje się odprowadzić. Dnia następnego wymioty i wypróżnienie, również wypróżnienie d. 31. I.

Badanie d. 2. II.: Chora średniego wzrostu, szczupła, blada. Brzuch miernie wzdęty. W okolicy pachwinowej prawej, poniżej więzadła Pouparta, guz wielkości jaja kurzego, ze skórą zaczerwienioną, bardzo bolesny przy dotykaniu. Rozpoznanie: Hernia cruralis dextra incarcerata, verisimiliter omentalis (ze względu na wypróżnienie po objawach uwięźnięcia).

Operacya d. 2. II. w uśpieniu chloroformowem. Po przecięciu powłok i worka bardzo zgrubiałego, wylewa się płyn cuchnący kałowo-ropny. Okazuje się, iż treść worka wyłącznie stanowi w stanie zapalnym będący wyrostek, którego długość wynosi 15 cm, a który na wolnym końcu przedstawia kolbowate rozszerzenie, w kilku miejscach przedziurawione; natomiast pozostała część wyrostka na przestrzeni 11 cm przedstawia się prawidłowo. Po wycięciu zwykłym sposobem wyrostka, odcięciu worka i zaszyciu wrót, operacyę dokończono zaszyciem pozostałych warstw z włożeniem sączka z gazy. (Przypisek późniejszy: Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy).

II. **Preparat torbieli skórzastej jajnika**. S. B., lat 27, wstąpiła do szpitala Poznańskich d. 22. I. 1909. Rozpoznanie: torbiel jajnikowa lewa oraz ciąża w końcu 3. miesiąca. Przy badaniu w uśpieniu chloroformowem zwraca na siebie uwagę jeszcze bardziej niż poprzednio postać guza, który przypomina znacznie powiększoną, zwyrodniałą, ruchomą nerkę. Operacya stwierdziła, iż szło o torbiel skórzastą, usadowioną na długiej szypule, a składającą się z trzech oddzielnych części, formy nerki, w trójnasób powiększonej. (Streszczenie własne).

Sekretarz: *E. Sonnenberg.*

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 24 września 1908 r.

Przewodniczący: kol. H. Fidler. Obecnych 22 członków. Prezes kol. Fidler wygłosił krótkie wspomnienie pośmiertne o zmarłym członku rzeczywistym Towarzystwa, ś. p. kol. Zygmuncie Płużańskim, starszym lekarzu szpitala św. Kazimierza w Radomiu, — poczem obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie ze swych miejsc. Zamiast wieńca na trumnę koledzy złożyli rb. 22 kop. 50 na istniejący przy Towarzystwie lekarskiem radomskiem fundusz dla wdów i sierot po lekarzach Ziemi radomskiej.

Następnie przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawił chorą po operacyi **ciąży zewnątrzmacicznej.**

Kol. Szczepaniak zgłosił do prezydyum następujący wniosek, który, jako nagły, na żądanie Ogólnego Zebrania został poddany pod dyskusyę. »Wobec śmierci kolegi ś. p. Płużańskiego nasuwa się sprawa obsadzenia posady starszego lekarza szpitala św. Kazimierza w Radomiu. Proponuję oświadczenie się w sprawie powyższej Towarzystwa lekarskiego, jako jedynej instytucyi, która w takich przypadkach powinna zabierać głos wobec braku u nas konkursowych sposobów obsadzania ordynatur szpitalnych«. Po wyczerpującej dyskusyi Ogólne Zebranie uchwaliło: »Towarzystwo lekarskie radomskie uznaje, że jedynym kandydatem, godnym objęcia posady starszego lekarza szpitala św. Kazimierza w Radomiu — ze względu na zasługi na polu szpitalnem, długoletnią i bardzo owocną pracę, zmierzającą do podniesienia szpitala św. Kazimierza, oraz uzdolnienie fachowe — jest kol. Franciszek Kosicki«.

Następnie kol. Przewodniczący zaznaczył, iż posiedzenie dzisiejsze zwołane zostało w celu omówienia sprawy walki z cholerą w Radomiu — poczem otworzył dyskusyę w tym względzie.

Po wyczerpującej dyskusyi Ogólne Zebranie uchwaliło: 1) Na kandydatów do objęcia posad ordynatorów w baraku cholerycznym przedstawić władzom miejskim następujących kolegów w wyszczególnionym poniżej porządku, ustalonym przez losowanie: a) kol. Jan Przychodzki, b) kol. Józef Kossak i c) kol. Adolf Pomper. (Uwaga. W razie niemożności pełnienia obowiązków ordynaturę obejmuje kolejny kandydat). 2) Wynagrodzenie dla ordynatora oznaczyć w kwocie rb. 10 za dobę, oraz zwrot kosztów przejazdu do szpitala. 3) Pierwszy ordynator pełnić będzie czynności administracyjne i prowadzić statystykę. 4) Urządzać dyżury lekarskie z początku w aptece p. Kasprzykowskiego, a w miarę szerzenia się cholery w aptece p. Kalickiego. 5) Lekarze dyżurować mają na zmianę po 8 godzin, a mianowicie: od 8 rano do 4 popołudniu, od 4 popołudniu do 12 w nocy i od 12 w nocy do 8 rano. 6) Wynagrodzenie za dyżury nocne wynosić ma rb. 8, zaś za dzienne po rb. 6 — ogółem rb. 20 za dobę. 7) Stacye dyżurne mają być otwarte z chwilą stwierdzenia pierwszego przypadku cholery bakteryologicznie podejrzanego. 9) Jako dyżurnych przedstawić kolegów, którzy wyrazili na to swą zgodę: Bijejkę, Drewnowskiego, Fidlera, Fuksiewicza, Finkelsztejna, Idzikowskiego, Kołodnera, Kossaka, Marxa, Piątowskiego, Pompera, Raszkesa oraz warunkowo (o ile obowiązki służbowe temu nie przeszkodzą) Pełczyńskiego, Przyłęckiego i Rakowskiego. 10) Lekarz sanitarny powinien być mianowany już obecnie ze względu na panujące w mieście epidemie; lekarz sanitarny powinien być w Radomiu stały, któremu należy powierzyć wyłącznie walkę z epidemiami, grasującemi obecnie, jak płonicy, odry i duru brzusznego. Tenże lekarz w razie cholery pełnić będzie obowiązki sanitarnego lekarza dla walki z cholerą. 11) Nie należy wkładać obowiązków lekarza sanitarnego na lekarza miejskiego. 12) Co do sposobu wynagrodzenia lekarza sanitarnego pozostawić tę sprawę porozumieniu się władz miejskich z kandydatem na tę posadę. 13) Na kandydata na posadę stałego lekarza sanitarnego przedstawić władzom miejskim kol. W. Cennerea. 14) Ponieważ lekarz dyżurny powinien obok podania pomocy lekarskiej choremu cholerycznemu przedsiębrać na miejscu środki w celu o ile możności zniszczenia źródła zakażenia, przeto do pomocy ma być mu dodany sanitaryusz. Tenże, zaopatrzony w środki odkażające, wraz z lekarzem jeździć będzie do chorych i dokonywać na miejscu odkażania wydzielin chorego. Lekarz dyżurny winien objaśnić otoczenie o konieczności odosobnienia chorego, czy to przez oddanie go do szpitala, czy też usunięcie otoczenia, dać wskazówki co do sposobów odkażania wydzielin i zachowania się otoczenia, oraz pozostawić środki odkażające na miejscu, o ile ich w domu brak. Do obowiązków lekarza dyżurnego należy nadto wypełnienie kartki statystycznej i zawiadomienie lekarza sanitarnego. 15) Sanitaryusze powinni pełnić swe obowiązki na zmianę po 8 godzin — na równi z lekarzami. 16) Wysokość wynagrodzenia sanitaryusza określić na rb. 3 za 8 godzin dyżuru.

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

3. I. Należy w ustawie (§ 2, resp. 4) pozostawić możność nałożenia dalszych obowiązków co do donoszenia (np. donoszenia podwójnego, t. j. równocześnie do zarządów gminnych oraz do władz politycznych I-szej instancyi). Możność takiego zwiększenia obowiązków należy przyznać władzom administracyjnym przy zasięgnięciu zdania czynników autonomicznych.

II. Prócz wymienionych w projekcie (§ 3) osób, powinni być obowiązani do donoszenia:
a) dozorcy sanitarni (na drugiem miejscu po lekarzach),
b) duszpasterze (na trzeciem miejscu).

III. Wszelkie doniesienia o chorobach zakaźnych (nie wyłączając listów poleconych, telegramów i t. p.) powinny być wolne od opłat pocztowych (§ 4 alin. 2, § 46).

IV. Okolicom nadgranicznym (państwa), oraz mającym żywy ruch ludności za granicę (emigracya sezonowa), powinna być zapewniona w razie zarządzenia specyalnych meldunków (§ 17) pomoc ze strony rządu w zwiększonych agendach i pokryciu ich kosztów.

V. Za doniesienia pożądane jest wynagradzanie lekarzy ze skarbu państwa bądź bezpośrednie, bądź w formie ryczałtu, wpływającego do funduszów filantropijnych przy Izbach lekarskich.

(Motywa). I. Wobec niesprawności większej części naszych gmin wiejskich zachodzi obawa, że w razie, gdyby o chorobach zakaźnych donoszono tylko zarządom gminnym (jak to przepisuje § 2 ustawy), doniesienia te w ważnych przypadkach mogłyby tam zalegać i nie dość wcześnie dochodziłyby do wiadomości władz sanitarnych. Wobec tego zaś, że w paru tysiącach gmin naszych niema wcale lekarzy, a z okręgów sanitarnych utworzono w Galicyi ledwo $^1/_3$ i tworzenie ich dalsze tylko zwolna postępuje, będzie w większości przypadków od władz sanitarnych (przy władzach politycznych I-szej instancyi) zależeć zarządzenie racyonalnych i skutecznych środków. Dlatego w pewnych przypadkach zajść może potrzeba donoszenia o chorobie zakaźnej podwójnego, t. j. nietylko do gminy, ale także równocześnie wprost do władzy politycznej. Takie podwójne donoszenie przewiduje wprawdzie § 4 alin. II projektu ustawy, jednakże nie co do wszystkich chorób, wobec których potrzeba taka zajść może. Dlatego możność zwiększenia obowiązku donoszenia, np. przez zarządzenie donoszenia podwójnego i o innych (§ 4 nieobjętych) chorobach, powinna być w ustawie zastrzeżona.

II. Wobec braku w naszym kraju zawodowych dozorców chorych (§ 3), a wobec projektowanego ustanowienia nadzorców sanitarnych, do którego koniecznie zmierzać należy (ob. niżej, odpowiedzi na IV pytanie kwestyonaryusza), powinien obowiązek donoszenia dotyczyć na drugiem miejscu, zaraz po lekarzach, takich nadzorców; na trzeciem miejscu powinni być wymienieni duszpasterze, gdyż w kraju naszym duchowieństwo wiejskie zazwyczaj wcześniej bywa wzywane do chorych włościan, niż lekarze i wcześnie o przypadkach chorób zakaźnych przez to dowiedzieć się może.

III. Uwolnienie wszelkiego rodzaju doniesień o chorobach zakaźnych od opłat pocztowych (oszczędzające zresztą mnóstwa niepotrzebnej pisaniny przy zwrocie kosztów za telegramy i t. p.), może tem łatwiej nastąpić, skoro i tak skarb pocztowy ma być za przesyłanie doniesień ryczałtowo odszkodowany (§ 46) z funduszów państwowych, a jest tem ważniejsze, im bardziej na tem zależy, aby doniesienia nie ginęły (doniesienia w listach poleconych mają podlegać wedle projektu ustawy opłacie pocztowej; § 46).

III. Specyalne zwiększenie agend meldunkowych i ich kosztów w razie zarządzenia specyalnych meldunków, dotkliwie

zaciąży na okolicach nadgranicznych i wogóle mających żywy peryodyczny ruch ludności za granicę. W okolicach nadgranicznych zachodniej części kraju wchodzi tu w rachubę głównie żywy pograniczny ruch handlowy, szacowany na parę tysięcy ciągle granicę przekraczających osób (kilka razy na tydzień), zresztą emigracya zarobkowa. Gminy, podejmujące w takich warunkach zwiększone agendy z powodu specyalnych meldunków, działając w ochronie całego państwa, powinny też od państwa uzyskać ku temu pomoc.

V. Doniesienia lekarskie o chorobach zakaźnych mają zupełnie inną wartość, niż doniesienia wszystkich innych, do donoszenia obowiązanych osób, ze względu na fachowe wiadomości lekarza. W zwalczaniu chorób zakaźnych są one jednym z najważniejszych czynników, na którym państwu znacznie więcej zależeć musi, niż na współdziałaniu laików. Na lekarzach ciąży obowiązek donoszenia bezwarunkowo, gdy inne osoby według projektu ustawy (§ 2) mają tylko wtenczas obowiązek donoszenia, jeżeli niema lekarza. Pomimo zaś, że na lekarzy spada tu obowiązek znacznie większy, bezwzględny, grozi im, w razie niedoniesienia, kara taka sama, jak i warunkowo tylko do donoszenia obowiązanym laikom. Wobec tego powinno być lekarzom przyznane za donoszenie wynagrodzenie. Wynagrodzenie to mogłoby być pauszalowane, co usunęłoby techniczne trudności rachunkowe. Inną ewentualnością byłoby składanie tego wynagrodzenia do funduszu wdów i sierot przy Izbach lekarskich w formie ryczałtu, proporcyonalnego do czynności lekarzy danego kraju przy zwalczaniu chorób zakaźnych; w ten sposób dla ulżenia ciężkiej doli rodzin po lekarzach wpływałyby fundusze tem większe, im większą była praca lekarzy danego kraju w walce z chorobami zakaźnemi.

4. Lekarzom powołanym do zwalczania epidemii należy zapewnić świadczenia, odpowiadające ich trudnemu i niebezpiecznemu zajęciu, a mianowicie:

W razie zarażenia się pobory VIII rangi na czas choroby i rekonwalescencyi, w razie wynikłej stąd niezdolności do pracy pełną emeryturę VIII rangi, w razie śmierci rodzinom ich pensye i zaopatrzenia VIII rangi; lekarzom, których pobory już przewyższają rangę VIII, należy zapewnić w razie niezdolności do pracy wskutek zarażenia się przy zwalczaniu choroby zakaźnej emeryturę pełną, choćby jeszcze nie posiadali potrzebnej do tego w zwykłych warunkach liczby lat służby.

(Motywa). Pozyskanie dostatecznej liczby dobrych sił lekarskich do zwalczania epidemii w postaci »lekarzy epidemicznych« zależy od tego, czy lekarzom tym będzie przyznane, prócz należytego wynagrodzenia, także należyte zabezpieczenie. Pod tym względem projekt ustawy pozostaje daleko w tyle poza tem, co jest konieczne; wystarczy przytoczyć na dowód, że projekt nie wspomina wcale o jakichkolwiek bonifikacyach dla tych lekarzy, którzyby się zarazili, na czas ich choroby, a na wypadek niezdolności do pracy, nabytej przy zwalczaniu epidemii, przyznaje lekarzowi zaledwie 1100 do 1200 koron rocznej emerytury!

Dlaczegoby lekarze, którzy stracili zdolność do pracy przy zwalczaniu epidemii, a już przekroczyli pobory rangi VIII, mieli być tak samo traktowani jak urzędnicy, przedwcześnie porzucający spokojne urzędowanie biurowe, niepodobna zrozumieć. Zdawałoby się, że już prosta sprawiedliwość wymaga pewnej rekompensaty za ofiary, poniesione na zdrowiu przez wykonywanie niebezpiecznego zawodu, choćby szło o lekarza VII czy VI rangi.

5. Do pomocy lekarzom powiatowym powinni być ustanowieni w liczbie dostatecznej państwowi nadzorcy sanitarni.

(Motywa). Niższa służba sanitarna, wprowadzona w wielu krajach, okazała się instytucyą bardzo pożyteczną, o ile tylko utrzymano ją w granicach właściwych, t. j. prostych nadzorców sanitarnych, wykonujących jedynie zlecenia lekarzy pod ścisłym ich nadzorem. Tem konieczniejszą jest taka służba tam, gdzie, jak w naszym kraju, lekarzy jest mało i gdzie często będzie niepodobieństwem, aby lekarz był naprzykład obecny przez cały czas czynności odkażania, której zresztą nie może przecie wykonywać własnoręcznie, a której technicznego wykonania nie może też polecić rękom nieumiejętnym i niewprawnym. Ponieważ wykonanie ustawy o chorobach zakaźnych zależeć będzie od władz politycznych, przeto i nadzorcy sanitarni powinni być w ich ręku, co da się osiągnąć tylko przez ustanowienie dozorców sanitarnych państwowych.

Zadania takich dozorców, wykonywane zawsze pod ścisłą kontrolą lekarską, ograniczałyby się do 1) służby wywiadowczej i donoszenia o chorobach zakaźnych, 2) spisywania przedmiotów, przeznaczonych do odkażenia w danem mieszkaniu, nadzoru nad nimi i wykonywania odkażania według wskazówek i pod kontrolą lekarzy, 3) dozoru nad odosobnieniem chorych i podejrzanych, w razie koniecznym — obsługi przy chorych odosobnionych, nad oznaczaniem w odpowiedni sposób zakażonych mieszkań (§ 22), nad przenoszeniem i odosobnieniem zwłok i t. d.

6. Powinny być utworzone państwowe zakłady badania chorób zakaźnych (*staatliche Untersuchungsinstitute*).

7. W większych miastach kraju należy przy szpitalach publicznych utworzyć dostatecznie wielkie pawilony dla chorych zakaźnych, resp. pawilony izolacyjne. Przy małych szpitalach prowincyonalnych wystarczą na zwykłą, miejscową potrzebę niewielkie pawilony zakaźne; natomiast w razie potrzeby powinny być tworzone państwowe ruchome (barakowe) szpitale zakaźne, zaopatrzone w odpowiednie urządzenia i personal, któreby działały w miejscowościach najsilniej dotkniętych epidemią, bądź jako zakłady lecznicze, bądź jako pawilony izolacyjne.

8. Odosobnionym chorym powinny być na koszt państwa dostarczone żywność i opieka, odosobnionym osobom zdrowym — środki zaspokojenia najważniejszych potrzeb (żywność, opał, nafta).

9. Uzyskanie odszkodowania za przedmioty, zniszczone lub uszkodzone przez odkażanie, nie powinno być utrudnione w tym stopniu, jak to czyni projekt ustawy. Zgłoszenia o odszkodowanie powinny być uwzględnione także wtedy, jeżeli strona zgłasza je ustnie, jeżeli zgłasza je na miejscu do organów wykonujących odkażanie, a termin zgłoszeń powinien wynosić najmniej 30 dni. Za przedmioty częściowo uszkodzone powinno być przyznane częściowe odszkodowanie. Prawo do odszkodowania powinno być w ustawie przyznane także spadkobiercom posiadacza przedmiotu. Warunki utraty prawa do odszkodowania wskutek przekroczenia ustawy powinny być złagodzone.

10. Grzywny za przekroczenie ustawy i kwoty, uzyskane z licytacyi przedmiotów za karę skonfiskowanych, powinny wpływać do funduszu przeciwepidemicznego gminnego, złożonego w Wydziale krajowym i przezeń administrowanego.

(Motywa). Wnioski, objęte powyższymi punktami 6—10 wiążą się najściślej z zagadnieniem sprawnego i skutecznego działania służby sanitarnej w przypadkach chorób zakaźnych.

Należycie ścisłe i pewne sprawdzenie większości chorób zakaźnych wymaga dziś koniecznie badań bakteryologicznych, wykonanych ściśle z pomocą całego tego aparatu naukowego, w jaki tylko państwowe, należycie urządzone i rozporządzające siłami specyalistycznemi zakłady zaopatrzone być mogą. W każdym kraju koronnym Austryi powinien istnieć przynajmniej jeden taki zakład (podobnie jak zakład badania środków spożywczych), oprócz tego zaś powinny być tworzone mniejsze stacye bakteryologiczne i ruchome oddziały bakteryologiczne (jak w Niemczech).

Odosobnienie chorych w ich mieszkaniach będzie w naszym kraju, szczególnie w uboższych dzielnicach miejskich i po wsiach, natrafiać często na znaczne trudności, z powodu przepełnienia mieszkań po miastach i chat wiejskich; w razie zaś każdej nieco rozleglejszej epidemii, wymagałoby skuteczne odosobnienie chorych w ich mieszkaniach licznej straży i ścisłego nadzoru, na co gminy, zwłaszcza uboższe, zdobyćby się nie mogły. W takich razach najmniej obciążyłoby gminy odosobnienie chorych we wspólnym lokalu izolacyjnym. Wszelako z naszych gmin wiejskich niewiele tylko zdobyćby się mogło na utworzenie i utrzymanie lokalów izolacyjnych, jako tako odpowiadających wymogom, a w każdym razie żadna z gmin wiejskich nie może utrzymywać lokalu tak obszernego, aby wystarczył na wypadek rozleglejszej epidemii lub na pomieszczenie delożowanych osób, poddanych obserwacyi. Wobec zaś groźniejszych i cięższych chorób zakaźnych nie można nieraz będzie przewozić chorych do pawilonów izolacyjnych w szpitalach powiatowych, zarówno ze względu na samych chorych, jak i ze względu na znaczną nieraz odległość ogniska epidemii od szpitala, złe komunikacye i niebezpieczeństwo rozwleczenia zarazy, które z przewożeniem mimo wszelkich ostrożności zawsze bądź co bądź się łączy. Wreszcie gdyby nawet przewożenie chorych do szpitali powiatowych było zawsze wykonalne, to jednak niepodobnaby było utrzymywać przy tych szpitalach wielkich, — na przypadek groźnych, rozleglejszych epidemii (cholera, dur osutkowy) wystarczających — pawilonów, które poza okresami tych epidemii stałyby pustką. Sama budowa takich pawilonów obciążyłaby niezmiernie a nie-

słusznie fundusze kraju, nie mówiąc już o kosztach konserwacyi takich budynków. Z tych wszystkich względów jest rzeczą konieczną, by władze sanitarne rządowe rozporządzały odpowiednimi (nadającymi się do użytku i w porze zimowej, a przystosowanymi do celów szpitala zakaźnego, a nie polowego) barakami wraz z całem potrzebnem urządzeniem, z którychby można w miarę potrzeby tworzyć ruchome szpitale zakaźne, wraz z odpowiednim personalem przeznaczone do miejscowości, dotkniętych rozleglejszą epidemią, — oraz baraki izolacyjne dla osób, poddawanych w znaczniejszej liczbie obserwacyi w odosobnieniu. Przy szpitalach powiatowych powinny istnieć tylko małe oddziały zakaźne, obliczone na stałą potrzebę danej miejscowości i bliższej okolicy. Ponieważ zaś w obu miastach stołecznych i kilku większych miastach prowincyonalnych choroby zakaźne są i będą zawsze w pewnym rozmiarze zjawiskiem stałem, przeto w tych miastach powinny istnieć stałe, większe szpitale zakaźne, odpowiadające przyjętym za granicą dla miast podobnych regułom, gdyż obecne oddziały zakaźne w miastach tych stoją co do liczby miejsc znacznie poniżej tej reguły.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Komitet krakowskiej Organizacyi lekarzy odbył 7. III. b. r. posiedzenie, na którem sekretarz zawiadomił, że otrzymał 55 deklaracyi członków Organizacyi lekarzy m. Krakowa. Dr Sokołowski i Dr Klęsk zdali sprawę z pertraktacyi, jakie podjęli, aby uzyskać opust cen rozmaitych artykułów dla członków Organizacyi. 9 członków Organizacyi uwolniono na ich prośbę od połowy wkładki na rok bieżący. Upoważniono sekretarza do zamówienia legitymacyi dla członków Organizacyi w formie książeczki. Sekretarz: *Dr Witaliński.*

Prezydyum państwowego Związku lekarzy podaje do wiadomości, że o bojkocie posad należy zaraz zawiadamiać prezydyum. Przy obejmowaniu posad lekarze powinni zawierać umowy jedynie pisemnie i przed ich ostatecznem zatwierdzeniem przesyłać do rozpatrzenia swej organizacyi. Pomocy udziela się jedynie członkom organizacyi, natomiast lekarze, ktorzy dopiero »z potrzeby« zwracają się do Związku lub organizacyi, nie mogą na pomoc liczyć. *N.*

Ustawa emerytalna dla lekarzy okręgowych galicyjskich, uchwalona na ostatniej sesyi sejmowej, nie uzyskała dotąd sankcyi. Wobec tego Wydziały powiatowe ubezpieczają lekarzy okręgowych w Zakładzie ubezpieczeń dla urzędników prywatnych. Izba lekarska lwowska na posiedzeniu z d. 5. III 1909 postanowiła (jak donosi »Kuryer lwowski« 111), pomimo powstać mogących przez takie ubezpieczenie zawikłań, nie odradzać go lekarzom, a to obawiając się, że ustawa krajowa z powodu sprzeczności z ustawą państwową o ubezpieczeniu urzędników prywatnych, sankcyi może nie uzyska. Równocześnie jednak uchwaliła Izba zwrócić się do Koła polskiego w Wiedniu z prośbą, by starało się przyspieszyć sankcyonowanie ustawy krajowej. *R.*

Z Frysztaka, miasta w powiecie strzyżowskim, nadesłał nam lekarz miejski, Emil Spiegel, następujące sprawozdanie sanitarne za r. 1908:

Frysztak, położony w okolicy podkarpackiej, na lewym brzegu Wisłoka, liczy 1506 mieszkańców (z tego 322 rz.-katol., 10 gr. katol. i 1.101 żydów).

W roku 1908 umarło 35 osób (23·2%), a po odtrąceniu dwu nieżywo urodzonych wynosiła śmiertelność 21·9%. Wiek zmarłych: w pierwszym roku życia zmarło 8, w wieku od 1—10 lat 8, od 10—20 lat 2, od 20—30 lat 0, od 30—40 lat 0, od 40—50 lat 3, od 50—60 lat 2, od 60—70 lat 5, od 70—80 lat 3, od 80—90 lat 2.

Przyczyna śmierci: brak sił żywotnych 4, drgawki 1, gruźlica opon mózgowych 1, gruźlica płuc 8, nowotwory 3, nieżywo i przedwcześnie urodzonych 2, odra 3, porażenie 1, rozedma płuc 2, śmierć przypadkowa 1, udar mózgowy 3, udar sercowy 1, uwiąd starczy 3, zapalenie opon mózgowych 1, zapalenie płuc 1.

Na odrę chorowało 48 osób, umarło 3 (6·2%). Odra panowała w miesiącach letnich (lipiec, sierpień i wrzesień). Odwiedzałem w miarę potrzeby i zgłoszeń ubogich chorych obłożnie, jakoteż nagminnie i udzieliłem 324 porad. Na leki dla ubogich wydała gmina 99 K 29 gr. Zaszczepiłem 58, a zrewakcynowałem 66 osób.

Szkoła jest stara, ciasna, nie odpowiada najprostszym wymogom higieny szkolnej, a sprawa budowy nowej szkoły ciągnie się już latami i nie może się doczekać końca.

Studzien ma gmina 25; z tych 7 publicznych, sposobem artezyjskim jest wierconych 5 studni (najgłębsza 53 m). Ocembrowanie murowane ma 10 studzien, betonowe 4, a drewniane 6; zapomocą pomp czerpie się wodę w 9 studniach, zapomocą wiader w 9, w 7 konewkami. Woda do picia jest przeważnie dobra.

Kanalizacyi gmina niema. Nieczystości z wychodków bywają wywożone w porze wiosennej i jesiennej jako nawóz wprost w pole. Gmina opłaca osobnego śmieciarza, który ma obowiązek utrzymywać czystość i porządek na placach publicznych i ulicach, a zebrane śmieci sprzedaje się okolicznym rolnikom jako nawóz. Na 168 domów 50 niema podwórza, a 35 jeszcze niema wychodków. Zbór izraelicki utrzymuje jeden wychodek publiczny, ponieważ jednak niema stałego stróża, panuje tam nieporządek, nie dający się opisać.

Przyrządu dezynfekcyjnego gmina nie posiada. Izba ratunkowa składa się z 2 ubikacyi i kuchni i posiada urządzenie dla 4 chorych. Areszta gminne nie odpowiadają celowi.

Rzeźnia jest murowana z kanalizacyą i wodociągiem wedle nowoczesnych wymogów, z przyrządami do wyciągania bydła, z osobnym oddziałem dla świń, kotłem do parzenia, ale i tu są jeszcze liczne braki, a mianowicie brak lodowni, oparkanienia, wychodków, zbiornika na nawóz i gnojówkę. Piekarń jest 8 z tych 3 koncesyonowane, a tylko jedna bez zarzutu prowadzona. *E. Spiegel.*

W sprawie popierania zdrojowisk krajowych przypomina »Kuryer lwowski« (111), że zbliża się czas właściwy do rozpoczęcia publicznej akcyi przedsezonowej, którą na zapytanie prof. Rydygiera (w styczniu r. b.) przyrzekł podjąć zarząd Towarzystwa lek. lwowskiego. Zdaniem »Kurjera lwowskiego« obowiązek agitacyi na rzecz zdrojowisk krajowych ciąży w pierwszym rzędzie na lekarzach, a w drugim dopiero na dziennikarstwie. (Dziennikarstwo warszawskie, a z galicyjskiego właśnie sam »Kurjer lwowski«, wypełniały jednak ten obowiązek w r. z., nie oglądając się na lekarzy). *R.*

Na Wołyniu żadne z miast nie ma wodociągów, ani studzien artezyjskich, ani znośnej wody do picia. Ludność używa wszędzie wody z rzek i strumieni, które służą do kąpieli, prania bielizny i wylewania nieczystości. Woziwody w zimie, gdy nadbrzeżne przeręble zamarzną i wodę wozić trzeba ze środka koryta rzeki, urządzają bezrobocia, jak n. p. w Łucku, lub przywożą wodę brudną i cuchnącą, nie dającą się wcale użyć. (»Kraj« Nr. 7). *R.*

Koło lekarzy fabrycznych w Łodzi, zaproszone do współudziału w Zjeździe lekarzy fabrycznych, odbyć się mającym w Moskwie 14—20. kwietnia r. b., za naszem pośrednictwem zwraca się do wszystkich osób, mających styczność z życiem i pracą ludności fabrycznej, aby zechciały wziąć udział w Zjeździe, czy to osobiście przez wygłoszenie odczytu w zakresie jednego z tematów objętych programem, czy też przez nadesłanie odnośnych materyałów na ręce sekretaryatu Koła lekarzy fabrycznych w Łodzi (adres: Dr St. Skalski), który opracowuje referat o stanie pomocy lekarskiej fabrycznej u nas.

Program Zjazdu: 1) Zarządzenia przeciwcholeryczne. Współczesny stan leczenia cholery. 2) Mieszkania robotnicze w domach fabrycznych i prywatnych, dzielnice robotnicze; domy własne. Drogi wiodące do polepszenia sprawy mieszkań robotniczych. 3) Dzień roboczy. Praca kobiet i dzieci. 4) Uszkodzenia cielesne. Regiestracya, statystyka i ekspertyza uszkodzeń. Zastosowanie w praktyce prawa z roku 1903. Badanie robotników przed przyjęciem do pracy. 5) Klasyfikacya i mianownictwo fabryk i zakładów przemysłowych. Metody badania rozwoju fizycznego i stanu zdrowia robotników, chorobowość i śmiertelność ich. Choroby zawodowe. 6) Ubezpieczenia robotnicze. 7) Pomoc lekarska i nadzór sanitarny w fabrykach, zakładach przemysłowych i pracowniach rzemieślniczych. 8) Inspekcya fabryczna i jej działalność z punktu widzenia prawodawstwa fabrycznego i opieki nad zdrowiem i życiem robotników. 9) Warunki higieniczno-sanitarne pracy w różnych gałęziach przemysłu. 10) Sposoby i środki usuwania odpadków fabrycznych stałych i płynnych. 11) Normy żywienia się robotników w różnych gałęziach

produkcyi. 12) Rozwój fizyczny i stan zdrowia robotników w różnych gałęziach przemysłu. Chorobowość i śmiertelność ludności fabrycznej. 13) Rozpowszechnienie wśród robotników alkoholizmu, gruźlicy, kiły i innych chorób zaraźliwych. Środki zaradcze. 14) Służba zdrowia w fabrykach, zakładach przemysłowych i t. p. Położenie jej pod względem prawnym. Ubezpieczenia. Stowarzyszenia i Związki. 15) Zakłady wychowawczo-kształcące dla robotników i ich rodzin. Instytucye dobroczynne. Przytułki dla nieuleczalnych starców.

W czasie Zjazdu będą zwiedzane urządzenia zdrowotne w fabrykach w Moskwie i gubernii moskiewskiej. Prócz tego będzie urządzona wystawa, *a*) przyrządów i urządzeń ochronnych, *b*) fotografii, modeli i wzorów szpitali fabrycznych, ambulatoryów, przytułków dla położnic, ochronek i t. p. tablic statystycznych, kart regiestracyjnych, *c*) piśmiennictwa z zakresu medycyny i higieny fabrycznej, zarówno rosyjskiej, jak i w innych językach.

Wszelkich informacyi udziela prezes Zjazdu Dr Czułkow (Moskwa, Arbat, Nr 15), lub członek sekretaryatu Koła lekarzy fabrycznych w Łodzi Dr St. Skalski. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca stycznia 1909	447.390	233,300
W lutym 1909	5,562	12,800
Razem	452,952	246,100

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 28. II. do 6. III. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 4, Markowa 8), Brzeżany (Chorobrów 1), Buczacz (Krasiejów 4, Zadarów 1), Dąbrowa (Dąbrowa 1, Podkościele 1), Drohobycz (Medenice 3, Letnia 2), Gródek jagiell. (Uherce niezab. 1, Wiszenka 1, Stronna 5), Horodenka (Hawrylak 7, Niezwiska 3, Targowica 13, Czortowiec 16), Jaworów (Zawadów 1), Kolbuszowa (Trzeboś 2), Kołomyja (Chomiakówka 1, Siemakowce 3, Debesławce 2, Gwoździec stary 7),Lisko (Czarna 1), Skałat (Orzechowiec 1), Śniatyn (Trościaniec 3), Sokal (Wolica kom. 3), Stanisławów (Chomiaków 14), Turka (Jabłonka 3, Lipie 9), Zborów (Daniłowce 2, Jarczowce 1), Złoczów (Czyżów 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 28. II. do 6. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 1 † —), płonicy 17 † 5 (2 † 1), odry 7, duru brzusznego 1 † 1 (— † 1), czerwonki 1 † 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. II. do 6. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 (w tem obcy 1), krztuśca 1, płonicy 13 † 3 (6 † 1), odry 11 † 1 (3 † 1), duru brzusznego 8 † 2 (4 † 2), czerwonki 1 (1), jaglicy 103 (90). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 14. II. do 20. II. 1909 zgłosiło się do szpitali warszawskich chorych na: ospę 8 † 1, płonicę 7, odrę 4, dur osutkowy 38 † 5, dur brzuszny 15 † 1, dur powrotny 4, błonicę 4, czerwonkę 1, grypę 8, różę 15. (*Gaz. lek.* 10).

Dur osutkowy coraz groźniej zaczyna szerzyć się w Warszawie. »Gazeta lekarska« (10), zwracając na to uwagę, podnosi, że choroba ta grasuje silnie w całej Rosyi. Wobec tego także prawdopodobieństwo wkroczenia tej epidemii do Galicyi w rozmiarach znaczniejszych jest większe, niż kiedykolwiek. *R.*

I. Zjazd internistów polskich.

Następujące wykłady zgłoszono dotąd na I. Zjazd internistów polskich w Krakowie (19. lipca 1909).

Serya I. (l. 1—13) *z kliniki lekarskiej Uniw. Jag.*

1. Dr B. Korolewicz. Wyniki leczenia w dyspenzatoryum dla gruźlicy w klinice lekarskiej U. J.

2. Prof. W. Jaworski i Dr B. Korolewicz. O nowszych badaniach szczytów płucnych.

3. Prof. W. Jaworski i Dr B. Korolewicz. O znaczeniu opsonin w gruźlicy płuc według spostrzeżeń na chorych kliniki lekarskiej U. J.

4. Prof. W. Jaworski i Dr B. Korolewicz. O powietrzu w pokoju i na werandzie.

5. Doc. Dr R. Nitsch. Uwagi o serodyagnostycznej metodzie Wassermanna.

6. Prof. W Jaworski i Dr S. Łapiński. O znaczeniu klinicznem metod serodyagnostycznych kiły na podstawie wyników, otrzymanych w klinice lekarskiej U. J.

7. Doc. Dr E. Mięsowicz i Dr A. Maciąg. Badania kliniczne i doświadczalne nad antytryptycznem działaniem surowicy krwi.

8. Doc. Dr E. Mięsowicz. Doświadczalnie wywołane zmiany »miażdżycowe« u zwierząt.

9. Dr W. Kluger. O elektrycznych metalach koloidalnych i ich wartości leczniczej w sprawach zakaźnych.

10. Dr S. Szurek. Autoseroterapia.

11. Dr J. Kostrzewski. O odczynie Camidgea.

12. Dr W. Skórczewski i Dr J. Kostrzewski. Wydzielanie cukru mlecznego drogą nerek przy zwężeniach odźwiernika.

13. Prof. W. Jaworski i Doc. Dr E. Mięsowicz. O zaradzeniu deprawacyi medycyny wykonawczej przez nowoczesne prądy we fabrykach chemicznych i aptekach.

O dalsze zgłoszenia uprasza się pod adresem sekretarza Zjazdu, koł. Dra B. Korolewicza, klinika lekarska (Kopernika 15).

W Krakowie, dn. 15. marca 1909.

Prof. W. Jaworski,
przewodniczący komitetu.

Sprawą statystyki gruźlicy

na XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich zajęła się gorliwie Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich, gdzie liczne grono kolegów podjęło się wypełniać bloczki statystyczne, przygotowane przez Delegacyę Zjazdów. Sekcya jarosławska organizuje zbieranie statystyki w Jarosławiu (w szpitalu, kasie chorych i praktyce prywatnej) w Radymnie i w Sieniawie.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lek. krakowskie odbyło w d. 10. III. 1909 posiedzenie, na którem Dr Łapiński wykładał o odczynie Wassermanna, a Dr Nelken przedstawił chorego z kliniki neurologicznej. W dyskusyach przemawiali: Doc. Droba. przedstawiając wyniki badań własnych i Prof. Krzyształowicza w sprawie odczynu Wassermanna, Dr Eisenberg, Prof. Jaworski, Prof. Nowak, Prof. Reiss i Dr Rydel.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia odbyła w d. 6. III. 1909 posiedzenie, na którem rozpatrywano sprawę pomnożenia okręgów sanitarnych w Zbarazkiem, wydano opinię co do budowy szpitala w Nowym Targu, co do szczepień ochronnych przeciwdurowych, mianowania docenta higieny w seminaryum naucz. w Rudniku, obsadzenia 2 posad koncepistów sanitarnych i wreszcie co do grobowca rodzinnego w B.

Poznań. Dzienniki niemieckie podały pogłoskę, że rząd pruski utworzyć ma w Poznaniu Akademię medycyny praktycznej. »Deutsche mediz. Wochenschrift« (9) wyjaśnia, że o tem nie ma mowy, a podstawą pogłoski jest urządzenie 14-dniowych kursów dla lekarzy.

Warszawa. Porządek dzienny posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego warsz. w d. 4. III. b. r. obejmował m. i. następujące prace: J. Sosnowski: Studya doświadczalne nad pobudliwością; St. Serkowski: Kolonie ruchome i kolonieolbrzymy drobnoustrojów; J. Tur: a) Doświadczenia nad wpływem promieni radu na rozwój zarodków kaczki; b) W sprawie potworów rzekomo złożonych w rozwoju ptaków.

Łodź. Grudniowy zeszyt »Czasopisma lekarskiego« za rok 1908 ukazał się przed paru dniami (opóźnienie nastąpiło z winy drukarni). Słowo wstępne do tego zeszytu przypomina genezę »Czasopisma«, jego program, pokrótce streszcza dziesięcioletnią jego działalność i wreszcie wyjaśnia przyczyny czasowego połączenia »Czasopisma« z »Przeglądem lekarskim«. W ciągu dziesięciolecia byli wydawcami »Czasopisma«, powstałego z inicyatywy dr. J. Kolińskiego i S. Sterlinga, koledzy: dr. J. Koliński, Cz. Stankiewicz, St. Serkowski, J. Michalski i H. Trenkner, redaktorem przez lat dziesięć dr. S. Sterling. W komitecie redakcyjnym zasiadało przez ten czas 24 kolegów, prace oryginalne, których spis (ogółem 253) przytoczono, drukowało

w »Czasopiśmie« 110 autorów, artykuły z zakresu medycyny i higieny społecznej 91.

Z różnych stron. Referentem sanitarnym w austr. ministerstwie spraw wewn. po zmarłym Drze Daimerze ma zostać podobno Dr med. i prawa Haberer, protomedyk Tyrolu. (Allg. Wiener med. Ztg. 10).

— Na porządku dziennym Zgromadzenia Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 20. II./5. III. 1909 znajdował się wykład Prof. Dra Szawłowskiego: »Współczesne dane, tyczące się kwestyi segmentacyi ciała« i obrady nad projektem Prof. Dra Ziemackiego założenia wolnej wszechnicy polskiej w Petersburgu.

— Od początku r. b. wychodzi w Pradze pod redakcyą Prof. Dra Formanka i Prof. Dra Pithy, jako dodatek do »Časopisu lekarů českych«, pismo p. t. »Revue de médecine tchèque«, zawierające streszczenia prac lekarskich czeskich, częścią niemieckie, częścią francuskie. Trzeci tegoroczny zeszyt tego wydawnictwa obejmuje 8 arkuszy i zawiera 89 streszczeń, przeważnie z wykładów na IV. Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich.

— VIII. międzynarodowa konferencya przeciwgruźlicza odbędzie się 8—10. VII. b. r. w Stockholmie w połączeniu z wystawą, dotyczą opieki nad dziećmi w rodzinach gruźliczych. Po konferencyi odbędą się wycieczki do północnej Szwecyi. Zgłoszenia najpóźniej do 1. maja pod adresem: »Geschäftsstelle der internat. Tuberkulose-Vereinigung, Charlottenburg, Knesebeckstrasse 29«.

— W celu zaznajomienia lekarzy ze sposobami badań bakteryologicznych i dezynfekcyi praktycznej podczas cholery, przy Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu organizuje się kursa bezpłatne; na każdy kurs może być przyjętych co najwięcej 50 lekarzy.

Powołani: higienista Prof. Kruse z Bonn do Królewca, internista Prof. Brauer z Marburga do Gryfii, pedyatra Doc. Pirquet z Wiednia na stanowisko profesora i dyrektora szpitala dziecięcego w »John Hopkins University« w Baltimore.

Mianowani: koncepista sanitarny Dr Roman Serkowski Dr Edmund Kowalski lekarzami powiatowymi.

Zmarli: Dr Franciszek Szpakowski w Korcu na Wołyniu, gdzie pracował przez 35 lat.

Sprostowanie. W Nrze 9. na str. 144. w lewej szpalcie wiersz 9. od dołu zamiast »5% rozczyn«, ma być »0·5% rozczyn«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. marca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1. Dr Rose: Przedstawienie chorego z kliniki neurologiczno-psychiatrycznej; 2. Prof. Rosner: Demonstracya potworka (acardiacus); 3. Prof. Nowak: O wartości uodpornienia bydła przeciw gruźlicy metodą Behringa.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **w piątek dnia 20. marca 1909** o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) Krętki Schaudinna (z demonstracyami drobnowidowemi), kolega Dr Puzon. 3) W sprawie leczenia zgorzeli kończyn, kolega Dr Fechter.

O liczne zebranie się uprasza Biuro sekcyi.

Sekretarz: *Dr Feldman.* Przewodniczący: *Dr Czyżewicz.*

Walne Zgromadzenie (konstytuujące) **krakowskiego Związku obwodowego lekarzy** odbędzie się **w sobotę dnia 20. marca b. r.** w Krakowie w Domu lekarskim (ul. Radziwiłłowska l. 4) **o godzinie 5½ popołudniu.** Porządek dzienny: 1) Wybór przewodniczącego Zgromadzenia. 2) Sprawdzenie legitymacyi Delegatów Organizacyi powiatowych. 3) Wybór 5 członków Zarządu i 3 członków komisyi kontrolującej. 4) Wybór 3 Delegatów na Zjazd Delegatów Związku krajowego. 5) Wnioski i interpelacye.

W myśl § 8. ust. 2) Statutu Zw. obwod. w Walnem Zgromadzeniu mogą brać udział wszyscy członkowie należących do Związku Organizacyi powiatowych z głosem doradczym. Prawo głosowania mają jedynie Delegaci Organizacyi i członkowie Zarządu Związku obwodowego.

Dr Józef Bednarski, Delegat Org. lek. pow. Chrzanowskiego. *Dr Sokołowski, Dr Flis,* Delegaci Org. lek. m. Krakowa.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.
MECHANOLECZNICZY
ZAKŁAD ZANDEROWSKI
(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).
LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.
Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Masaż. — Elektryzowanie
APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.
POKOJE DLA CHORYCH. 125
ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.
Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Dr Kahlbaum, Görlitz
Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i umysłowych.
Otwarty zakład leczniczy dla chorych nerwowych.
Zakład leczniczo-wychowawczy
dla młodocianych chorych nerwowych i umysłowych. 125

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska
uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222
SÓL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg.
ŁÓG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Tannismut (Dwugarbnik bismutu). Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. **Łączy działanie bismutu i tanniny.**

Novargan Z powodu braku działania drażniącego także wyżej zgęszczonych rozczynów nadaje się szczególniej do leczenia **ostrego wiewióra.**

Gastrosan Dwusalicylan bismutu; przeciw **dolegliwościom z kwasów** przy nadmiernem wydzielaniu etc. Pudełeczka z 10 lub 20 proszkami po 0,75 g.

Creosotal „Heyden", Duotal „Heyden", dawno wypróbowane środki lecznicze przy wszystkich chorobach zakaźnych dróg oddechowych.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 c

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 D. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.



Tanie czeskie pierze do pościeli!

5 kg.: świeżo darte K. 9·60, lepsze K. 12, białe puchowe darte K. 30, K. 36. — Wysyłka opłatnie za pobraniem. Wymiana i zwrot za opłatą porta dozwolone.

143 BENEDIKT SACHSEL, LOBES Nr 204 pod Pilznem, Czechy.

LIDO (WENECYA). ZIMOWY ZAKŁAD WODOLECZNICZY (PRZEDTEM Dra EBERSA) ŚWIEŻO ZREORGANIZOWANY

OTWARTY OD 1 PAŹDZIERNIKA DO 15 MAJA. 321

Wszelkie najnowsze urządzenia lecznicze. Wodolecznictwo. Kąpiele ciepłe z wody morskiej, gazowe z CO_2, hydroelektryczne dwu i czterokomorowe (Schnée), parowe, w świetle elektrycznem (Wulff-Dowsing), aparaty do leczenia gorącem powietrzem. **Radioscopia** i **Radioterapia** (Röntgen-Finsen). Sala gimnastyczna **Zandera** (60 aparatów), Aparaty **Fränkla.** Kompletna **Elektroterapia** (Galv., Franklin., Faradyz., d'Arsonval, elektomagnetyzacya). **Męsienie** (ręczne, wibracyjne, elektryczne).

Kuchnia francuska. — Kuracye dyetetyczne wszelkiego typu.

Dyrektor i kierownik Dr Kazimierz Groman.

Zanim Pan poczynisz kroki o uzyskanie pożyczki osobistej hipotecznej lub realnej proszę żądać prospektu bezpłatnie MELLER L. EGYED Budapest IX. Lónyai-utca 7 Telef. międzymiast. 46—31. 234

ALMATEINA NERALTEINA

O zażądanie próbek proszą

MEDYOLAN Lepetit, Dollfus & Gansser WIEDEŃ, IX/2

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"

Przetwór leczniczy składający się: z Kali jod. 0·05 Ferratin 0·10 Calc. glycer. phosph. aa. 0·10 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"

polecane są z dobrym skutkiem przy błednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p. Daw. dz.: dla dzieci 2—4 szt., dla dorosłych 6—9 szt. Tylko w oryginal. pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 Korony 50 halerzy.

Rp. Pastill. Jodo-Ferrat. comp. „Jahr" scat. origin.

Pillulae Solventes. comp. „Jahr"

Skład: Phenol-Phtalein. Extr. Cascar. sagr. desam.; Extr. Rhei chin. sacc.; Eleosacchar. foenicul. aa. 0·05; Vanilin pur. 0·005; Syrup. Cascar. sagrad. q. s. f. pill. dt. tal. dos. Nr 30 obd. c. Sacch. post. c. Argent. fol.

Pigułki działają **łagodnie przeczyszczająco, wzmacniają żołądek i nie sprawiają żadnych bólów.**

Tylko w pudełkach oryginalnych po 30 sztuk.

Cena 90 halerzy. 223 c

Rp. Pillul. solvent. comp. „Jahr" scat. orig.

Wyrób i główny skład w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.

Składy prawie we wszystkich aptekach.

9 a

Acidol-Pepsin

Stopień I: silnie kwaśny. — Stopień II: słabo kwaśny.

Stałe, zupełnie trwałe, doskonale działające przetwory kwasu solnego i pepsyny.

Kartony po 50 pastylek à 0,5 gr.

Szczegółowe piśmiennictwo przesyła na żądanie:

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmaceutische Abteilung, Berlin S. O. 36.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 **Główny skład i wyrób**

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo - hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 270

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker Wien II/1 Castellezgasse 25

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne: 208





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki **dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.**

Rok LXVIII. Kraków, dnia 20. marca 1909. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Odma piersiowa po krwawym zawale płuc.

Podał

Prof. L. Korczyński.

Powszechnie znaną jest rzeczą, że dla powstawania odmy piersiowej pierwszorzędne znaczenie posiadają wszystkie te sprawy, które w jakikolwiek sposób sprowadzają zniszczenie i rozpad tkanki płucnej i przyległej błony opłucnej. Najpospolitszą, najczęstszą z tych wszystkich spraw jest gruźlica; więc już mimowoli o niej myślimy, gdy w danym przypadku badanie fizyczne wykaże obecność powietrza w jamie opłucnej, a to tem bardziej, że odma gruźlicza przydarza się nie rzadko u osób z nader małemi zmianami w płucach.

Zestawienia statystyczne usprawiedliwiają najzupełniej ten sąd, wykazując gruźlicze zniszczenia płuc jako przyczynę odmy w 90—95% wszystkich przypadków gromadzenia się powietrza w jamach opłucnych. Inne przyczyny są o wiele rzadsze.

Ażeby o znaczeniu, względnie częstości tych przyczyn, posiąść lepsze pojęcie, uzasadnione cyframi, przytoczymy jedno z bardziej znanych zestawień statystycznych — pracę Biacha, opartą na spostrzeżeniach, poczynionych w trzech wielkich szpitalach wiedeńskich w ciągu dość długiego okresu czasu, bo 38 lat. Przypadki odmy widzimy tam zszeregowane, według przyczyn, w następujący sposób:

Odmy gruźliczej	715	przypadków
» przy zgorzeli płuc	65	»
» » ropniach opłucnej	45	»
» skutkiem zranienia	32	»
» przy rozszerzeniach oskrzeli	10	»
» » ropniach płuc	10	»
» » rozedmie płuc	10	»
» skutkiem zropienia zawału krwawego płuc	4	przypadki
» po przekłuciu klatki piersiowej	3	»
» skutkiem przebicia przełyku	2	»
» » » żołądka	2	»
» przy bąblowcu płuc	1	przypadek
» przez przebicie ropnia otrzewnej	1	
» » » zropiałych gruczołów oskrzelowych	1	»
» przy martwicy mostka	1	»
» » » żeber	1	»
» skutkiem zropienia sutka	1	»
» z przyczyn bliżej nieznanych	14	przypadków
Razem	918	przypadków

Z przytoczonej statystyki i podobnych jej zestawień widać wyraźnie, jak znikomo małą jest liczba tych przypadków odmy, w których nie ma rozpadu tkanki płucnej. O tem samem świadczą także kazuistyczne opisy przypadków odmy, powstającej z innych przyczyn, wogóle nieliczne, a wprost zadziwiająco skąpe w naszem własnem piśmiennictwie.

Przeglądając to piśmiennictwo z nowszych czasów spotykamy zaledwo trzy tego rodzaju sprawozdania.

Najdawniejsze z nich, Chełmońskiego z r. 1888, podaje opis przypadku, w którym u chorego na przewlekłe zapalenie nerek, dotkniętego rozedmą płuc, powstała odma wśród napadu dychawicy mocznicowej. Badanie pośmiertne wykryło nadto środkowe zapalenia płuc, nie rozpoznane za życia.

Drugie sprawozdanie ogłosił Arnstein w r. 1893 o odmie przy zapaleniu opłucnej. W dalszym ciągu rozwinęło się ropne zapalenie opłucnej.

Wreszcie Sokołowski wspomina w swojem znanem dziele o chorobach narządu oddechowego o 2 przypadkach odmy, spostrzeganej u chorych na rozedmę płuc.

To ubóstwo materyału kazuistycznego, na które nie rzadko i słusznie wypada się uskarżać, wystarczy na usprawiedliwienie opisu przypadku odmy po zawale krwawym, spostrzeganego w ubiegłym roku na moim oddziale.

Jovo B., lat 45, wieśniak z P. w Bośni. Od roku mierna duszność przy każdej pracy, od stycznia nawet przy szybszym ruchu. W maju dalsze pogorszenie. Chory doznaje już stałej duszności, niema apetytu, doznaje przypadłości żołądkowych i jelitowych, traci siły. Wkrótce pojawiają się obrzęki około kostek. Ten ostatni szczegół skłania go do szukania rady i pomocy w szpitalu, gdzie zostaje przyjęty 28 sierpnia 1908.

Stan obecny według historyi choroby był wtedy następujący:

Chory wzrostu średniego, dobrze zbudowany, zaledwo miernie odżywiony. Skóra na obwodowych częściach ciała sina; wyraźna sinica warg. Naokoło kostek obrzęk skóry, sięgający do połowy goleni, oddechanie utrudnione, oddechy częste, nasilone. Z powodu duszności nie może chory leżeć i całe godziny spędza siedząc w łóżku. Duszność zwiększa się wyraźnie przy ruchach, zwłaszcza zaś przy kaszlu, pojawiającym się dość często.

Klatka piersiowa miernie długa, w całości nieco rozdęta, w częściach dolnych po stronie prawej zapadnięta. Ruchomość rusztowania mała, niższe i środkowe międzyżebrza zapadają się przy wdechu. Drżenie klatki piersiowej słabe. Odgłos opukowy w częściach wyższych nizki, jawny, w dolnych, zwłaszcza po stronie prawej, lekko przytłumiony. Przy zmianie położenia jawnieje po stronie lewej, po prawej nie zmienia się zupełnie. Na całej klatce piersiowej znaczna ilość nieżytowych zwężeń; w dole po prawej wyraźne osłabienie szmerów. Plwocina w skąpej ilości, nieżytowa.

Uderzenia serca widoczne na znacznej przestrzeni, ruchy serca faliste; uderzenia końca w VI międzyżebrzu na zewnątrz od linii sutkowej. W dołku sercowym wyraźne tętnienie. Stłumienie serca w obu wymiarach powiększone ku stronie prawej sięga poza linię mostkową. Nad ujściem tętniczem lewem pierwszy nieczysty ton, drugi wyraźny długi szmer. Nad ujściami żylnemi brzmienia, zbliżone do szmerów. Nad tętnicą płucną słabe tony. Tętnice szyjne tętnią silnie; podczas rozkurczu daje się słyszeć wyraźny szmer, o tych samych cechach, co szmer nad tętnicą główną. Tętno dość twarde, nieregularne; liczba tętna 100. Krzywa tętna (zob. rys.) wykazuje obok chybkości (*p. celcer*) typową bliźniaczość (*p. bigeminus*), zależną od pojawiania się w stałych odstępach czasu skurczów dodatkowych.

Opuszki żył szyjnych rozdęte, żyły szyjne szerokie; tak opuszki, jak i żyły tętnią tętnem przedsionkowem i tętnem komorowem.

Brzuch miernie wzdęty; wątroba macalna, bolesna, tętniąca. W jamie brzusznej mała ilość wolnego płynu.

Mocz wysycony o c. wł. 1,030, zawiera ślad białka, sporo barwików i moczanów. W osadzie moczany, nieliczne wałeczki szkliste, komórki nabłonkowe z niższych dróg moczowych.



Obraz choroby był zupełnie jasny. Mieliśmy przed sobą objawy niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, wywołanej zmianami miażdżycowemi z następowym przerostem i rozszerzeniem lewej połowy serca. Rozedma płuc i zrosty opłucne po stronie prawej tłomaczyły dostatecznie takie same zmiany w zakresie komory prawej. Rozszerzenie komory było tak znaczne, że przez nią powstała względna niedomykalność zastawki trójdzielnej.

Po podaniu leków skrzepiających mięsień sercowy i zwiększających wydzielanie moczu nastała pewna poprawa. Obrzęki ustąpiły, sinica zmniejszyła się, rozmiary serca zmalały. Nie trwało to jednak długo. Już w połowie września zaczęła się zmniejszać ilość moczu, w ślad za tem wystąpił obrzęk około kostek, w brzuchu pojawił się na nowo płyn przesiękowy. Równocześnie z tem stwierdzono większe rozmiary serca, znaczniejsze rozszerzenia żył, większą sinicę skóry. Tętno stało się pod każdym względem gorsze.

Z końcem września pojawiło się, jako dalsze następstwo osłabienia komory prawej, obfite krwioplucie, wywołane tworzeniem się zatorów w rozgałęzieniach tętnicy płucnej i powstawaniem zawałów krwawych w płucach. Zwłaszcza po stronie prawej można było wykazać rozległe ogniska zawałowe w dolnym płacie.

W nocy z 13. na 14. października pojawiły się dość silne dreszcze i mierne podniesienie ciepłoty; chory zaczął się skarżyć na ból w prawej stronie klatki piersiowej. Jako przyczynę gorączki i kłucia wykazać było można zapalenie opłucnej po tejże stronie, objawiające się znaczniejszem napięciem i bolesnością międzyżebrzy, oraz miękkiem tarciem.

Już następnego dnia t. j. 15. października, stwierdzono objawy nowe, świadczące o zgromadzeniu się powietrza na ściśle ograniczonej przestrzeni po stronie prawej. W 9. międzyżebrzu w linii łopatkowej pojawił się odgłos bębenkowy z podźwiękiem metalicznym, drżenie klatki piersiowej stało się nie wyczuwalne, objawy osłuchowe przybrały właściwy dźwięk. Szczegóły te utrzymywały się i w dniach następnych z tą tylko różnicą, że odgłos wypukowy stał się niższy, a więc tem głośniejszy, a szmery oddechowe i rzężenia mniej dźwięczne.

Wśród postępującego coraz bardziej osłabienia serca i ogólnego upadku sił zmarł chory 19. października 1908.

O g l ę d z i n y p o ś m i e r t n e, wykonane w prosektoryum szpitalnem przez Dra W o d y ń s k i e g o potwierdziły rozpoznanie kliniczne. Rozpoznanie anatomiczne opiewało: *Endarteriitis atheromatosa aortae diffusa cum deformatione valv. aortae ssq. insufficientia ostii arteriosi sinistri. Hypertrophia et dilatatio cordis utriusque, degeneratio adiposa m. cordis, thrombosis auriculae dextrae cordis. Infarctus haemorrhagici magni loborum inferiorum, praecipue pulmonis dextri ssq. pleuritide exsudativa dextra atque pneumothorace circumscripto dextro.*

Przed otwarciem klatki piersiowej wkłóto trójgraniec w 9. międzyżebrzu w miejscu odgłosu bębenkowego; nie stwierdzono jednak przytem wypływania powietrza z sykiem, powstającym skutkiem różnicy w parciu zewnętrznem i wewnętrznem. Po ostrożnem otwarciu klatki piersiowej stwierdzono, że prawy worek opłucny jest podzielony przez włókniste zrosty na cały szereg jam, w części zupełnie zamkniętych, w części łączących się ze sobą, jamy te, z wyjątkiem jednej, przylegającej do tej części klatki piersiowej, na której powstawał odgłos bębenkowy, wypełnione płynem mętnym, zawierającym skrzepy włóknika. Wysiękiem włóknikowym jest pokryta także opłucna dalszych części płuca prawego. Części te są zbite, ciężkie, zupełnie bezpowietrzne. Na ograniczonej przestrzeni płatu dolnego, w części tylnej na małej przestrzeni, nie większej od groszowej monety obumarcie i rozpad tkanki. Na przekroju przedstawia powierzchnia płuca typowy obraz świeżego zawału krwawego. Części płuca, niedotknięte zawałem, rozdęte. W lewej jamie opłucnej płyn jasny, przesiękowy, opłucna gładka, lśniąca, płuco powietrzne, wzdęte, tylko w płacie dolnym w dole z boku dość znaczne ognisko zawałowe; opłucna, pokrywająca tę część płuca, przyćmiona.

Serce wielkich rozmiarów (*cor bovinum*), mięsień znacznie grubszy, jamy serca, zwłaszcza komora prawa i przedsionek prawy wybitnie większe. Mięsień wiotki, kruchy. Badanie drobnowidowe wykazuje rozległe stłuszczenie. W uszku prawem starsze skrzepy. Zastawki, z wyjątkiem zastawek tętnicy głównej, nie okazują wyraźnych, gołem okiem dostrzegalnych zmian. Żagle wspomnianej zastawki zgrubiałe, skurczone. Błona wewnętrzna tętnicy głównej usiana gęsto rozłożonemi zgrubieniami; owrzodzeń, ani złogów soli wapniowych dostrzedz nie można. Tętnice obwodowe okazują rozpoczynającą się dopiero miażdżycę.

W jamie brzusznej płyn wolny w małej względnie ilości. Wątroba zepchnięta ku dołowi. W narządach jamy brzusznej i w nerkach obraz przekrwienia biernego znacznego stopnia.

Zmiany, wykryte na zwłokach, godzą się najzupełniej ze spostrzeżeniami, poczynionemi za życia i rozjaśniają dokładnie cały przebieg choroby.

Na podstawie obrazu sekcyi trzeba również przyjąć, że chory przebył względnie dość dawno zapalenie opłucnej po stronie prawej z następowem wytworzeniem się rozległych zrostów. Zrosty te jak niemniej rozedma płuc i nieżyt oskrzelowy wywołały przerost i rozszerzenie prawej połowy serca. Później rozwinęły się — może na tle kiły, tak częstej tutaj — zmiany miażdżycowe w tętnicach, głównie w aorcie i na zastawce półksiężycowatej aorty. Następstwem ich był przerost komory lewej, połączony z rozszerzeniem. Wpływało to na serce jako całość tem bardziej ujemnie, skoro już poprzednio istniały zmiany w krążeniu małem. Niedomoga serca powiększyła się wtedy do tego stopnia, że chory stał się zupełnie niezdolnym do pracy, a wreszcie i do jakichkolwiek ruchów.

Że serce tak rychło wyczerpało się, zdaje się zależeć od rasowych właściwości. Ze spostrzeżeń, jakie dotychczas mogłem poczynić, nabrałem przekonania, że ludność tubylcza, zwłaszcza bośniacka, posiada wogóle słabszy narząd krążenia, że serce, gdy mu przyjdzie na stałe więcej pracować, nietylko nuży się łatwo, ale wprost o wiele łatwiej się wyczerpuje. Widać to wyraźnie na chorych, u których są podstawy anatomiczne dla zwiększonej pracy serca, —

widać na zdrowych, u których praca jako taka jest jedynym namacalnym czynnikiem wymagającym dzielniejszego działania serca.

Rozedma płuc nie należy u nas, zwłaszcza wśród mieszkańców górskich okolic Galicyi, do rzadkich chorób. A jednak, jak późno powstaje przy niej niedomoga serca, czyli innemi słowy, jak długo starczy sił sercu. W Bośnii ludzie względnie młodzi, bo już nawet między 30 a 40 rokiem życia, zgłaszają się po poradę z powodu osłabienia serca, wywołanego rozedmą płuc i to osłabienia znacznego najczęściej stopnia. To samo odnosi się do wad zastawkowych. U nas widuje się chorych, dotkniętych temi wadami, nie tak bardzo rzadko, przy cięższej nawet pracy, znoszących względnie dobrze tę pracę. U ludności bośniackiej staje się taki chory prawie zawsze niezdolnym do cięższej pracy, a wielu z nich nawet zupełnie pracować nie może.

Na razie zadawalniam się tymi kilku szczegółami, nie wdając się w ich rozbiór. W przyszłości, gdy się zgromadzi większy zasób dokładniej opracowanego materyału, mam zamiar zająć się bliżej tą sprawą.

W chwili, kiedy nasz chory zgłosił się do szpitala, istnieć musiały w jego sercu daleko posunięte zmiany, a nie zwykłe tylko znużenie. Leczenie nie mogło wobec tego, mimo zupełnego spokoju, odnieść większego skutku. Bo jakkolwiek na razie udało się usunąć ciężkie objawy niewyrównania, prawdopodobnie przez podniesienie czynności lewej komory i zwiększenie wydzielania nerek, to jednak nie powiodło się powstrzymać postępującego zwyrodnienia mięśnia, przedewszystkiem prawej komory, a tem samem powrotu zupełnego niewyrównania. W komorze, względnie w przedsionku i w uszku powstawały skrzepy i dostarczały materyału zatorowego. Zatory i następowe bardzo rozległe zawały krwawe płuc przyczyniły się dalej do tego, aby serce tem bardziej osłabło, a znaczna, szeregiem dni trwająca utrata krwi i niemożność odżywiania się podkopały w niemałym stopniu i tak już niewielki zasób sił chorego.

W tych warunkach pojawia się, jako dalsze następstwo zawałów, zapalenie opłucnej po stronie prawej i ogniskowe, ściśle ograniczone zapalenie płuca. Przy krążeniu wogóle słabem, a w zatorowanym obszarze nawet wprost niewystarczającem dla dostatecznego odżywienia tkanek, nastaje ograniczone obumarcie tkanki płucnej i opłucnej, a wtedy, czyto przy silniejszym kaszlu, czy przez napięcie dawnych zrostów opłucnych, rozdziera się tkanka, powstaje szczelina w opłucnej i w płucu, przez którą napływa powietrze do jamy opłucnej. Powstała w ten sposób odma. Nie stała się ona ogólną, t. j. nie zajęła całej jamy opłucnej prawej, bo jama licznemi przegrodami, utworzonemi z pasm tkanki łącznej, była podzielona na cały szereg mniejszych i większych przestrzeni, w części nawet zupełnie ściśle od siebie odgraniczonych, względnie łączących się ze sobą tak małymi otworami, że nie można ich było dostrzedz.

Odma, ograniczona skutkiem tego, nie miała większego znaczenia dla dalszego przebiegu choroby. Nie wpływała bynajmniej na zmniejszenie powierzchni oddechowej, bo leżące pod nią płuco już przedtem zupełnie było bezpowietrzne. Z objawów fizycznych zdaje się zresztą wynikać, że szczelina w płucu zakleiła się zupełnie i powietrze miało dostęp zamknięty do jamy opłucnej. Powietrze zaś, które się poprzednio dostało, uległo w pewnej części wchłonięciu. Przemawia za tem nader wyraźna zmiana wysokości odgłosu bębenkowego i objawów ściśle osłuchowych, spostrzegana za życia.

Zwracając się do strony anatomicznej opisanego spostrzeżenia, podnieść trzeba, że przyczyna odmy leżała nie w zawale jako takim, lecz w następowem obumarciu i rozpadzie tkanki płucnej. Szczegół ten, na który z naciskiem wskazuje Unverricht, tembardziej zasługuje na podniesienie, że nasze podręczniki nie uwzględniają go dostatecznie.

Z kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Rak pierwotny języczka.

Podał

Dr Jan Pieniążek (Łódź).

Mikulicz w monografii swojej o nowotworach gardła i jamy nosowo-gardłowej (Handbuch der Laryngologie und Rhinologie — P. Heymann) wskazuje na rzadkość nowotworów złośliwych języczka; znane mu były mianowicie 4 przypadki: jeden, operowany przez Prof. Rydygiera, drugi — Malmstena, trzeci — Zniakowskiego, czwarty — Baginsky-Katzensteina.

Jakkolwiek od tej chwili ilość opisanych przypadków wzrosła, to jednak nie tak znacznie, bo do tego czasu łącznie z powyżej przytoczonymi naliczyć można zaledwie dwanaście. Uwaga więc Mikulicza pozostaje słuszną. I ta okoliczność pobudziła mnie do przedstawienia niniejszego spostrzeżenia.

Przypadek nasz dotyczy 74-letniego Adama B., emeryta kolejowego, przybyłego do kliniki dnia 19. lutego r. b.

Przed czterema miesiącami zauważył chory, że mu coś w gardle zawadza. To uczucie stale i szybko się zwiększało, z czasem wystąpiła duszność i utrudnienie w przełykaniu, które dosięgło takiego stopnia, że chory w ciągu ostatnich 7 tygodni mógł połykać tylko płyny. Przed 3 tygodniami zauważył coś wystającego na zewnątrz pomiędzy zębami; wtedy oderwał palcami kawał jakiejś mięsistej masy, wielkości małego jabłka. Wskutek tego nastąpiło znaczne krwawienie, ale zarazem i ulga w duszności i względne ułatwienie połykania. Oprócz tego jednego wypadku chory nie przypomina sobie żadnych krwawień z gardła; podaje dalej, że w ostatnich czasach wychudł. Pali dużo, przeważnie fajkę. Poważniejszych chorób nie przebywał.

Przy badaniu chorego stwierdzono w gardle guz barwy ciemno-czerwonej, miejscami brudno-szarej, o powierzchni nierównej, drobno zrazikowatej, poprzecinanej głębokiemi bruzdami Guz ten przyczepiony z góry do podniebienia miękkiego zapo mocą szerokiej szypuły, mającej w wymiarze poprzecznym po wyżej 2 ctm. Szypuła guza wychodzi z nasady języczka, który znika w masie nowotworu, i z podniebienia miękkiego z prawej strony. Łuki podniebienne lewe, przedni i tylny, są wolne i nie zmienione, prawe zaś w części środkowej spojone z nowotworem. Podniebienie miękkie, oprócz miejsca przyczepu guza, żadnych zmian chorobowych nie przedstawia. Guz przylega z boków do migdałków i poza korzeniem języka opada swobodnie w kierunku nagłośni, dotykając górnego jej brzegu. Nowotwór w całości jest ruchomy i daje się odciągnąć ku przodowi, a wtedy dostępne są dla badania ściany gardła i jamy nosowo-gardłowej, które zresztą wyglądają prawidłowo; również zdrową wydaje się tylna powierzchnia podniebienia miękkiego.

Zewnętrznie znaleziono obrzękły gruczoł limfatyczny pod kątem dolnej szczęki z prawej strony.

Nowotwór został usunięty przez Prof. Pieniążka w d. 20. lutego.

Celem uniknięcia krwawienia nałożono skośnie na podniebienie miękkie z obu stron nasady guza tępe kleszcze i pomiędzy niemi nowotwór wykrojono łącznie z przylegającą zdrową częścią podniebienia miękkiego. Po zdjęciu kleszczy nastąpiło niewielkie krwawienie z prawego brzegu rany, wobec czego ranę w tem miejscu obszyto. Następowego krwawienia zupełnie nie było. Guz po wyjęciu nieco się skurczył; wielkość jego odpowiadała wielkości dużego włoskiego orzecha; guz był miękki, na powierzchni jego znajdowały się miejsca zmartwiałe. Makroskopowo guz sprawiał wrażenie nowotworu złośliwego, mianowicie raka.

Badania drobnowidowe, wykonane przez Docenta Dra Glińskiego w zakładzie anatomii patologicznej U. J., stwierdziło istotnie utkanie raka. Utkanie to cechowały: ubóstwo tkanki łącznej, wielkie gniazda komórek nabłonkowych, wśród których widoczne były liczne komórki w różnych stadyach karyokinezy; typowy obraz raka miękkiego z silną skłonnością rozrostową.

Przeglądając piśmiennictwo, napotykamy pewne właściwości nowotworów języczka, przytaczane przez niektórych autorów, dotyczące powstawania nowotworów, sposobu rozrastania się, jak również rokowania w przypadkach tych guzów.

W większości opisanych przypadków były pierwotne raki języczka. Zdaniem jednak Schiffersa, rak języczka może powstać i wtórnie wskutek przeobrażenia rakowego nowotworów łagodnych, brodawczaków, pod wpływem drażnienia lub osobniczego usposobienia. »In statu nascendi« spostrzegał to Henschel w przypadku gruczolaka podniebienia twardego z poczynającym się tworem rakowym na powierzchni guza. Również i Baurowicz w opisanym przez siebie przypadku raka podniebienia miękkiego wyraża przypuszczenie na zasadzie badania drobnowidowego, że rak rozwinął się wtórnie z pierwotnego włókniako-gruczolaka.

Co do rokowania należy zauważyć, że bywa ono przy raku języczka względnie pomyślne: w niektórych przypadkach nawrotu zupełnie nie spostrzegano, w innych dopiero po dłuższym czasie. Herman Smith stara się wytłómaczyć tę właściwość raków języczka w ten sposób, że nowotwory złośliwe języczka i podniebienia miękkiego szerzą się stopniowo na sąsiednie części (gruczołki śluzowe) podniebienia miękkiego, a wobec tego rozrost ich jest powolniejszy, niż gdyby szerzyły się drogą naczyń limfatycznych. Wielokrotne nawroty opisuje tylko Schiffers w przypadku, który zakończył się śmiercią przy objawach ogólnego charłactwa.

Wielce ciekawy w tym względzie był przypadek, wspomniany przez Mikulicza w »Handbuch für Laryngologie und Rhinologie«, a dotyczący chorego, operowanego przez Prof. Rydygiera. Wiadomości o dalszym przebiegu choroby udzielił mi łaskawie Prof. Pieniążek, którego chory odwiedził po upływie 2 lat od czasu pierwszej operacyi. Prof. Pieniążek znalazł wtedy dość duży guz, zajmujący błonę śluzową nad obu chrząstkami nalewkowatemi. Guz ten okazał się znowu rakiem. Na miejscu poprzednio operowanem była blizna bez śladu nawrotu. W danym przypadku, zdaniem Prof. Pieniążka, nastąpiło przeszczepienie się z nowotworu pierwotnego na drodze połykania przed operacyą pierwszego guza. Za tem przypuszczeniem przemawiał i dalszy przebieg choroby, Wskutek rozszerzenia się raka na samą głośnię wykonano u tego chorego tracheotomię. Po pewnym czasie poniżej dolnego końca kaniuli powstały znowu guzki rakowe na tylnej ścianie tchawicy. Podobne powstawanie tworów rakowych pod dolnym brzegiem kaniuli przy rakach krtani spostrzegał Prof. Pieniążek jeszcze tylko w 2 innych przypadkach, które należy odróżnić od tych liczniejszych przypadków, gdzie nowotwór szerzył się z krtani na tchawicę wzdłuż kaniuli tracheotomijnej i wytwarzał poniżej jej dolnego końca zwężenie tchawicy. W trzech zaś powyższych przypadkach część tchawicy, obejmująca kaniulę, była zupełnie od nowotworu wolna. W tych przypadkach szerzenie się nowotworu przez ciągłość (*per continuitatem*) należy wyłączyć, prawdopodobnem zaś wydaje się przeszczepienie się samorodne nowotworu.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek wyrazić uprzejme podziękowanie Profesorowi Pieniążkowi za udzielenie mi opisanego wyżej przypadku i za cenne wskazówki i uwagi przy jego opracowaniu, jak również Docentowi Drowi Glińskiemu za łaskawe wykonanie i wyjaśnienie preparatów drobnowidowych.

Piśmiennictwo. 1) Mikulicz: O nowotworach gardła i jamy nosowo-gardłowej. Handbuch für Laryngologie und Rhinologie. P. Heymann. — 2) Pieniążek: Die Veränderungen der Luftwege: *a*) Rozdział o nowotworach gardła. *b*) Rozdział o nowotworach tchawicy i oskrzeli. — 3) Baurowicz. Ein gestielter Drüsenkrebs des weichen Gaumens. Arch. für Laryngol. Zeszyt 1., Tom 6. Nawrót czystego raka uszypułowanego na tem samem miejscu: Bericht aus der Abtheilung des Prof. Pieniążek in Krakau. Monatschr. f. Ohrenheilk. 1899, Nr 12. — 4) Walker Downie: A case of primary epithelioma of the uvula. Scottish Medic. and Surgic. Journal, styczeń, 1899. — 5) Lenox Brown. Primary epithelioma of the uvula and toft palate. Scottish Med. and Surg. Journal, marzec, 1899. — 6) James J. Mc. Caw. — Primary epithelioma of the uvula and toft palate and treatment with the Roentgen rays. N. Y. Medic. Jornal 9. sierpnia 1902. — 7) Henszel. Referat na posiedzeniu wiedeńskiego Tow. laryng. 3. lutego 1904. Intern. Centralbl. f. Laryng. Rhinol. und verw. Wiss. (F. Semona). — 8) Parozzani. Contributo alla casuistica del cancro primitivo del palate molle. Annali di medicina navule, grudzień, 1902. — 9) Herman Smith. Primary epithelioma of the uvula. N. Y. Med. Journal 29. kwietnia 1905. — 10) Schiffers. Przedstawienie preparatów mikroskop. na rocznem posiedzeniu Tow. Belgijs. oto-laryngologicznego 17. czerwca 1905 r. Internat. Centralbl. für Laryng. Rhinol. (Semona). — 11) S. Hopman. Przedstawienie pierwotnego raka języczka na posiedzeniu Związku zachodnio-niemieckich oto-laryngolów 30. kwietnia 1905 w Kolonii. Internat. Centralbl. für Laryng., Rhinolog. (Semona). — 12) Friedmann; Ein Fall von Carcinom der Uvula.— Berl. klin. Wochenschrift 1906. — 13) Pinatelle. Epithéliome de la luette. Societé des Scienc. méd. de Lyon 13. marca 1908.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Gaucher. **Badania nad trawieniem mleka.** (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 1909, Nr 1). Podawszy psu 250,0 mleka, uzyskiwał autor przez kaniulę, wstawioną do dwunastnicy przez przetokę w pewnych odstępach czasu płyn, przechodzący z żołądka do dwunastnicy. Po 5 minutach od początku doświadczenia pojawiało się w otworze kaniuli mleko, wyglądające zwyczajnie, tylko cokolwiek gęstsze i ciągnące się; wypływało jakby rzutami co 15—20 sekund w ciągu 8—10 minut. W ciągu tego czasu zebrano 175,0 płynu o odczynie obojętnym lub lekko zasadowym; płyn ten w naczyniu szybko ścinał się, osobliwie, gdy naczynie było ogrzane do 38°. Mniejwięcej po 15 minutach od początku doświadczenia następuje 2 faza: pojawia się przeźroczysta lub lekko opalizująca serwatka z domieszką skrzepów sernika. Widocznie i sok żołądkowy zaczyna się już tutaj wydzielać, gdyż oddziaływanie płynu jest kwaśne. Druga ta faza trwa około 15 minut; ilość płynu zebranego wynosi 100·0. Po 25—30 minutach pokazuje się żółć i stanowi to początek 3-ciej fazy, w czasie której wydziela się żółtawa serwatka, oddziaływająca kwaśno i bardzo mętna, gdyż są w niej w zawiesinie drobniutkie grudki sernika. Po godzinie lub półtorej godziny pojawia się w kaniuli charakterystyczny szmer, jakby od wy-

chodzących pod znacznem ciśnieniem gazów i wydobywać się poczynają »śluzowe wałeczki«; wtedy żołądek jest zupełnie opróżniony. — W ciągu całego doświadczenia można zebrać 450—480,0 płynu. Badając następnie ów dobyty w rozmaitych fazach trawienia płyn co do tłuszczu i sernika, znalazł autor, że prawie 90% tłuszczu i sernika przechodzi z żołądka do jelit w stanie niezmienionym i niespeptonizowanym.

Dr L. Mańkowski.

Braeuning. **O zmianach kształtu żołądka.** (Badania promieniami Röntgena). (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 6). Zapomocą promieni Röntgena możemy bardzo dokładnie śledzić ruchy żołądka przy spożyciu pokarmów i nawet wyrobić sobie zdanie, czy żołądek ten jest prawidłowy, czy nie. Jeżeli badanemu podamy 200 grm miazgi ziemniaczanej z 30 grm bizmutu i prześwietlimy skośnie klatkę piersiową, to przekonywamy się, że z ust w niespełna 4 sekundy przechodzi miazga przez przełyk i do 10 sekund ukazuje się pod lewą kopułą przepony w postaci cienia, ponad którym widać bańkę połkniętego równocześnie powietrza. W miarę dalszego jedzenia cień przybiera postać klina, którego ostrze, zwrócone ku dołowi, zaczyna się coraz niżej opuszczać, przyczem klin cały się zwiększa, aż mniejwięcej w 10 minut dosięga najgłębszego punktu żołądka, przyczem dolny kąt klina zaokrągla się. Inaczej przedstawia się rzecz, jeżeli badany przełyka płyn. Tu przechodzenie odbywa się znacznie szybciej i cień powiększa się szybko, i to nietyle na długość, ile odrazu na boki. To są obrazy w żołądku prawidłowym. Inaczej przedstawiają się znów obrazy przy chorobach żołądka. W razie osłabienia warstwy mięsnej nie powstaje przy spożywaniu pokarmów stałych klin, lecz odrazu walec, podobnie jak przy końcu spożycia pokarmów stałych lub płynu. Przy opadnięciu żołądka klin ten jest bardzo długi i cienki, a rozmieszczenie końcowe pokarmów odpowiada rozlaniu się płynu w żołądku prawidłowym. Prócz tego w żołądku zwiotczałym bańka powietrza jest o wiele większa i wybitniejsza. *K.*

Prof. Rieder, Dr Kästle, inżynier Rosenthal. **O kinematograficznych zdjęciach rentgenowskich** (*biorentgenographia*) **wewnętrznych narządów człowieka.** (Doniesienie tymczasowe). (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 6). Oddawna zdążano do tego, by wykonać dokładne kinematograficzne zdjęcia rentgenowskie, co objaśniłoby wiele ciemnych jeszcze spraw, n. p. z mechanizmu oddychania, ruchów serca, stawów i t. p. Po długich próbach udało się autorom rozwiązać ten problem zupełnie, t. j. dokonywać zdjęcia na jednem posiedzeniu, a nie jak dotąd w kilku osobnych, co obrazu wiernego nigdy dać nie mogło. Sposób swój nazwali autorzy: biorentgenografią. Tak np. do zdjęcia wdechu i wydechu użyć można 6 do 12 filmów. W ten sposób badali autorzy także ruchy żołądka i o wynikach dokładnie doniosą w obszerniejszej pracy. Kinematograficzne zdjęcia mają tę wyższość nad oglądaniem na ekranie, że można je potem każdej chwili dowolnie powtarzać; celem obserwacyi zwalniać lub przyspieszać pojedyncze fazy, przez co dostrzega się wiele szczegółów, które badające oko na ekranie pomija. *K.*

Kuszewa: **Wymioty zimowe** (*Prakticz. Wracz.* 1909, Nr 2). Autorka opisuje dość szczegółowo 5 przypadków, w których w ciągu kilku lat (2—15) stale z nastaniem zimy u chorych codziennie występowały wymioty. Występowały one po kilka razy dziennie, a jakość pokarmu zdawała się nie mieć żadnego wpływu na ich występowanie. K. nie znalazła u swoich chorych żadnych zmian w jamie nosowej, w uchu, ani w gardle, ani też wybitnych objawów nerwowych. Przy badaniu soku żołądkowego okazało się, że w 2 przypadkach był on prawidłowy, w jednym było nadmierne wydzielanie kwasu solnego, a w jednym przypadku badania soku żołądkowego nie wykonano. Wobec tego, że wszystkie spostrzeżenia dotyczyły ludzi, zresztą zupełnie zdrowych, którzy w ciepłej porze roku żadnych dolegliwości nie doznawali, sądzi K., że analogicznie ze »świądem zimowym« i »hemoglobinuryą zimową« należy opisane przypadki odnieść do oddzielnej grupy klinicznej »wymiotów zimowych«. W pojawieniu się tych wymiotów gra rolę prawdopodobnie układ nerwowy. Zimno, drażniąc zakończenia nerwów skóry, a być może i błony śluzowe, odruchowo oddziaływa na żołądek i wywołuje wymioty. Analogiczne objawy odruchowe mamy np. w ciąży, przy zaburzeniach w wątrobie, nerkach, żeńskich narządach płciowych. Wszystkie spostrzegane przypadki »wymiotów zimowych« tyczyły się kobiet. Wiek chorych wahał się od 27—60 lat. *Dr Mańkowski.*

Pewzner: **W sprawie wpływu wód mineralnych na przewód pokarmowy** (*Medic. Obozr.* 1909, Nr 2). Pomimo, że tysiące chorych odbywa leczenie w zdrojowiskach, jednakowoż chorych posyła się do wód, właściwie mówiąc, na podstawie empirycznych spostrzeżeń i dotychczas jeszcze zdania klinicystów w sprawie wpływu wód na rozmaite części przewodu pokarmowego są podzielone. Jako przykład możnaby zacytować Linossiera, Bobina i Mathieugo, którzy twierdzą, że wody alkaliczne wpływają pobudzająco na wydzielanie soku żołądkowego, Hayem zaś twierdzi przeciwnie, że obniżająco. Wobec tak sprzecznych wyników klinicznych nie pozostaje nic, jak zwrócić się do doświadczeń na zwierzętach. Tutaj nasuwa się oczywiście pytanie, o ile można odnosić do człowieka wyniki doświadczeń na zwierzętach. Otóż porównawcze badania w tym względzie Bickela i Mayera, Cadea i Latarjeta dowodzą bardzo wielkiego podobieństwa w sprawie wydzielania soku żołądkowego u człowieka i zwierząt takich np., jak pies.

Autor postanowił zbadać doświadczalnie wpływ rozmaitych wód mineralnych na wydzielanie soku trzustkowego. Czynność trzustki jest nadzwyczaj ważna dla ustroju, ponieważ, jak mówi Oser, sok trzustki wszystko, co może być przetrawione, przetwarza w postać, nadającą się do spożytkowania przez ustrój. Doświadczenia swoje wykonał P. na psie, u którego metodą Pawłowa wytworzono przetokę trzustkową. P. wlewał przez zgłębnik do żołądka psu na czczo 200,0 zwykłej wody z wodociągu, a po godzinie 200,0 mleka. Kiedy sok trzustkowy przestał się już wydzielać, pies dostawał 200,0 wody mineralnej, a po godzinie znowu 200,0 mleka. Przy powtórzeniu doświadczenia dostawał pies na początku wodę mineralną i mleko, następnie zaś wodę zwykłą i mleko. Ilość wydzielanego soku trzustkowego mierzono co 10 minut; określano także jakość jego w oddzielnych porcyach. P. badał wpływ następujących wód: 1) Wiesbaden-Kochbrunnen, 2) Karlsbad-Sprudel, 3) Vichy-Celestin, 4) Selters, 5) Fridrichshall-Bitterquelle, 6) Hunyady-Janos. Badania stwierdziły, że najbardziej pobudza do wydzielania soku trzustkowego Kochbrunnen; słabiej działają Sprudel i Selters; Selters dzięki temu, że zawiera kwas węglowy. Zmniejszają wydzielanie soku trzustkowego Vichy-Celestin i Hunyadi Janos. Fridrichshall-Bitterquelle nie wpływa wcale na ilość soku. Co się tyczy jakości soku, to okazało się, że sok wydzielający się w zwiększonej ilości po podaniu Sprudla ma słabszą siłę trawienną, niż sok wydzielający się w zmniejszonej ilości po Vichy-Celestin. Po Vichy-Celestin zdolność trawienia równała się podług skali Metta 3,5 mm, a po Hunyadi Janos 1,5 mm.

Autor nie ukończył jeszcze swych badań, podaje więc tylko wyniki tymczasowo i nawołuje lekarzy do pracy w tym kierunku, aby można było wypracować ściślejsze wskazania do przepisywania wód. *Dr L. Mańkowski.*

Galler: **Badania nad leczeniem cholery surowicą** (*Wracz. Gaz.* 1909, Nr 1). Autor zastosował w r. 1907 w jednym przypadku surowicę przeciwcholeryczną Krausa. Zachęcony dobrym wynikiem, gdy w końcu 1908 r. cholera pojawiła się w gub. saratowskiej, zaczął doświadczenia na większą skalę. Surowica, której używał, pochodziła z 13 źródeł: 1) surowica z petersburskiego Instytutu medycyny doświadczalnej; 2) surowica Salimbeniego (Paryż); 3) surowica Krausa (Wiedeń). Wszystkich chorych, u których cholerę stwierdzono bakteryologicznie, było na oddziele w Saratowskim, szpitalu 41. Z tej liczby u 26 wstrzykiwano surowicę. Chorych podzielił G. na 4 grupy: *a*) bez nadziei, *b*) ciężko chorych, *c*) średnio, *d*) lekko chorych. Historye chorych, leczonych surowicą, przytacza G. w skróceniu, a wyniki swych spostrzeżeń w następującej tablicy:

Grupy	I.	II.	III.	IV.	Razem
Nie leczeni surowicą	5 (5)	1 (1)	—	9	15 (6)
Surowica Inst. med. dośw.	5 (5)	2 (1)	6 (4)	—	13 (9)
Surowica Salimbeniego	—	5 (2)	1 (0)	—	6 (2)
Surowica Krausa	2 (2)	4 (1)	1 (0)	—	7 (3)

(Liczby w nawiasie oznaczają przypadki, które zakończyły się śmiercią).

Ponieważ dawkowanie nie jest dotychczas ściśle określone, przeto G. musiał iść niejako omackiem i z początku wstrzykiwał za mało surowicy; twierdzi też, że zdołałby bezwątpienia niektórych chorych uratować od śmierci. gdyby odrazu wstrzyknął do żyły dostateczną ilość surowicy. Za najodpowiedniejsze uważa G. wstrzykiwać surowicę wprost do żyły, a nie pod skórę; jednocześnie powinno się wstrzykiwać pod skórę pewną ilość fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Chorym, u których niema żadnej nadziei wyzdrowienia, radzi G. albo wcale surowicy nie wstrzykiwać, albo, jeżeli ma się dużo surowicy, to odrazu wstrzyknąć 100,0—150,0. Ciężko chorym wstrzykuje się 80,0—100,0,

łżej chorym 40,0—60,0. Dzieciom 10—12-letnim wstrzykuje się połowę dawki dorosłych. Porównując nakoniec działanie rozmaitych surowic, wypowiada G. zdanie, że surowica wiedeńska i paryska są więcej antytoksyczne od petersburskiej.

Dr L. Mańkowski.

Mironescu: **Leczenie duru brzusznego lawatywami z kollargolu** (*Berlin. klin. Wochschft* 1909 Nr 1). W 17 przypadkach duru brzusznego stosował M. dziennie 1—2 lawatywy z 5 gr. kollargolu (5 gr. kollargolu, 100 gr. wody przekroplonej). O ile ciepłota przekraczała 39,0, stosowano równocześnie kąpiele. Lawatywę z kollargolu poprzedzała lawatywa oczyszczająca. U chorych, którzy lawatyw nie zatrzymywali, dodawano do płynu 10—12 kropli nastoju makowca. Skoro i takiej lawatywy chory nie zatrzymywał, podawano kollargol wewnętrznie po 1 gr. (8—10 gr. dziennie), wynik był jednak znacznie słabszy, niż po lawatywach. Zdaniem M. kollargol jest zupełnie nietrujący; w ciągu 10—12 dni podawał on dziennie po 10 gr. kollargolu w lawatywach, bez wywołania jakichkolwiek objawów zatrucia. Ciepłota po lawatywach nie spadała nagle, pomimo dużych dawek, zwykle po pierwszej lawatywie ciepłota podnosiła się, a dopiero drugiego dnia spostrzegano wyraźne jej obniżenie. U chorych durowych, których równocześnie leczono tylko zimną wodą, gorączka utrzymywała się 10—15 dni dłużej, niż u leczonych lawatywami z kollargolu. U leczonych lawatywami z kollargolu nie wykazano również nigdy obecności krwi w stolcach, natomiast u trzeciej części nieleczonych kollargolem, pojawiały się krwotoki jelitowe. M. zauważył również wzmożenie się liczby leukocytów u chorych durowych po zastosowaniu lawatyw. Zdaniem M. można stosować lawatywy z kollargolu równocześnie z leczeniem zimną wodą, tam zaś, gdzie zimna woda jest przeciwwskazana, są lawatywy bardzo skuteczną metodą leczenia.

W. Kluger.

Bennecke. **Objawy zapalenia wyrostka robaczkowego przy płatowem zapaleniu płuc.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 7). Zapalenie płuc, zwłaszcza górnego płatu płuca prawego, przebiegać może czasem przy objawach zapalenia wyrostka robaczkowego, dając czasem tak typowe obrazy zajęcia wyrostka, że nieraz takich chorych nawet już operowano, na co przytacza B. przykłady z kliniki w Jenie. Zapalenia płuc przebiegają wtedy prawie zawsze atypowo. Przypadków takich z kliniki Prof. Stintzinga zebrał B. 21. Strümpell wspomina również, że zapalenia górnego płatu płuca prawego wywołać mogą objawy otrzewne i brzuszne, i nieraz rozpoznawano wtedy dur lub nawet zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia jelita, bo wystąpić może przytem także napięcie powłok (wskutek podrażnienia przepony), wymioty, silne bole brzucha i leukocytoza. Jaka tego jest przyczyna, niewiadomo, może chodzi tu o podrażnienie otrzewnej toksynami.

A.

Dwie nowe próby przy chorobach trzustki. (*Med. Klinik* 1909, Nr 5, *Zentr. f. inn. Med.* Nr 2). 1. Cammidge podał próbę, która ma być charakterystyczną dla cierpień trzustki. Wykonuje się ją w następujący sposób: Mocz uwalnia się najpierw od białka i cukru i 20 cm³ gotuje się przez 10 minut, najlepiej w kąpieli piaskowej, z 1 cm³ kwasu solnego, poczem ochładza się i dopełnia wodą przekroploną znowu do 20 cm. Celem zobojętnienia kwasu solnego dodaje się potem zwolna 4 g. węglanu ołowiowego i po pewnym czasie przesącza się i przesącz wstrząsa z 4 gm. *plumb. acet. tribas.*, znowu filtruje, ołów strąca się siarkowodorem i znowu przesącza. 10 cm³ przesączu rozcieńcza się 8 cm³ wody przekroplonej i po dodaniu 0,8 *phenyhyldrazin. hydrochlor.*, 2 gm. *natr. acet.* i 1 cm³ 50% kwasu octowego zwolna gotuje się 10 minut. Odczyn jest dodatni, jeżeli w przeciągu 24 godzin wydzielą się drobnowidowo widzialne, żółte, w miotełki ułożone kryształki. Maass przeprowadził kontrolę tej próby na przypadkach, badanych potem sekcyjnie i drobnowidowo. Z 20 prób odczyn wypadł w 14 dodatnio, w 6 ujemnie. Z tych 20 15 odpowiadało pośmiertnemu badaniu drobnowidowemu trzustki, tak że w 75% próba ta odpowiadała schorzeniu trzustki. Natomiast ujemny wynik próby nie wyłącza wcale schorzenia trzustki. Dodatni wynik próby czasem wydarza się i przy braku wykazalnych zmian w trzustce, bądź co bądź odczyn ten jest jednak bardzo cenny. II. Loewi wykazał, że bardzo często u chorych na cukrzycę zakroplenie adrenaliny do spojówki wywołuje rozszerzenie źrenicy, natomiast u ludzi zdrowych to nie następuje. Różnica ta polega w cukrzycy na odpadnięciu podrażnień włókien hamujących nerwu współczulnego, biorących początek z trzustki. Bittorf z Wrocławia przeprowadził badania tej próby, doszedł jednak do wyniku, że próba ta wcale pewną nie jest.

A.

Keuthe: **Przypadek zaniku trzustki** (*Berlin. klin. Wochschft* 1909, Nr 2). K. opisuje przypadek zaniku trzustki, rozpoznany za życia na podstawie metodycznego badania czynności narządów trawienia. Odczyn Cammidgea wypadł w tym przypadku dodatnio.

W. Kluger.

Rolly. **Odczyn Wassermanna w przebiegu kiły, oraz innych chorób zakaźnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 2). Z badań autora wynika, że jedynie w przebiegu kiły, oraz t. zw. chorób metakiłowych ma ten odczyn istotnie wielkie znaczenie. W przebiegu innych chorób zakaźnych (dur, gruźlica), spuszczać się na odczyn ten nie można, a nawet da się stwierdzić, że dawne metody go przewyższają.

Dr M. Godlewski.

Obstein Ludwig. **Doświadczenia nad działaniem medinalu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 3). Autor zachwala bardzo ten środek nasenny, który łatwiej rozpuszcza się w wodzie, niż pokrewny mu weronal, działa też skutkiem tego prędzej i może być też stosowany w lawatywach. Dawka, jak weronalu (około 0,5 grm). Medinal oddaje też dobre usługi w napadach dychawicy (*asthma*) i dusznicy (*stenocardia*).

Dr M. Godlewski

Maignon. **Rola tłuszczu w cukrzycy. Leczenie cukrzycy dyetą tłuszczową.** (*Journ. de phys. et path. gen.* 1908, Nr 5). Autor z początku badał doświadczalnie, jaką rolę grają tłuszcze w powstawaniu glikogenu. Badania swe przeprowadził na zdrowych psach, którym po 3—4-dniowym poście podawał tłuszcz (słoninę, oliwę). W 20 godzin po podaniu tłuszczu badał zawartość glikogenu w mięśniach i wątrobie, równolegle zaś badał zawartość glikogenu w mięśniach i wątrobie po 3-dniowym poście. Z badań tych wynika, że przy poście w ciągu 3, a nawet 2 dni glikogen bardzo szybko znika z wątroby i mięśni, a pod wpływem podawania tłuszczu ilość jego albo nie powiększa się wcale, albo w bardzo nieznacznym stopniu. Natomiast przy podawaniu mięsa ilość jego nadzwyczaj szybko wzrasta.

Następne badania, wykonane na psie, chorym na cukrzycę, dowiodły, że chociaż dyeta mięsna, jakoteż głód zmniejszają znacznie ilość cukru w moczu, jednakowoż dopiero dyeta tłuszczowa wiedzie do prawie zupełnego zniknięcia cukru z moczu. Autor tłómaczy to w taki sposób: Zwierzę, chore na cukrzycę, traci zdolność do spalania cukru, i do przechowywania go w postaci glikogenu. Białko i węglowodany przetwarzają się w ustroju w cukier, który w chorym ustroju musi być wydalony z moczem. Tłuszcze zaś nie przetwarzają się w węglowodany, a potem w cukier, i spalają się jako takie. Dlatego przy dyecie tłuszczowej ilość cukru w moczu musi szybko spadać. Jednocześnie tłuszcz, spalając się, oszczędza białka, a zatem i ilość azotu w moczu również spada.

Kierując się tymi wynikami w leczeniu chorych na cukrzycę stwierdził autor wspólnie z Arloingem dobroczynny wpływ dyety tłuszczowej u 30 chorych z kliniki Prof. Teissiera. Autor zaznacza, że leczenie takie dawało dobre wyniki w najrozmaitszych postaciach cukrzycy. Dyeta tłuszczowa miała tutaj nietylko zmniejszać ilość cukru, ale nawet wywierać prawdziwy wpływ leczniczy. Innemi słowy w chorym ustroju pojawiała się zdolność do przyswajania w pewnym stopniu węglowodanów, zdolność, którą ustrój był stracił, gdy wydalał wielkie ilości cukru. Można przypuszczać, że nagromadzenie się we krwi i w tkankach cukru upośledza czynność spalania glukozy. Pogląd ten potwierdza, jak się zdaje, spostrzeżenie, że po zniknięciu z moczu cukru można pomału zmniejszać ilość podawanych tłuszczów i stosować dyetę, obfitszą cokolwiek w węglowodany, a mimoto cukier w moczu ponownie się nie pojawi.

Dr L. Mańkowski.

Pedyatrya.

Castel. **Grasica u chorych na krzywicę.** (*Comp. rend. de la soc. de Biol.* 1908, Nr 38). Autor zbadał 27 grasic ze zwłok dzieci w wieku do 3 lat. W tej liczbie było 13 chorych na krzywicę. U dzieci, które nie były dotknięte krzywicą, ważył gruczoł średnio 4,50 i tylko u jednego więcej, niż 8,00; ten gruczoł przerosły pochodził z 3-letniego dziecka, które zmarło na paciorkowcowe zapalenie gardła. U dotkniętych krzywicą ważyła grasica powyżej 8,00 w 8 przypadkach, średnio 9,42. Autor uważa krzywicę za przyczynę takiego powiększenia gruczołu. Powiększenie gruczołu powstaje wskutek przerostu miąższu; przytem stwierdza się w miąższu wielką ilość myelocytów i ciałek Hassala, a ani śladu zmian włóknistych, które zwykle można znaleść w grasicy u dzieci krzywicą nie dotkniętych.

Dr L. Mańkowski.

Zajcew i Szwejcer. **W sprawie kąpieli noworodków.** (*Medicinskoje Obozrenie* 1909, Nr 1). Czy należy kąpać noworodki, czy nie? Jest to pytanie, które dotychczas jeszcze wywołuje spory. Żeby wyjaśnić wpływ kąpieli, podzielili autorowie noworodki przytułku położniczego im. Lepiechina w Moskwie między siebie w taki sposób, że jeden z autorów na swej sali stale kąpał noworodki, drugi zaś nie. Zresztą wszystkie inne warunki były zupełnie jednakowe. Autorowie codziennie oznaczali ciepłotę, ciężar ciała, stan błon śluzowych oka, jamy ustnej, stan skóry, pępowiny i jakość stolców. U dzieci, które były kąpane, mierzono ciepłotę przed i po kąpieli; nie kąpanym przed i po zmianie opatrunku pępka. Ponieważ przeciwnicy kąpieli twierdzą, że 1) odpadnięcie pępowiny następuje później u dzieci kąpanych, 2) zwilżanie pępowiny opóźnia jej zasychanie, 3) kąpiel stwarza warunki sprzyjające zakażeniu pępka, 4) dzieci kąpane tracą więcej na wadze i częściej gorączkują, 5) ciepłota w czasie kąpieli znacznie spada, 6) kąpiel odbija się na stanie skóry dziecka, więc autorowie prowadzili swe badania przeważnie w celu sprawdzenia prawdziwości tych poglądów.

Wszystkich spostrzeżeń zebrano 183. W tej liczbie 81 dzieci kąpano, 102 zaś nie. Autorowie zestawiają swoje spostrzeżenia ze spostrzeżeniami innych autorów i dochodzą do następujących wniosków. 1) Pępowina przy codziennem kąpaniu dziecka odpada cokolwiek prędzej (u dzieci kąpanych pępowina odpada do 6-go dnia w 63%, a u niekąpanych w 53%). 2) Przybywanie i spadek ciężaru ciała noworodka nie zależy od kąpieli, ale od innych przyczyn (ilości mleka i stanu zdrowia matki). 3) Ropienie pępka powstaje przedewszystkiem wskutek niezachowania prawideł aseptyki przy opatrunku. 4) Gorączkowanie u noworodków stoi w ścisłym związku z zaburzeniami przewodu pokarmowego, ropieniem pępka i t. p., ale nie z kąpielą. 5) Ciepłota ciała spada u noworodka w kąpieli o 0,6 do 1,0°, a przy przewijaniu o 0,2—0,6°. 6) Stan skóry nie jest w zależności od kąpieli. 7) Stosowanie lub niestosowanie kąpieli niema żadnego szczególnego wpływu na rozwój noworodka.

Dr L. Mańkowski.

S. Kramsztyk: **O obecności trypsyny w żołądku niemowląt** (*Przegląd pedyatryczny,* T. I., Z. 3). K. badał sok żołądkowy 16 niemowląt co do obecności trypsyny, podając im na czczo 100,0 herbaty, a po pół godzinie 2 łyżeczki tranu. Badania wykonywał według metody Grossa, zmodyfikowanej przez Fuldę, opartej na trawieniu sernika przez trypsynę w rozczynie zasadowym. Z badań tych wynikło, że trypsyna bywa obecną w soku żołądkowym u niemowląt tylko bardzo rzadko. Jeżeliby się to potwierdziło przez dalsze badania, to okoliczność ta rzucałaby pewne światło na gorsze trawienie tłuszczu u niemowląt.

J. B.

A. Tomaszewski: **Przyczynek do rozpoznawania i leczenia nowotworów pęcherza u dzieci** (*Przegląd pedyatryczny*, T. 1, Z. 3). Nowotwory pęcherza u dzieci należą do bardzo wielkich rzadkości. Z literatury zebrał autor tylko 81 takich przypadków, do których dodaje 2 własne. W pierwszym przypadku, u chłopca 4-letniego, trwały objawy przed przyjęciem do szpitala 4 tygodnie. Przy przyjęciu do szpitala stwierdzono mimowolne odchodzenie moczu, a w 6. dniu pobytu w szpitalu znaleziono w moczu nabłonki pęcherzowe i miedniczek nerkowych, liczne krwinki czerwone i białe. Wykonano operacyę zapomocą cięcia nadłonowego; na przedniej ścianie pęcherza znaleziono guz kalafiorowaty, mikroskopowo włókniakośluzakomięsak. Śmierć w tydzień po operacyi. W drugim przypadku 3-letniego chłopca operowano z powodu mięsaka. Rokowanie nowotworów pęcherza u dzieci jest wogóle niepomyślne, gdyż prawie zawsze chodzi o nowotwory złośliwe. Z 83 dotychczas opisanych przypadków (wliczając oba przypadki autora), operowano 38. Z tych tylko w 4 uzyskano wynik pomyślny. Wszystkie inne przypadki operowane, jak również wszystkie nieoperowane skończyły się śmiercią.

J. B.

A. Tereszkowicz: **O leczeniu przepuklin pachwinowych u dzieci** (*Przegląd pedyatryczny*, T. I., Z. 3). T. zdaje sprawę z 40 przypadków przepuklin pachwinowych u dzieci, które operowano w szpitalu Anny Maryi w Łodzi. 61% tych dzieci liczyło mniej niż 6 lat, w 70% przypadków operowanych nie było żadnych powikłań. Ciepłota była po operacyi prawidłowa w 54% przypadków, 37,5 do 38,5 w 25%, wyższa w 20%. Śmiertelność 5%. W 42% użyto metody Bassiniego, w 40% Kochera, w 15% Czernyego, w 2,5% Mac Ewena. Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) operacya przepuklin pachwinowych u dzieci nie jest niebezpieczna; 2) młody wiek dzieci nie jest przeciwwskazaniem do operacyi; 3) rozmaite metody operacyjne mają wartość jednakową, a wybór metody zależy od chirurga i okoliczności danego przypadku; 4) u dzieci z tych sfer, w których nie można liczyć na inteligentną i troskliwą opiekę, leczenie zachowawcze zupełnie zawodzi; w takich przypadkach lepiej jest jak najwcześniej przystąpić do operacyi.

J. B.

Engel. **W sprawie wydzielania soku żołądkowego u niemowląt.** (*Archiv für Kinderheilkunde.* Tom 49, zeszyt 1 i 2, 1908).

Do obecnej chwili nie mamy dokładnego rozbioru czystego soku żołądkowego niemowląt. Engel badał sok żołądkowy u 4-tygodniowego dziecka, któremu, wskutek kurczu odźwiernika, w celu karmienia założono przetokę w jelicie czczem. Mimo zupełnego wyłączenia żołądka z trawienia wymioty nie ustąpiły. Badanie wymiocin wykazało obecność pepsyny, kwasu solnego i t. d. W ciągu 3 tygodni (aż do śmierci dziecka) autor badał systematycznie ten czysty sok żołądkowy, otrzymując go zapomocą zgłębnikowania.

Przy każdorazowem zgłębnikowaniu, niezależnie od tego, czy ono było wykonane przed, czy po karmieniu, czy też w przerwie między 2 posiłkami, lub po kilkakrotnych wymiotach, zawsze można było otrzymać 20—30 cm³ czystego soku żołądkowego. Wymioty występowały często do 10 razy dziennie, wobec czego należy przypuszczać, że żołądek w ciągu 24 godzin wydzielał 100—200 cm³ soku.

Badanie jakościowe soku żołądkowego niemowlęcia wykazało obecność w nim wszystkich tych składników, jakie spotykamy w soku żołądkowym dorosłych, przedewszystkiem kwasu solnego, pepsyny i podpuszczki. Obecności lipazy autor nie stwierdził. Pod względem ilościowym również sok żołądkowy 4-tygodniowego dziecka, (dane ugrupowane w tablicach), niczem nie różni się od soku żołądkowego starszych dzieci i dorosłych. Co się tyczy ilości kwasu solnego, to Engel otrzymał nieco mniejsze liczby (0,256%), niż Bogen i Sommerfeld przy badaniu soku żołądkowego starszych dzieci. Fakt ten da się objaśnić brakiem prawidłowych podniet ze strony jamy ustnej, — żucia. W każdym razie wyniki autora świadczą o braku nadkwaśności przy kurczu odźwiernika.

Wobec choroby dziecka i wobec braku prawidłowych podniet do wydzielania soku żołądkowego pozostaje nierozstrzygniętem pytanie, czy Engel miał w ręku sok prawidłowy, czy też chorobowo zmieniony. Pytanie to mogą rozstrzygnąć dalsze porównawcze badania soku żołądkowego u niemowląt.

Wl. Schoenaich.

Monti. **O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc surowicą pneumokokową Römera.** (*Arch. f. Kinderheilkunde.* Tom 49, zeszyt 1 i 2, 1908.

Na zasadzie 12 przypadków, leczonych surowicą Römera, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) We wszystkich przypadkach pod wpływem surowicy następował spadek ciepłoty, a mianowicie w 3 przypadkach w drugim dniu leczenia, w 6 przypadkach w trzecim dniu, w 3 przypadkach — w czwartym dniu. 2) We wszystkich przypadkach wystąpiło po wstrzyknięciu surowicy polepszenie ogólnego stanu i duszności. 3) Surowica pneumokokowa wywiera wpływ na przebieg ciepłoty. Przy niedostatecznej w stosunku do ciężkości przypadku dawce pierwsze wstrzyknięcie może pozostać bez żadnego wpływu i dopiero następne wstrzyknięcia wywołują spadek ciepłoty. 4) Surowica wpływa na przebieg sprawy zapalnej w płucach tylko przy odpowiedniej dawce. W przypadkach autora daje się stwierdzić pewien wpływ na miejscową sprawę w płucach dopiero po kilku (2—4) wstrzyknięciach surowicy po 10 cm. Prawdopodobnie wstrzyknięcie jednorazowe surowicy, lub kilkakrotne w ciągu 12 godzin wstrzyknięcie mniejszych dawek mogłoby mieć szybsze i pewniejsze działanie na sprawę zapalną w płucach.

Wl. Schoenaich.

Higiena.

Hanuš i Stekl. **Liczba estrów etylowych, nowa liczba stała, pożyteczna przy stwierdzaniu tłuszczu kokosowego.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- und Genussmittel* 1908, Tom 15). Liczba estrów etylowych określa liczbę cm³ $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego, potrzebnych dla zmydlenia zawartych w 100 cm³ destylatu wodnego, uzyskanego z pięciu gramów tłuszczu. Ze wszystkich badanych tłuszczów i olejów tłuszcz kokosowy posiada liczbę tę największą, powyżej 40; najwięcej do niego zbliża się tłuszcz z pestek palmy olejnej (25), poczem masło (7—14), natomiast inne tłuszcze i oleje dają li-

czbę poniżej 3. Liczba ta przeto nadaje się bardzo dobrze do stwierdzenia obecności tłuszczu kokosowego w rozmaitych surogatach masła i mieszaninach tłuszczów i olejów z tymże tłuszczem. Szczególnie dobre usługi oddaje wspomniana liczba przy badaniu smalcu świńskiego, masła kakaowego i margaryny co do zawartości tłuszczu kokosowego. Mniej zaś nadaje się ona przy badaniu masła krowiego, którego liczba estrów etylowych waha się w takich granicach, że na jej podstawie dopiero przy zawartości 15% tłuszczu kokosowego można napewno stwierdzić jego obecność. Na liczbę estrów etylowych w tłuszczu kokosowym i maśle krowiem wpływają estry kwasów kaprylowego, kaprynowego i laurynowego, a różnicę wywołuje różnica ilościowa tych estrów. Metoda powyższa polega głównie na zawartości kwasu laurynowego w obu rodzajach tłuszczu.

R. K. Dons. **Masło owcze i kozie.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- und Genussmittel* 1908, Tom 15). W Islandyi dodają do mleka krowiego przy wyrobie zeń masła, mleka owiec w ilości dosyć znacznej, nieraz do 50%, co jednak nie upośledza jakości masła. Wynik rozbioru tego rodzaju masła daje liczby, które nadawać mogą pozór, jakoby masło to zawierało mały dodatek tłuszczu kokosowego. Podobne wyniki daje masło, zrobione z mleka krowiego z dodatkiem mleka koziego.

E. Feder. **Wykrycie wody utlenionej w mleku.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- und Genussmittel* 1908, Tom 15). Mleko w ilości 5 cm^3 zaprawione równą ilością kwasu solnego (c. g. 1,19) i jedną kroplą formaliny rozcieńczonej, pozostawione przez kilka minut na kąpieli wodnej przy 60° C., daje w razie obecności 0,1% H_2O_2 szybko zabarwienie niebieskawo-fioletowe, wyraźne jeszcze przy 0,006%, słabe przy 0,003%; mleko normalne w tych warunkach zabarwia się powoli na żółto. Przy ciepłocie zwykłej zawartość wody utlenionej w mleku maleje szybko. Dodatek 0,035% można po kilku godzinach zaledwie wykazać, 0,075% H_2O_2 jeszcze po 24 godzinach, wykrycie późniejsze jest niepewne; przy zawartości 0,15% odczyn barwny pojawia się jeszcze po 72 godzinach. Kwas azotowy daje ten sam odczyn, potrzeba go w mleku dla jego wywołania na 100 cm. mleka 0,5 mg. W mleku, zaprawionem wodą, należy przeto celem uniknięcia pomyłek badać N_2O_3 jeszcze innemi metodami. Kwas azotowy dopiero przy gotowaniu powyższej mieszaniny daje zabarwienie brudno-fioletowe.

A. Beitter. **Enrillo, nowy produkt zastępczy kawy.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- und Genussmittel* 1908, Tom 15). Enrilo, produkt fabryki H. Franka i Synów, proszkowy, grubo mielony i prażony, mikroskopowo przedstawia budowę ziarn zbożowych i korzenia cykoryi. Zapach odwaru ciemnobrunatnego aromatyczny, podobny do zapachu kawy, smak korzenny, gorzkawy, przyjemny zwłaszcza po dodaniu mleka. Przy należytem przyrządzeniu otrzymuje się z 100 gr. tego surogatu ekstraktu 67,83%, azotu 0,44%, wyciągu eterowego 0,90%, cukru 18,92%, innych ciał wyciągowych nieazotowych 42,66%, ciał mineralnych 2,61% kwasu fosforowego 0,43%. *L. Bier.*

Pickenbach: **Wpływ sportu jazdy konnej na ustrój ludzki** (*Med. Klinik.* 1909 Nr 9). Jazdę konną uważa P. za jeden z najzdrowszych sportów. Ćwiczą się przytem czynnie i biernie niemal wszystkie mięśnie. Jazda kłusem przez wstrząśnienia na siodle działa bardzo korzystnie, jako miesienie narządów brzusznych. Jazda galopem wywołuje znowu bardzo korzystny nastrój psychiczny, co daje się spostrzegać np. u osób nerwowych. Przy jeździe konnej działają energicznie serce i płuca. P. poleca jazdę konną osobom nerwowym, zwłaszcza neurastenikom, dalej przy zastoinach w jamie brzusznej, zaparciach stolca, u osób niedokrwistych, bledniczych, przy lekkiej rozedmie płuc, cukrzycy i nieznacznych nieżytach szczytów płuc. Przeciwwskazana jest jazda konna przy wadach serca, sprawach wrzodziejących i zapalnych kończyn, krocza i podbrzusza, części rodnych, nerek i t. p. Jazda konna działa bezwarunkowo bardzo korzystnie, nie mówiąc już o tem, że nie szkodzi wprost ustrojowi, jak np. coraz więcej wchodzący w modę sport automobilowy. *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 3. marca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 80.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) W dopełnieniu dyskusyi z poprzedniego posiedzenia **w sprawie gruczołów przytarczycznych** przemawia Prof. Browicz.

2) Prof. Lewkowicz przedstawia przypadek **tężyczki dziecięcej** (spazmofilii) obok bardzo wybitnych objawów krzywicy u dziecka 14-miesięcznego. Dziecko karmione było od urodzenia sztucznie mlekiem do połowy rozcieńczonem, prócz tego dostawało w ostatnich czasach bułkę. Przed miesiącem dostało dziecko pierwszych objawów tężyczki jawnej w postaci drgawek, na klinikę zaś przyniesiono je na dzień przed demonstracyą z kurczami stałymi piąstkowostopowymi. Objaw twarzowy Chvostka był niewyraźny, objaw Erba (podniesienie pobudliwości na prąd stały) bardzo wybitny, gdyż skurcz przy otwarciu katody występował (*n. medianus*) przy 1·5 MA. Podano na razie mleko pełne, aby nie zmieniać warunków obserwacyi i postanowiono później przejść do leczenia dyetetycznego, wskazanego w spazmofilii, t. j. podawać pokarmy skrobiowe początkowo z wyłączeniem mleka, później ze stopniowem bardzo ostrożnem wprowadzeniem mleka.

Następnego dnia rano kurcze stałe zwolniały, o godzinie 12½ pojawiły się jednak ogólne drgawki, zajmujące znacznie silniej prawą połowę ciała, niż lewą. Gdy drgawki się przedłużały, zastosowano naprzód 0·5 chloralu w lawatywie, a o godz. 5 0·3 bromku sodowego wewnętrznie zapomocą zgłębnika, drgawki jednak i w chwili demonstracyi jeszcze trwają, ograniczają się jednak głównie do ruchów gałek ocznych. Ciepłota ciała podniosła się wśród drgawek z 38° na 40° C.

Kol. Lewkowicz przypomina następnie zapatrywanie szkoły pedyatrycznej wiedeńskiej na związek tężyczki dziecięcej ze zmianami gruczołów przytarczycznych i wybitny wpływ, jaki dyeta przeważnie wywiera na objawy tężyczkowe. (Streszczenie własne).

Kol. Rydel w przedstawionym przypadku przypuszcza ognisko specyalnie po jednej stronie usadowione.

Kol. Lewkowicz (w odpowiedzi kol. Rydlowi) zaznacza, że w każdym przypadku drgawek dziecięcych trzeba rozważyć możliwość tła anatomicznego. W danym przypadku objawy pozornie ogniskowe należy uważać za czynnościowe i prawdopodobnie przelotne, zależne od napadu drgawkowego, spostrzeganego bezpośrednio przed demonstracyą, częściowo nawet podczas demonstracyi jeszcze trwającego.

3) Prof. Jaworski w krótkich słowach zaznacza, iż postanowił najnowsze metody naukowe wprowadzać na swej klinice i te ogółowi lekarzy, o ile możności, uczynić dostępnemi. Jako jedną z takich przedstawia dziś wraz z Doc. Nitschem i Drem Łapińskim **metodę Wassermanna.**

4) Kol. Nitsch wygłosił wykład: **O odczynie Wassermanna.**

Odczyn Wassermanna wykonuje się przez zmieszanie surowicy badanej z wyciągiem wyskokowym lub wodnym z wątroby płodu kiłowego. W wyciągu z wątroby przypuszcza się obecność t. zw. antigenu, t. j. ciała, które działając na ustrój ludzki lub zwierzęcy wywołuje w nim powstanie jakiejś substancyi, łączącej się chciwie z antigenem. Antigen można po polsku nazwać najogólniej »substancyą wywołującą«, a ciało w ustroju przez niego wywołane »substancyą wywołaną«.

Do tej mieszaniny surowicy badanej + substancya wywołująca, dodaje się »układ hemolityczny« (t. j. krwinki czerwone barana + ogrzana do 56° surowica królika uodpornionego przeciw tym krwinkom czyli t. zw. »amboceptor« + świeża surowica nieogrzana ze świnki morskiej czyli »dopełniacz« *) zwany przez Niemców »komplementem« a przez Francuzów »aleksyną«), wstawia się wszystko razem do cieplarki i obserwuje, czy krwinki ulegną hemolizie, czy nie. Do rozpuszczenia krwinek konieczną jest obecność amboceptora i wolnego dopełniacza. Jeżeli zaś substancya wywołująca połączy się z wywołaną, to to połączenie chciwie pochłania dopełniacz, który posiada silniejsze powino-

*) Używam tu nazwy »dopełniacz« zaproponowanej przez Eisenberga dla oznaczenia „komplementu" czyli „aleksyny". Nazwa ta odpowiada najlepiej, jak mnie się zdaje, istocie tego ciała. Słownik lek. polski nie podaje żadnej polskiej nazwy dla oznaczenia „komplementu". Nazwy „substancya wywołująca i wywołana" wybraliśmy po naradzie z Prof. Jaworskim. Słownik lek. polski słowa „antigen" nie zawiera, a „substancyę wywołaną" czyli „Antikörper" nazywa „niwecznikiem", co byłoby doskonałą nazwą, ale tylko dla pewnej kategoryi „substancyi wywołanych". Nazwy „wywoływacz" i „odczynnik", zaproponowane przez Eisenberga, wydały się nam mniej szczęśliwe, niż „substancya wywołująca" i „wywołana" z powodów, o których tu brak miejsca się rozwodzić.

wactwo do połączenia substancyi wywołującej z wywołaną, aniżeli do połączenia krwinek czerwonych z amboceptorem. Jeżeli więc krwinki czerwone się nie rozpuszczą, to znaczy, że w naszej mieszaninie brakło wolnego dopełniacza, czyli, że badana surowica była kiłową, albowiem w niej znajdowała się widocznie substancya wywołana, która połączywszy się ze substancyą wywołującą z wyciągu z wątroby kiłowej, pochłonęła dopełniacz. Jeżeli zaś krwinki czerwone ulegną hemolizie, to znaczy, że w mieszaninie powyższej dopełniacz był wolny, a więc, że w surowicy badanej brak substancyi wywołanej, co świadczy albo o braku kiły, albo też o tem, że pomimo zakażenia ustroju kiłą substancya wywołana nie utworzyła się. Stąd też odczyn Wassermanna daje rozpoznanie pewne tylko w razie dodatniego wyniku, t. j. w razie braku hemolizy, i świadczy wtedy o kile w ustroju. W razie ujemnego wyniku odczynu kiła nie jest wyłączona.

Dalsze badania wykazały, że nietylko wyciągi z kiłowych narządów użyć się dadzą jako »substancya wywołująca« do odczynu W., ale też i wyciągi ze zdrowych narządów ludzkich lub zwierzęcych (wątroba, śledziona, mózg, serce), a nawet rozczyny wielu ciał chemicznie dokładnie znanych, a zwłaszcza lipoidów (lecytyny). Zachwiały się wskutek tego teoretyczne podstawy odczynu i podniosły się poważne wątpliwości co do jego znaczenia i wartości. Jeżeli bowiem rozczyn lecytyny dawał z surowicą kiłową takie samo zahamowanie hemolizy, jak i wyciąg z kiłowej wątroby, to fakt ten wyglądał bardzo podejrzanie i podawał w wątpliwośc wartość odczynu. Ale bardzo liczne badania wykazały, że odczyn z rozczynem lecytyny lub z wyciągami ze zdrowych narządów jest tak samo swoisty dla kiły, jak i odczyn z wyciągiem z narządów kiłowych, t. zn. że powstaje tylko z surowicami kiłowemi, a nigdy (?) ze zdrowemi. Obecnie tedy tłómaczą to zjawisko teoretycznie w ten sposób (Citron, Wassermann), że jad kiłowy, dostawszy się do ustroju ludzkiego, łączy się z lecytyną i wytwarza połączenie, które możnaby nazwać »lecytydem jadu kiłowego«, a to połączenie jest typową »substancyą wywołującą«, która w ustroju człowieka zakażonego wywołuje powstanie »substancyi wywołanej«. Sama lecytyna substancyą wywołującą nie jest. Istnieją też w nauce o odporności analogie, które to przypuszczenie czynią prawdopodobnem. Dowiedziono mianowicie (Kyes), że niektóre jady wężów mają wybitne powinowactwo do lecytyny i tworzą z nią połączenia (n. p. »Cobralecitid«), które są typowemi substancyami wywołującemi. W ten sposób tłómaczyłoby się bez trudności to zjawisko, że i zdrowe narządy dają odczyn swoisty z surowicą kiłową, bo »substancya wywołana« w surowicy kiłowej może mieć powinowactwo do lecytyny, gdziekolwiek ona się znajduje, skoro ta »wywołana substancya« powstała skutkiem działania »lecytydu jadu kiłowego«.

Wobec wielkiego skomplikowania odczynu Wassermanna starał się go Bauer uprościć i uczynił to na tej podstawie, że w surowicy ludzkiej znajduje się już »amboceptor« dla krwi baraniej. Nie potrzeba zatem dodawać surowicy króliczej, zawierającej ten amboceptor, co znacznie ułatwia metodę. Postępuje się według Bauera w ten sposób, że do mieszaniny badanej surowicy i substancyi wywołującej dodaje się świeżego dopełniacza i krwinek czerwonych barana. Jeżeli surowica badana jest kiłową, to te krwinki się nie rozpuszczą. Jako kontroli używa B. tylko zdrowej surowicy i całą próbę wykonuje w 4 rurkach i bez poprzedniego miareczkowania połączenia amboceptora z dopełniaczem. Natomiast do wykonania próby Wassermanna z jedną surowicą potrzeba około 10 rurek i potrzeba wymiareczkować poprzednio połączenie amboceptora z dopełniaczem.

Porges i Meier na podstawie teoretycznych rozważań i w chęci uproszczenia metody W. podali inną próbę, którą tak wykonują: Do 1% zawiesiny lecytyny w fizyologicznym rozczynie Na Cl i $^1/_2$% karbolu dodają surowicy badanej. Jeśli ona jest kiłową, to po $^1/_2$—24 godzin występuje strąt i mniej lub więcej znaczne wyjaśnienie mlecznej zawiesiny lecytyny. Surowica ludzi chorych na niektóre inne choroby daje także ten odczyn, mimo to jednak ma on pewną wartość dla rozpoznania kiły. Zamiast zawiesiny lecytyny polecają też używać glikocholanu sodowego.

Klausner wykrył, że dodając do wody przekroplonej świeżej surowicy kiłowej otrzymuje się zmącenie, a czasem nawet strąt, pochodzący prawdopodobnie od globuliny. Surowica ludzi chorych na inne choroby daje także często ten odczyn. (Własne streszczenie).

Prof. Klecki i kol. Eisenberg roztrząsają niektóre nazwy polskie.

5) Następnie wygłosił wykład o tej samej metodzie Prof. Jaworski.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VII. Posiedzenie naukowe z d. 5. marca 1909.

Przewodniczący Prof. Rencki składa życzenia kol. Prof. Gluzińskiemu i Prof. Marsowi, którzy zostali zamianowani członkami honorowymi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Kol. Prof. Kucera wygłasza odczyt: **Pogląd na fakta i teorye w nauce o odporności.** Prelegent przedstawia historyę poglądów na odporność, zaczynając od czasów, które poprzedziły Pasteura. Następnie rozwija zapatrywania i wyniki badań Pasteura, Miecznikowa, Buchnera i innych badaczy, którzy teorye poprzednich poparli lub też odrzucili. Przechodzi dalej do teoryi bocznych łańcuchów Ehrlicha, wyjaśniając ją licznemi tablicami oraz »in vitro«, rozpatruje ją krytycznie i podkreśla jej strony ujemne, przyczem posługuje się wynikami badań Miecznikowa, Buchnera, Ehrlicha, Morgenrotha i Bordeta. W końcu zaznacza, że teorya Miecznikowa, przyznająca ciałkom białym najważniejsze znaczenie, obecnie znowu coraz więcej znajduje poparcia. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dnia 3. lutego 1909.

(Dokończenie).

Kijewski Franciszek wypowiedział rzecz p. t.: **O torbielach trzustki.**

Prelegent przytacza trzy własne spostrzeżenia torbieli trzustki — dwa pochodzenia urazowego, a jedno raka torbielowatego (*cysto-carcinoma pancreatis*). Z tworów torbielowatych pochodzenia urazowego jeden rozwinął się w ogonie gruczołu, a drugi w torbie sieciowej (*bursa omentalis*). Leczenie operacyjne dało w tych dwóch przypadkach wynik bardzo dobry. Chora zaś z rakiem torbielowym trzustki zmarła przy objawach znacznego charłactwa. K. przypomina podział torbieli trzustki, podany przez Körtego, a później przez Lazarusa i szczegółowo rozpatruje przyczyny powstawania tych tworów; w szeregu przyczyn nader pokaźne miejsce zajmuje uraz.

W pierwszym okresie cierpienia, a niekiedy bezpośrednio po urazie, występują silne bole w górnej części brzucha, wymioty, wzdęcia jelit, słowem — wszystko, co może nasuwać przypuszczenie niedrożności przewodu pokarmowego. Objawy te występują napadowo; po pewnym czasie tworzy się guz. Dla lepszego zrozumienia, jaka jest siedziba torbieli, K. przypomina anatomię i topografię trzustki, miejsca, w których nastąpić może rozwój guza. Przemówienie swoje objaśnia prelegent odpowiednimi rysunkami, co znakomicie ułatwia wytłómaczenie stosunku powstałego guza do żołądka, poprzecznej części okrężnicy, wątroby i innych narządów. Po określeniu siedziby torbieli przechodzi prelegent do jej treści i kładzie szczególny nacisk ną tę okoliczność, aby nie wykonywać przekłuć w celach rozpoznawczych, gdyż przekłucia te często bardzo nie wyjaśniają sprawy, a chorego mogą narazić na poważne niebezpieczeństwo. Bole napadowe, obecność guza w pewnych miejscach, stosunek jego do narządów sąsiednich, swoiste cechy jego, szybkie chudnięcie chorego, niekiedy żółtaczka i zmiany w moczu i kale pozwalają na ustalenie rozpoznania, które nie należy do łatwych zadań i które w wielu przypadkach było błędne.

Leczenie racyonalne torbieli trzustki może być tylko chirurgiczne, chociaż znane są niezbyt liczne przypadki samoistnego wyleczenia — przez pęknięcie torbieli i opróżnienie treści do jelit. Istnieją dwie metody operowania: wszycie ściany torbieli w ranę brzucha i następnie otwarcie torbieli (jedno- lub dwuczasowe), oraz wyłuszczenie. Prelegent omawia wszystkie trudności wymienionych zabiegów i przytacza wyniki 200 z górą operacyi. Jako o następstwie operacyi wspomina K. o przetokach, które niekiedy trwają bardzo długo, nawet lat kilka i wymagają rozmaitych zabiegów.

W zakończeniu omawia K. możność powstawania nawrotu cierpienia. Mniej obawy o nawrót przedstawiać może wyłuszczenie torebki, lecz nie zawsze może być ono wykonane z powodu zrostów nadmiernych z częściami otaczającemi.

W dyskusyi zaznacza Prof. Kryński, że w sprawie omawianej przez prelegenta trudno powiedzieć coś nowego po

szeregu prac z ostatniego dziesiątka lat, wyświetlających dostatecznie ten przedmiot. Dość wspomnieć o monografii Koertego, referacie Robsona, wreszcie o pracach polskich Hermana i Jasińskiego z kliniki Rydygiera. Z trzech przypadków prelegenta w 2 stwierdzono jako przyczynę uraz brzucha. Nasuwa się wątpliwość, czy w przypadkach tych były istotnie torbiele prawdziwe, czy też były to torbiele wrzekome, powstałe wskutek wylewu krwi do rozdartego miąższu gruczołu lub też pod otoczkę surowiczą przedniej jego powierzchni. Wyjaśnić tę sprawę mogłoby jedynie badanie drobnowidowe ściany torbieli. Przekłucia próbne przez powłoki brzuszne, stosowane w celu rozpoznawczym, mowca, zgodnie ze zdaniem prelegenta, stanowczo potępia, zarówno w torbielach trzustki, jak w przypadkach innych guzów jamy brzusznej, ze względu na poważne niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej. Co się tyczy strony operacyjnej, sądzi mowca, że dążyć zawsze należy do wycięcia całej ściany torbieli, wycięcie bowiem częściowe z wszyciem w ścianę brzuszną ma niewątpliwie zaletę zabiegu o wiele krótszego i łatwiejszego, lecz wadą jego jest to, że nie zabezpiecza od nawrotu, a daje przetoki, częstokroć gojące się bardzo długo.

Prof. Przewoski nie uważa za szczęśliwą nazwę »torbiel prawdziwa«, »torbiel wrzekoma« z punktu widzenia anatomopatologicznego. Torbiel, zdaniem jego, jest tylko pojęciem umówionem dla skrócenia, które zupełnie nie przesądza budowy anatomicznej; należałoby zawsze przeprowadzić ścisłe badania anatomiczno-patologiczne dla bliższego określenia. Co do nowotworów torbielowatych, spotykanych w trzustce, to mowca rozróżnia trzy ich rodzaje: nowotwory niezłośliwe, gruczolaki, — które jednak mogą zrakowacieć, — dalej idą nowotwory, wrastające do trzustki z narządów sąsiednich.

Krauze przytacza dwa własne spostrzeżenia torbieli trzustki, operowane w ten sposób, iż udostępnioną ścianę torbieli (przez rozsunięcie obfitych zrostów) przekłuto trójgrańcem, wypuszczono płyn, otwór z przekłucia rozszerzono i wszyto brzegi do otrzewnej ściennej. W obydwu przypadkach zagojenie bez przetok. Mowca na podstawie przytoczonych przypadków wnosi, że tam, gdzie są mocne zrosty, nie należy kusić się o wycięcie torbieli doszczętne, tem bardziej, że przez wszycie ściany torbieli do otrzewnej ściennej można osiągnąć wynik pomyślny.

Maliniak badał płyn z przetoki po operacyi torbieli trzustki. Płyn ten o ciężarze właściwym 1008, zawierał bardzo mało białka, zaczyny: trypsynogen, lipazę i diastazę, tudzież słabą hemolizynę. Celem szybszego zagojenia przetoki zastosowano stosownie do rady Wohlgemutha dyetę przeciwcukrzyczą (tłuszcze i białko z wyłączeniem węglowodanów) z dodatkiem dużych dawek dwuwęglanu sodu. Białko i tłuszcze wpłynęły na zmniejszenie się wydzielania soku trzustkowego, jak również soda, która, zobojętniając energicznie kwaśność soku żołądkowego, także wpływała hamująco na wydzielinę trzustki, dzięki czemu mniej drażniona przetoka zagoiła się znacznie wcześniej, niż to zwykle bywa, bo już po 11 tygodniach.

Starkiewicz zaznacza, że prelegent, omawiając rozpoznawanie swoich przypadków, tylko ogólnikowo wspomniał o wyniku ujemnym badania moczu i kału. O ile przypadki te spostrzegane były po roku 1904, to wskazówkę dodatkową uzyskać można było z t. zw. odczynu trzustkowego, podanego w swym czasie przez Cammidgea. Wprawdzie co do odczynu tego w ostatnim czasie spotyka się dość liczne zastrzeżenia, znajdowano go bowiem, prócz chorób trzustki, w cierpieniach innych narządów; jednakże zwrócić należy uwagę, że zgodnie z badaniami Fiorraa, Robsona i Watsona, odczyn ten właśnie w ostrych cierpieniach trzustki i mianowicie w torbielach krwawych znajdowano zawsze dodatni. Oczywiście odczynu Cammidgea nie można jeszcze uważać za obowiązujący, jednak celem ustalenia jego wartości rozpoznawczej pożądanemby było wykonywanie próby w przypadkach odpowiednich.

Rzętkowski przypisuje próbie Cammidgea poważne znaczenie rozpoznawcze, omawia w krótkości jej technikę i zasadę, oraz zaznacza, że w badaniach swoich, wykonywanych od lat kilku, stwierdzał odczyn dodatni we wszystkich sekcyą stwierdzonych przypadkach spraw trzustkowych. Pospolite badanie moczu i kału w torbielach trzustki rzadko daje wskazówki rozpoznawcze; wykonywanie zatem próby Cammidgea mowca uważa w tych razach za niezbędne.

Pruszyński podnosi, że w rozpoznaniu cierpień trzustki częstokroć zawodzi i badanie fizyczne i chemiczne. Odczyn Cammidgea opiera się na poszukiwaniu ciała dotąd nieznanego i również często zawodzi. Mowca sądzi, że zakres działania chirurga w chorobach trzustki jest wielce ograniczony. Rozpoznanie wzmocnionej lub upośledzonej czynności tego narządu jeszcze nie weszło na drogę praktyczną, leczenie niewątpliwie polegać będzie na wprowadzaniu ciał czynnych, któreby mogły wywrzeć wpływ na upośledzoną czynność tego narządu.

Anastazy Landau podnosi fakt, wspomniany w dyskusyi, iż sok trzustkowy w jednym przypadku zawierał tylko zaczyn amylolityczny, a nie było w nim zaczynu proteolitycznego. Tłomaczy się to tem, że sok trzustkowy nie zawiera czynnego fermentu trawiącego białko, a tylko jego zymogen, który przechodzi w postać czynną po dodaniu enterokinazy, wydzielonej przez błonę śluzową dwunastnicy. Co się tyczy odczynu Cammidgea, to mowca sądzi, że niepodobna uważać go za swoisty tak ze względu na nieznajomość zupełną ciała, stanowiącego o istocie odczynu, jak i ze względu na to, iż próba ta, jak świadczą ostatnie prace, oparte na obfitym materyale klinicznym, bywa dodatnią w przypadkach ze zdrową trzustką i odwrotnie — ujemną w przypadkach wybitnego schorzenia tego narządu. Wreszcie podkreśla mówca znaczenie dyety bezwęglowodanowej dla gojenia przetok trzustkowych.

Rzętkowski zaznacza, że badany przezeń szczegółowo w jednym przypadku płyn z torbieli zawierał również wyłącznie zaczyn dyastatyczny. Zdaniem mowcy wystarcza to zupełnie dla rozpoznania pochodzenia płynu, obecność bowiem w nim zaczynów proteolitycznego lub rozkładających tłuszcze, mogłaby naprowadzić na myśl, że chodzi o sok trzustkowy.

Fr. Kijewski odpowiada, że rozpoznanie w swoich przypadkach ustalał po dokładnej parotygodniowej obserwacyi chorych; opierał je zaś na danych badania fizycznego. Próby Cammidgea nie wykonywał, jak nie wykonywano jej w żadnym przypadku z 200, przezeń zebranych. Szczegółowe dane, uzyskane przy badaniu płynu z przetoki w jednym z jego przypadków zebrał Pruszyński i dane te miał ogłosić.

Antoni Majewski.

Posiedzenie d. 16 lutego 1909 r.

1) Landau Anastazy pokazuje **kryształy Cammidgea** i zaznacza, iż na próbie tej w sprawie rozpoznania cierpień trzustki zbyt wiele budować nie można. Nie wiadomo bowiem przedewszystkiem, z jakiem ciałem mamy w danym razie do czynienia, a następnie, sądząc z dotychczasowego piśmiennictwa, odczynu tego nie można uważać za swoisty, gdyż z jednej strony daje on wynik dodatni, kiedy klinicznie trzustkę uważamy za zdrową i odwrotnie. Na dowód powyższego mowca przedstawia pod drobnowidem kryształy Cammidgea, otrzymane w moczu osobnika, chorego na ból lędźwiowy *(lumbago)*, a u którego niema żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Następnie przedstawia mowca tę samą próbę w probówce z widocznymi gołem okiem kryształami, które otrzymano w moczu chorego na cukrzycę; mocz ten w odczynie zasadowym miedzi nie redukował i z drożdżami nie fermentował. Jeżeli w ostatnim przypadku możemy przypuszczać jakieś ukryte cierpienie trzustki, np. zwapnienie jej tętnic, (sprawa dotyczy 50-letniego osobnika), to w przypadku bolu lędźwiowego o cierpieniu trzustki nie może być mowy. Technika tej próby, którą przytoczył na posiedzeniu w dniu 3. lutego r. b. Rzętkowski, jest nader prosta: 10 cm sześc. moczu przesączonego gotuje się na kąpieli piaskowej z 1 cm sz. kwasu solnego, następnie mieszaninę zobojętnia się 4 cm sz. węglanu ołowiu, przesącza się i do przesączu dodaje — octanu sodu i fenylhydrazyny; po paruminutowem gotowaniu zostawia się na 24 godziny. Jeżeli próba występuje dodatnio, otrzymujemy kryształy w postaci cieniutkich żółtawych igieł, ułożonych zazwyczaj promienisto. W razie wyniku dodatniego należy, zdaniem Cammidgea, przerobić próbę powtórnie, strąciwszy poprzednio mocz nasyconym rozczynem sublimatu. Cammidge idzie nawet tak daleko, że na podstawie swych kryształów rozpoznaje nawet poszczególne cierpienia trzustki, jak ropienie, nowotwór i t. d. Co się tyczy samych kryształów, to są one połączeniem fenylhydrazyny z zawartym w moczu węglowodanem, lecz nie wiadomo z jakim. Ponieważ mocz należy gotować z kwasem solnym, to przypuścić można, iż zawarty w moczu ów węglowodan jest polisacharydem, który podlega rozszczepieniu, lub też wchodzi w skład jakiegoś złożonego związku, jak to bywa w nukleoproteidach.

2) Kozerski wygłosił odczyt: **W sprawie dawkowania promieni Roentgena w rentgenoterapii.** Liczba zwolenników rentgenoterapii rośnie w miarę, jak lekarze zapoznają się z nią

z blizka. Bujnie rozrosła kazuistyka, jak również prace szeregu badaczów, stworzyły ścisłe dane, podług których można kierować się we wskazaniach, leczeniu i przepowiedni w każdym poszczególnym przypadku. Zaufanie do rentgenoterapii można mieć tylko, mając przeświadczenie, że jest ona ściśle obliczalna, to jest, że po ściśle określonem zastosowaniu promieni nastąpi taki, a nie inny skutek. Skutki, czyli odczyn skóry, podzielił Holzknecht, później Kienboeck, na 3 wzgl. 4 stopnie. Kienboeck pierwszy stwierdził, że stopień odczynu zależy od ilości promieni, od ich dawki. Chromoradiometr Holzknechta stworzył erę w rentgenoterapii, wprowadzając istotnie ściśle dawkowanie.

Po przeglądzie krytycznym dawkomierzów Holzknechta, Sabourand-Noireta, Bordiera, Kienboecka, Freunda, Schwarza, Guilleminota i Luraschiego dochodzi K. do wniosku, że najdokładniejszym jest kwantymetr Kienboecka, najpraktyczniejszym — jest radyometr Sabourand-Noireta.

Na zasadzie dawkomierzów stwierdzamy dawkę w danym punkcie, a na podstawie następujących praw obliczamy ją w każdym poszczególnym punkcie na powierzchni ciała: 1) ilość promieni jest odwrotnie proporcyonalna do kwadratu z odległości, 2) jest proporcyonalna do wstawy kąta, pod którym promień pada. Prelegent przedstawia tablicę, na zasadzie której, zmierzywszy zapomocą przedstawionego przyrządu odległość punktu od antykatody i kąt promienia, odrazu można odczytać dawkę. Objaśnił dalej, jak można szybko obliczyć dawkę każdego punktu każdej prostej i krzywej linii; z kolei — na czem polega równomierne naświetlanie powierzchni — na czem polega różnica metody naświetlania oddzielnymi kawałkami, a naświetlania składanego. Do obliczania dawki w każdym punkcie głębi ciała oprócz powyższych tablic wchodzi w rachubę tablica, zestawiona podług badań Perthesa i Kienboecka, obliczająca, w jakim stopniu twardości rurki, obliczonym podług przyrządów Benoist lub Benoist-Waltera. Tablica Holzknechta podaje normalne dawki dla zdrowej skóry rozmaitych okolic ciała u dzieci i dorosłych. Tablica wrażliwości tkanek (zdrowych i patologicznych) na promienie x podług Kienboecka daje ścisłe wskazówki dawkowania w każdym przypadku. Wreszcie zestawił K. tablice według literatury rentgenologicznej, w jakich sprawach możemy liczyć na wyleczenie, w jakich na poprawę, w jakich na ulgę tylko w cierpieniach, w jakich zaś próbowano promieni x bezskutecznie. Zestawiając te wszystkie dane, możemy w każdym przypadku zdobyć dokładne wskazówki, czego oczekiwać możemy i jak promienie stosować. Odczyn był objaśniony licznymi obrazami fotograficznymi z zakresu rentgenoterapii. *Antoni Majewski.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

Posiedzenie w dniu 10 (23) października 1908 r.

Obecnych osób 25. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski. Otwierając posiedzenie prezes zaznacza, iż właśnie minął rok od dnia śmierci prezesa b. »Koła lekarskiego polskiego« Dra Mikołaja Strawińskiego i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie. Również wzywa prezes obecnych, aby uczcili pamięć zgasłego członka »Związku« Dra Woyno przez powstanie.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

I. Prof. Ziemacki wygłosił rzecz pod tyt.: **W sprawie chirurgii dróg żółciowych**. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya. Doc. Z. Orłowski zapytuje prelegenta, jak często zdarzają się nawroty po operacyi cholecystostomii. Prócz tego wyraża zdanie, iż należałoby rozpowszechnić w szerszem kole tak lekarzy, jak i publiczności przekonanie, że operacyi potrzeba stanowczo w przypadkach ciężkich, które nie poddają się wewnętrznemu leczeniu. Operacya powinna tu stać na równi z operacyą przy zapaleniach wyrostka robaczkowego. Prelegent: Nawroty bywają, lecz to daje się spostrzegać na większej statystyce. Tę okoliczność, iż w jednym przypadku operowanym kamyk odszedł później przez przetokę, objaśnić należy przeoczeniem kamyka podczas operacyi, nie zaś utworzeniem się nowego. Chora sama twierdziła po operacyi, iż kamień jeszcze jest i czuła w tej okolicy dolegliwości; po upływie 2 lat odszedł kamień przez przetokę i od tego już czasu więcej się kamienie nie tworzą. Badając statystykę, mowca przekonał się, iż nawroty zdarzają się, lecz w takich razach są obecne zrosty, których podczas operacyi nie usunięto i które mogły stać się przyczyną nawrotu. Doc. Orłowski sądzi, że Kehr jest fanatykiem w tej sprawie. Dr Wierciński: Kehr pierwszy poważnie zaczął zajmować się tą sprawą i należy się mu zupełne uznanie. Mowca zwraca uwagę na zmiany pęcherzyka w cholerze. Doc. Orłowski znaznacza, że i lasecznika duru brzusznego również znajdowano w pęcherzyku żółciowym. Dr Kamieński zwraca uwagę na trudne położenie terapeutów; jeżeli chirurdzy robią zarzuty terapeutom, iż zapóźno wzywają ich dla dokonania operacyi, to wina ciąży wyłącznie na chorych wobec tego, iż chorzy z trudnością dają się namówić do operacyi. Mowca przytoczył przypadek, w którym chora w ciągu 7 lat nie chciała poddać się operacyi i dopiero w ostatniej chwili zgodziła się na zabieg chirurgiczny. Dr Wierciński, porównując zapalenie dróg żółciowych z zapaleniem wyrostka robaczkowego, przypuszcza, iż przy kamicy żółciowej będą operacye również niezwłocznie wykonywane. Dr Kamieński wątpi, aby ta operacya stała się tak powszechną, jak operacya przy zapaleniach wyrostka robaczkowego wobec tego, iż przy kamicy żółciowej często bez operacyi następuje wyzdrowienie. Mowca przytacza ze swej praktyki 8 przypadków, w których nastąpiło wyzdrowienie przy przejściu kamienia bez żadnej operacyi. Prof. Ziemacki upatruje główną winę w nieświadomości chorych co do następstw, jakie może wywołać kamica żółciowa, wobec czego naturalnie chorzy boją się operacyi. Prezes w imieniu zgromadzenia dziękuje prelegentowi za zajmujący odczyt.

II. Dr W. Kozłowski wygłosił rzecz p. t.: **Nowy sposób łączenia moczowodów z pęcherzem** (*urethero-cystostomia*) **na zasadzie własnych doświadczeń na psach.**

Mowca kreśli krótko historyę powstania chirurgii moczowodów i zatrzymuje się nad istniejącymi sposobami wykonywania uretero-cystostomii. Przy ocenie sposobów (zewnątrzotrzewny i śródotrzewny) prelegent uznaje za lepszy sposób zewnątrzotrzewny, gdyż z jednej strony aseptyka ułatwia wykonanie laparotomii, z drugiej zaś szwy otrzewnej (*suturae seroso-serosae*) dają najszybsze i najmocniejsze gojenie się. Kierując się tymi poglądami łączył prelegent moczowody z pęcherzem w sposób następujący: 1) na przeszyty i napełniony roztworem kwasu borowego pęcherz (cewnik pozostaje w pęcherzu) nakładał szew obwódkowo-ściągany w miejscu pokrytem otrzewną, o ile możności najdalej ku tyłowi; 2) przez koniec moczowodu (nie dotykając błony śluzowej moczowodu) przeciągał długą nić; 3) przecinał pęcherz w miejscu, oprowadzonem szwem; 4) wciągał moczowód do pęcherza zapomocą przeciągniętej nici i cewnika; 5) zaciągał szew obwódkowy i zeszywał otrzewnę pęcherza z otrzewną moczowodów za pomocą 2—3 szwów. Otrzewnej tylnej ściany brzusznej można nie zaszywać. Za pomocą opisanego sposobu operował prelegent 4 psy i otrzymał wyniki dodatnie. Badania wykonano w cesarskim Instytucie klinicznym W. ks. Heleny Pawłówny w Petersburgu. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Wierciński zapytuje prelegenta o los kawałka moczowodu ($^1/_2$—$1^1/_2$ cm długiego), który zostaje wciągnięty do pęcherza. Prelegent przypuszcza, iż następuje zanik i pozostaje najwyżej $^1/_4$ cm. Dr Zdanowicz zwraca uwagę, iż należało dokonać sekcyi, aby w ten sposób przekonać się, że jest tak, jak prelegent twierdzi. Prof. Ziemacki zaznacza, że wyniki tej pracy doświadczalnej mają wielkie praktyczne znaczenie wobec tego, iż zdarzają się przypadki przecięcia moczowodów podczas operacyi w jamie brzusznej. Mowca przytacza jeden przypadek, w którym chirurg przeciął moczowód i wszył go do rany; chory zwrócił się do mowcy o poradę, a mowca gotów był dokonać wycięcia nerki, gdyby po upływie 2 lat stan się nie zmienił; po upływie oznaczonego czasu mocz jednak przestał się sączyć, nastąpił widocznie zanik nerki. Dr Wierciński przytacza również przypadek przecięcia moczowodu, w którym ginekolog przeciął moczowód wysoko: utworzyło się wodonercze, a potem nastąpił zanik nerki i w ten sposób sprawa sama się wyrównała. Prezes w imieniu zgromadzenia dziękuje prelegentowi za zajmujący odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prezes Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż wskutek listu prezesa Rz. Kat. Towarzystwa Dobroczynności p. Jastrzębskiego do »Koła lekarskiego polskiego« została utworzona osobna komisya sanitarna, do której należą: prezes Dr Sz. Dzierżgowski, sekretarz Dr Wilamowski, członkowie: Dr Bykowski, p. Chrzanowski i Prof. Zaleski. Komisya ta miała zbadać warunki sanitarne w instytucyach podległych Towarzystwu Dobroczynności, Macierzy Polskiej i parafii św. Katarzyny. Komisya spełniła swe zadanie i na odbytem posiedzeniu spisała odpowiednie akta, które wkrótce będą podane do wiadomości. Prof. Zaleski sądzi, że należałoby przy instytucyach wspomnianych

utworzyć również porady lekarzy-specyalistów. Wobec tego, że wypadnie zająć się pensyą żeńską, zaproszono do komisyi Dr Białobłocką. Dr Jastrzębski sądzi, iż do komisyi należałoby zaprosić również i przedstawicieli odpowiednich instytucyi; Dr Zakrzewski uważa, iż na pierwsze posiedzenie zapraszać ich nie należy. 2) Prof. Dr Czeczott podaje do wiadomości, że p. Mierzejewska ofiarowała »Związkowi« lekarskie pisma peryodyczne polskie, pozostałe po Prof. Mierzejewskim. Uproszono jednomyślnie Prof. Czeczotta, by w imieniu »Związku« złożył podziękowanie p. Mierzejewskiej. 3) Na wniosek Prof. Zaleskiego i Dra Wolańskiego, wobec zasług Dra Kossowskiego i Prof. Talko-Hryncewicza wybrano obu przez aklamacyę członkami korespondentami. Sekretarz *Zdzisław Sowiński.*

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

(Dokończenie).

Skuteczne odosobnienie osób chorych i poddanych obserwacyi nie da się także przeprowadzić, jeżeli się tym osobom nie dostarczy najniezbędniejszych środków do życia, jak się to już od lat kilku z wielkim pożytkiem w kraju naszym w przypadkach groźniejszych epidemii praktykowało. Bez tego przełamywałaby ludność odosobniona, pozbawiona zarobku i środków do życia, najostrzejsze nawet zakazy i najściślejsze kordony. Gdy zaś skuteczne odosobnienie w przypadkach groźnych epidemii leży przedewszystkiem w interesie państwa, bo zapobiega dalszemu się ich szerzeniu z naszego, na zawlekanie epidemii najwięcej eksponowanego kraju, na inne kraje monarchii, przeto jest rzeczą słuszną, by państwo ponosiło łączące się ze skutecznem odosobnieniem koszta (szpitali ruchomych, żywienia ubogich pozbawionych zarobku osób izolowanych i t. d.).

Warunkiem skuteczności ustawy jest pozyskanie współdziałania najszerszych warstw ludności nietylko przez przymus i kary, ale i z przekonania. Dobrowolne współdziałanie naszej niezbyt jeszcze kulturalnej ludności wiejskiej można będzie uzyskać wtedy, jeżeli się szkody i uciążliwości, wynikające z wykonania ustawy, zredukuje do najmniejszych możliwie granic. Tymczasem przyjęty w ustawie sposób odszkodowania, nie uwzględniający, że dla naszej niezamożnej ludności wiejskiej nawet częściowe uszkodzenie odkażanych przedmiotów może być znaczną stosunkowo stratą materyalną (kożuch, buty i t. p.), że od naszej ludności, często niepiśmiennej, nie można wymagać zgłaszania się aż do władzy politycznej z zachowaniem biurokratycznych formalności, że przy znacznej rozległości powiatów, długim nieraz okresie odosobnienia i rekonwalescencyi nie można żądać, by się poszkodowani (chorzy) właściciele uszkodzonych przy odkażaniu przedmiotów rychło o odszkodowanie do władz powiatowych zgłaszali, — jednem słowem sposób, nie liczący się zgoła z odrębnymi stosunkami kulturalnymi, ekonomicznymi i terytoryalnymi naszego kraju, może w praktyce ludność naszą narażać na niemałe krzywdy i budzić w niej względem pożytecznej ustawy nieufność, zamiast pożądanego zaufania i współdziałania. Również utrata prawa do odszkodowania w razie jakichkolwiek przekroczeń ustawy, a więc np. obowiązku donoszenia, byłaby w naszych warunkach dotkliwą, a najczęściej niezawinioną karą. Utratę tego prawa należałoby ograniczyć tylko do przypadków przekroczenia przepisów o odkażaniu danego przedmiotu. W przeciwnym razie może utrata prawa odszkodowania stać się w naszych warunkach karą dotkliwszą jeszcze, niż grzywny za przekroczenie ustawy nakładane.

Grzywny zaś takie powinny wpływać wyłącznie na korzyść ludności tego kraju, z którego je ściągnięto. Im bowiem więcej kraj jakiś chorobami zakaźnemi bywa dotknięty, tem liczniejsze będą z natury rzeczy przekroczenia ustawy, tem też obficiej wpływać będą za to grzywny. Gdyby tych grzywien kraj taki nie mógł dla siebie na zwalczenie epidemii zużytkować, wtedy ponosiłby krzywdę podwójną: szkody przez samą epidemię sprawione i kary, jeszcze przytem gotówką opłacane. Jak do poszczególnych krajów, tak samo da się to zastosować do różnych okolic jednego kraju. Dlatego grzywny powinny iść na korzyść gmin. Wszelako należyte zużytkowanie kwot tych może być zagwarantowane tylko wtedy, jeżeli kwoty te scentralizowane w Wydziale krajowym, będą pod jego zawiadywaniem.

11. Zastrzeżony dla ustawodawstwa krajowego rozdział kosztów między strony powinienby tylko dotyczyć rozdziału kosztów między fundusze gminne, powiatowe i krajowe, nie powinien zaś dotyczyć przerzucenia pewnej części ciężarów na strony prywatne.

(Motywa). Jak wynika z poprzedniego, musi być rozdział kosztów między państwo, a kraje (fundusze ogólno-krajowe, powiatowe, gminne), pod wielu względami ujęty inaczej, niż to proponuje projekt ustawy. Skoro nie jest możebne, by skarb państwa pokrywał wszelkie koszta zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych tak, jak to proponowała Najwyższa Rada zdrowia, to przynajmniej powinien ponosić koszta takich zarządzeń i urządzeń, które mają znaczenie nietylko dla ludności miejscowej, a które w pierwszym rzędzie zmierzają do ochrony całego państwa przed wtargnięciem chorób zakaźnych z krajów ościennych. Według tej, jedynie słusznej zasady, ujęto tę stronę sprawy w punktach poprzednich, jako też i w punkcie następnym (12), który ze względu na interesa naszego specyalnie kraju ma znaczenie bardzo doniosłe. Jest rzeczą oczywistą, że niepodobna narzucać na strony prywatne kosztów (np. odkażania lokalu przy delożowaniu i t. p.) wobec tego, że strona prywatna będzie już i tak ciężko dotknięta samą chorobą i związanymi z leczeniem się i t. p. kosztami, utratą zarobku, ograniczeniem wolności osobistej i t. p., co zwłaszcza posiada szczególną wagę w naszym, ubogą ludność mającym kraju.

12. Skarb państwa, oprócz już wymienionych w projekcie ustawy (§ 35), powinien ponosić następujące koszta:

a) wynagrodzenia za doniesienia lekarskie o chorobach zakaźnych,

b) koszta przyrządów i środków do odkażania,

c) koszta nadzorców sanitarnych, utrzymania ich w razie zarażenia się (*Krankengeld*), oraz ich emerytur i zaopatrzeń,

d) koszta zaopatrzenia lekarzy na czas choroby (*Krankengeld*),

e) koszta dostarczenia osobom izolowanym a niezamożnym, zarówno chorym, jak zdrowym, środków do życia i opieki w chorobie,

f) koszta szpitali ruchomych,

g) koszta zakładów badania chorób zakaźnych, stacyi i oddziałów bakteryologicznych,

h) koszta z powodu zarządzenia specyalnych przepisów meldunkowych.

Motywa punktów *a*, *c*, *d*, *e*, *f*, *g*, *h*, wynikają z tego, co się powyżej powiedziało.

Co do kosztów środków i przyrządów do odkażania, to już powyżej wielokrotnie wspomniane względy zasadnicze wymagają, ażeby skarb państwa ponosił ten wydatek na sprawę odkażania, jedną z najważniejszych w zwalczaniu epidemii, zagrażających całemu państwu. Przemawiają też za tem względy praktyczne: oddanie odkażania w ręce nadzorców sanitarnych państwowych, konieczna jednolitość w postępowaniu przy odkażaniu, konieczność utrzymywania przyrządów w stanie należytym, czego np. od gmin oczekiwać nie można, konieczność zapobieżenia, aby strony prywatne nie żądały zbyt wielkich i zbyt częstych odszkodowań za przedmioty odkażane, coby się działo wtedy, gdyby odkażanie pozostawiono w rękach gmin i t. p. — Ze względu zaś na stosunki naszego kraju byłoby nałożenie odkażania na nasze niezamożne gminy dla nich ciężarem nie do zniesienia i uczyniłoby iluzorycznem wykonanie ustawy w tym względzie.

Z postulatów powyższych za najważniejsze, które w interesie kraju koniecznie powinny być spełnione, uważać należy właśnie ten punkt

b) ponoszenie kosztów odkażania przez skarb państwa,

oraz punkt

c) dostarczanie osobom izolowanym, a niezamożnym, środków do życia i opieki na koszt państwa,

wreszcie punkty

c) i *f*) (nadzorcy sanitarni i szpitale ruchome).

Oprócz powyższych wyników, bezpośrednio zmian w projekcie ustawy wymagających, doszła ankieta do wniosków następujących:

I. Reforma administracyi, oparta na wytworzeniu silniejszej jednostki administracyjnej, niż dzisiejsza wiejska gmina ga-

licyjska lub obszar dworski, jest także ze stanowiska sanitarnego, a w szczególności ze względu na zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, rzeczą konieczną.

(Motywa). Dzisiejsza wiejska gmina w Galicyi, odłączona od obszaru dworskiego, z największą tylko trudnością mogłaby podołać skutecznie wymaganiom i obowiązkom, jakie na nią nałoży nowa ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. Na dokładne wykonanie tej ustawy nie dozwoli w galicyjskiej gminie wiejskiej, drobnej i słabej, brak dostatecznej liczby inteligentnych sił wykonawczych i brak funduszów. Z góry można przewidzieć, że dopóki przez reformę administracyi nie powstaną silniejsze jednostki administracyjne, dopóty nie odniesie Galicya z nowej ustawy, pomimo proponowanych przez ankietę poprawek, korzyści w tej mierze, w jakiej je odnieść może i powinna.

II. Jest rzeczą konieczną uregulowanie w drodze ustawy krajowej sprawy zaopatrzenia ludności w dobrą wodę i sprawy handlu starzyzną.

III. Wprowadzenie czy to w ustawie o zwalczaniu chorób zakaźnych, czy też przez osobną ustawę państwową przymusu szczepienia ospy, jest nadzwyczaj pożądane.

(Motywa). Projekt ustawy państwowej o zwalczaniu chorób zakaźnych nie dotyka prawie wcale najważniejszej podstawy zapobiegawczej, t. j. spraw asanacyjnych. Brak ten uznaje sam rząd w motywach ustawy, przerzucając troskę o asanacyę na czynniki autonomiczne. Ponieważ niema o tem mowy, aby brak ten mógł być uzupełniony w ustawie państwowej, przeto zadaniem kraju jest zająć się temi sprawami, które w innych krajach są już przeważnie załatwione, a w Galicyi szczególnie wiele pozostawiają do życzenia[1]) i ze względu na najważniejsze choroby zakaźne szczególnem grożą niebezpieczeństwom; tu należą przedewszystkiem sprawa zaopatrzenia ludności w wodę (cholera, dur brzuszny, czerwonka) i sprawa handlu starzyzną (dur osutkowy).

Przymus szczepienia ospy posiada szczególną wagę dla naszego kraju, który wśród wszystkich krajów monarchii szczególnie jest na zawlekanie tej choroby narażony. Czem zaś zagraża brak przymusu szczepienia, dowodzi niedawna epidemia ospy w Wiedniu.

IV. Liczba lekarzy rządowych powinna być w Galicyi znacznie pomnożona, a to przez pomnożenie liczby starostw (zmniejszenie rozległości powiatów) i ich personalu lekarskiego; warunki bytu lekarzy rządowych powinny być wydatnie polepszone, a lekarzom rządowym, przez pracę w okolicach dotkniętych endemiami pewnych chorób, szczególnie na niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia narażonym, powinny być przyznane szczególne korzyści (np. skrócenie lat służby).

V. Organizacya sanitarna okręgowa powinna być w Galicyi uzupełniona ile możności szybko; okręgi sanitarne należy tworzyć przedewszystkiem w okolicach, mających żywy ruch ludności (powiaty nadgraniczne i powiaty ze znaczną emigracyą sezonową, okolice większych miast), a siedzibę okręgu sanitarnego oznaczać w miejscowości odpowiedniej po wysłuchaniu opinii Krajowej Rady zdrowia i Izb lekarskich. O utworzeniu okręgu sanitarnego powinna decydować w pierwszym rzędzie jego ze względów sanitarnych potrzeba; w tym celu powiaty, finansowo słabsze, powinny mieć zapewnioną wydatniejszą pomoc funduszów krajowych. Myśl utworzenia przy Wydziale krajowym osobnego organu lekarskiego nadzorczego i pouczającego dla okręgów sanitarnych, będzie znacznym i godnym uznania postępem. Należy zmniejszyć długi łańcuch instancyi między okręgiem sanitarnym a władzą wykonawczą polityczną powiatu, zapewnić większą sprawność usiłowaniom lekarzy okręgowych, zmierzającym do postępu asanacyi kraju.

VI. Należy zmierzać do pomnożenia liczby lekarzy gminnych.

(Motywa). W zwalczaniu i zapobieganiu chorobom zakaźnym pierwszorzędne znaczenie ma w c z e s n e rozpoznanie pierwszych przypadków choroby i w c z e s n e zastosowanie najważniejszych środków (odosobnienie, odkażenie) w sposób umiejętny. Jedno i drugie wykonalne jest tylko tam, gdzie jest lekarz na miejscu lub w pobliżu. Tymczasem w Galicyi jest liczba lekarzy w stosunku do liczby ludności niedostateczna; sprawdzanie przyrody podejrzanych przypadków i zastosowanie odpowiednich środków przypadnie najczęściej w zadaniu lekarzom urzędowym, zjeżdżającym do miejscowości, gdzie przypadki choroby zaszły. Przy obecnej rozległości powiatów musi ta czynność lekarzy powiatowych szwankować, a pomoc lekarzy okręgowych, powołanych do współdziałania, nie będzie wystarczającą, dopóki sieć okręgów sanitarnych będzie tak niezupełną, jak obecnie. Stąd wynika konieczność pomnożenia liczby lekarzy powiatowych, resp. pomnożenia liczby starostw, jakoteż konieczność szybszego tworzenia okręgów sanitarnych. Gdy jednak obecny stan finansów krajowych i powiatowych nie dozwala na to, aby organizacya okręgów sanitarnych została w całym kraju naraz lub w ciągu choćby lat kilku dokonana, przeto należy zmierzać do tego, aby była ona ukończona przynajmniej w tych powiatach, które przez żywy ruch ludności są szczególnie na zawlekanie i krzewienie się epidemii narażone.

Fakt, że na niektóre już utworzone posady lekarzy okręgowych brak kandydatów, ma swą przyczynę przedewszystkiem w nędznem wogóle uposażeniu lekarzy okręgowych, a następnie w tem, że siedzibę takich ciągle wakujących stanowisk wybrano wadliwie, bez uwzględnienia, czy w danej miejscowości lekarz będzie się mógł utrzymać, to znaczy, czy będzie miał jakieś dochody z praktyki prywatnej. Oznaczając siedzibę lekarza okręgowego, należy przeto koniecznie oprzeć się na opinii znawców, t. j. Krajowej Rady zdrowia i Izb lekarskich, które najłatwiej jeszcze ocenić zdołają, gdzie można się spodziewać dla lekarza dostatecznych dochodów. Wogóle zaś przy tworzeniu dalszych okręgów sanitarnych należy postępować podług systematycznego planu, nie kierując się tylko zasobnością funduszów Rady powiatowej, lub zgłoszoną jej gotowością do utworzenia okręgu, ale tworząc okręgi sanitarne naprzód tam, gdzie ich największej potrzeba; tylko w ten sposób można zabezpieczyć kraj od wtargnięcia epidemii, jeżeli się utworzy gęstą sieć posterunków lekarskich przedewszystkiem w okolicach, stale najbardziej zagrożonych.

Zarówno do służby rządowej, jak i krajowej (na posady okręgowe), garnie się coraz mniej lekarzy. Przyczyną tego jest ciężka i odpowiedzialna praca, a niedostateczne za nią wynagrodzenie. Jeżeli więc niema nastąpić niedobór w personalu lekarskim rządowym i autonomicznym, to konieczną jest rzeczą poważna poprawa warunków bytu tego personalu. W kraju naszym odstraszać musi lekarzy od stanowisk w służbie sanitarnej także i wielkie niebezpieczeństwo zakażenia się; wszak co trzeci lekarz rządowy w Galicyi choruje, a co szósty umiera na dur plamisty. To też lekarzom, w tak szczególny sposób wystawionym na niebezpieczeństwo, należy podobnie, jak żołnierzom na wojnie, zapewnić za to szczególne korzyści.

W zapobieganiu epidemiom mają podstawowe znaczenie postępy asanacyi, nad którymi czuwać powołani są w pierwszym rzędzie lekarze okręgowi, gminni i powiatowi. Wszelako działalność lekarzy okręgowych na tem polu dopóty nie będzie taką, jakąby być mogła i powinna, dopóki każde usiłowanie ich, zmierzające do poprawy stosunków, wyrażać się będzie długą wędrówką ich wniosków aż do Wydziału krajowego i Namiestnictwa, a stamtąd znów do Starostwa i z powrotem, dopóki między lekarzami okręgowymi a władzą wykonawczą nie będą wprowadzone stosunki ściślejsze i drogi krótsze i szybsze. Zagadnienia, jak podnieść sprawność organizacyi sanitarnej okręgowej, — ustanowienie nadzorczego i kierowniczego lekarskiego organu w Wydziale krajowym jeszcze całkowicie nie rozwiązuje, aczkolwiek jest wielkim krokiem naprzód.

[1]) Fatalny brak dobrej wody w wielu okolicach kraju ilustrują dosadnie dane, zebrane przez Krajową Radę zdrowia, oraz w rozprawach Dra Barzyckiego i Walczyńskiego. Działalność powiatowych władz autonomicznych dla poprawienia tego stanu jest nierównomierna; poprawa stosunków może nastąpić dopiero wówczas, gdy ustawa krajowa przymusi rady powiatowe i gminy do równomiernej wszędzie w całym kraju działalności.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Związku krajowego lekarzy galic. podaje do wiadomości kolegów, że wszyscy członkowie Kasy pogrzebowej dawnej »Samopomocy« zachowują prawa już nabyte i nadal do Kasy pogrzebowej na dotychczasowych warunkach należą.
Sekretarz: *Weinsberg.* Prezes: *Wicherkiewicz.*

Wydział Organizacyi lekarzy krakowskich odbył 14. III. 1909 posiedzenie, na którem Dr Klęsk zawiadomił o bardzo

pomyślnym wyniku swoich starań w sprawie opustu cen rozmaitych artykułów dla członków organizacyi, poczem postanowiono wysłać delegatów na konstytuujące zgromadzenie Organizacyi obwodowej i uwolniono jednego członka organizacyi od połowy wkładki na rok bieżący. Sekretarz: *Dr Witalński.*

Do wszystkich organizacyi lekarskich zwraca się prezydyum austr. Związku państwowego z następującemi radami, a to z okazyi ostatnich zajść. Najpierw przypomina prezydyum, że wedle uchwały Zjazdu delegatów z 29. i 30. XI. z r. może być bojkot ogłoszony jedynie w porozumieniu z prezydyum Związku. Jak takie postępowanie jest ważne, okazało się w praktyce w dwóch ostatnich przypadkach. Prezydyum jednak prosi, żeby mu dla oceny danego przypadku podawano jak najdokładniejsze informacye, aby, raz na bojkot się zgodziwszy, mogło tem śmielej występować wobec władz. Doświadczenie dotychczasowe przekonało, że największą trudnością w przeprowadzeniu bojkotu była ta okoliczność, iż dotyczący lekarze nie mieli pisemnie pozawieranych kontraktów z pracodawcami, (gminą, kasą chorych). A więc usilnie prosi prezydyum, by organizacye zwracały uwagę swym członkom, żeby, przyjmując posadę, zawierali pisemną umowę i żeby tę umowę przedkładali kierownictwu swej organizacyi do oceny. Niektóre Izby lek. powzięły już prawomocne uchwały, że każdy członek Izby jest obowiązany każdą prywatną umowę o posadę lek. wprzód Izbie swej przedłożyć. Organizacye powinny się o to starać, żeby wszystkie Izby powzięły taką uchwałę, gdyż Izby — mocą swego półurzędowego charakteru — mogą wywierać skuteczny wpływ na formę i treść układów. Prezydyum przypomina, że tylko tych kolegów będzie bronić, którzy należą do organizacyi dawniej, a nie dopiero od chwili, kiedy im zagroziło niebezpieczeństwo. Na wypadek kolizyi między lekarzem należącym do organizacyi, a nie należącym, będzie musiała organizacya z góry stanąć po stronie kolegi, należącego do organizacyi. Prezydyum zwraca dalej uwagę na bardzo ważny szczegół w sprawie bojkotu i prosi, żeby się poszczególne organizacye nad sprawą tą zastanowiły, bo zamierza ją prezydyum przedłożyć jeszcze raz na najbliższem zgromadzeniu delegatów. Rzecz się ma tak. Niektóre organizacye głoszą zdanie, że organizacya jest tylko na to, żeby ocenić, czy w danym wypadku wypowiedziano posadę lekarzowi ściśle wedle umowy. A więc jeśli lekarzowi wypowiedziano na czasie, n. p. 1. stycznia na 1. lipca, to zdaniem tych organizacyi dany lekarz niczego od organizacyi spodziewać się nie może. Inna rzecz, jeśli nie dotrzymano terminu wypowiedzenia i wypowiedziano na inny termin lub wcześniejszy termin (przed 1. lipca w danym przypadku) lub wogóle nie wypowiedziano. Tymczasem zdaniem prezydyum organizacye powinny wnikać także i w motywy wypowiedzenia, bo dla zmuszenia pracodawcy, by wypowiadał na czasie, wystarczają w zupełności sądy; na to nie potrzeba organizacyi.

Organizacye powinny oczywiście także i tem się zajmować, czy danemu koledze wypowiedziano na czasie i ogłosić bojkot posady, jeżeli w danym przypadku i pod tym względem kolegę skrzywdzono i to niezależnie od prawa sądowego dochodzenia dotrzymania terminu i ewentualnego odszkodowania. Przyczyna tego leży w tem, że przez czas procesu, zwykle długo trwającego, mógłby lekarz ponieść niepowetowane szkody, których żaden sąd mimo przyznanego odszkodowania nie zdoła wynagrodzić lub wstrzymać. Bojkot jest w takim razie tylko organizacyjnem dopełnieniem niedostateczności ochrony prawnej. Organizacya jest więc powołana nawet przy zachowaniu terminu wypowiedzenia na żądanie dotyczącego lekarza zbadać i powody wypowiedzenia lub uwolnienia ze służby. A jeśliby się okazało, że motywy wypowiedzenia są niewystarczające, n. p. natury czysto politycznej, że nie mają żadnego związku z lekarską czynnością kolegi, to organizacya powinna postarać się o uznanie bojkotu w Związku centralnym. *Stahr.*

Co może organizacya, bez której każdy z kolegów sam byłby skazany na łaskę losu, pokazało się w Wiedniu. Dr Koralewski był lekarzem cegielni Hennersdorf-Leopoldsdorf pod Wiedniem pełnych lat 18 i bez żadnego słusznego powodu posadę tę mu wypowiedziano. Organizacya, zbadawszy sprawę, ogłosiła bojkot tej posady, a wtedy przeciwnicy poruszyli wszystkie sprężyny, by złamać organizacyę. Od pół roku szukała dyrekcya cegielni lekarza za pomocą inseratów w pismach codziennych, osobiście zabiegała po wszystkich szpitalach, by zjednać jakiegokolwiek lekarza na tę posadę. Już nawet zdawało się, że znaleziono kogoś, już nawet meble tego kolegi były na miejscu w Leopoldsdorf, — wtedy prezydyum Związku wdało się w tę sprawę i kolega ów zobowiązał się słowem honoru, danem prezydentowi Związku, posady nie obejmować. Tymczasem nadszedł 1. styczeń 1909, w którym to dniu dotychczasowy lekarz Kasy, Dr Koralewski, złożył swą czynność lekarza Kasy. Fabrykanci wtedy poczęli chodzić od Anasza do Kajfasza, od starosty w Bruck do namiestnictwa, a nawet do ministerstwa spraw wewnętrznych — nic to jednak nie pomogło. Prezydyum Związku, broniąc słusznej sprawy, nie ustąpiło na włos. Fabrykanci poczęli sobie radzić w ten sposób, że żądali w poszczególnych przypadkach pomocy już to dotychczasowego lekarza, już lekarzy z sąsiedztwa na mocy przymusu zawodowego. Kiedy to jednak trwać poczęło zbyt długo, doniosło prezydyum Związku starostwu w Bruck, że Kasa chorych przedsiębiorstwa cegielnianego w Hennersdorf-Leopoldsdorf od 1. stycznia b. r. jest bez lekarza, a więc nie spełnia swych obowiązków z przepisów § 6, l. 1 ustawy z 30 marca 1888 Dz. u. p. Nr 33. To zaraz poskutkowało. W dwa dni została zawarta ugoda za pośrednictwem Związku i wiceprezydenta dolnoaustryackiej Izby lek. między dotychczasowym lekarzem Kasy a Zarządem cegielni i Kasy, mocą której posadę lekarzowi wolno odtąd wypowiedzieć tylko w porozumieniu z dolno-austryacką Izbą lekarską. Zwycięstwo odniosła organizacya na całej linii.

I na Śląsku toczy się teraz gorąca walka. Podjęła ją organizacya w obronie Dra Kłuszyńskiego w Piotrowicach. Dr Kłuszyński, z przekonań socyalny-demokrata, naraził się wielkościom swego miasteczka z okazyi wyborów do parlamentu, jako też przez założenie robotniczego sklepu spożywczego. Rada gminna wypowiedziała mu dlatego posadę lekarza gminnego, na co organizacya śląska odpowiedziała bojkotem tejże posady. Kiedy po pół roku nie znalazł się między kolegami żaden zdrajca, trzeba było zwiększyć przyniętę do Piotrowic, i nakłoniono tamtejszą fabrykę sody, że i ona posadę Dr Kłuszyńskiemu wypowiedziała. Bojkot rozciągnięto naturalnie i na tę posadę. I teraz się pokazało, że w życiu publicznem możliwą jest rzeczą, że jedna przyczyna wywołać może dwa różne skutki. Gdy władza krajowa z całym spokojem przyjęła do wiadomości ogłoszenie bojkotu posady lekarza gminnego i nawet ani próbowała pogodzić paważnionych stron, to bojkot fabryki sody nagle pobudził jej energię. Ale też właścicielem tej fabryki jest namiestnik śląski hr. Larysz. Władza krajowa rozwiązała organizacyę, która w obronie kolegi nie zawahała się i nie uszanowała fabryki pana namiestnika. Oczywiście mimo rozwiązania organizacyi śląskiej bojkot zostaje utrzymany.

Fakta powyższe dowodzą, co znaczy organizacya i jak jest potrzebna. *Stahr.*

Brak lekarzy wojskowych w Austryi, o którym już kilkakrotnie pisaliśmy, wyraźnie widać w nowym schematyzmie wojskowym. Cały oficerski korpus lekarski liczy 1062 osób, a więc brakuje mu do kompletu około 200 lekarzy (przeważnie lekarzy-poruczników »Oberärzte«). W piechocie ma tylko bardzo mało pułków przepisany stan 5 lekarzy, a tylko niektóre mają po czterech lekarzy. Przeważnie mają po 3 lekarzy, a niektóre pułki nawet tylko po 2 lekarzy. W konnicy zmniejszono już liczbę 3 lekarzy na 2 lekarzy na jeden pułk, ale i tej skromnej liczby lekarzy nie ma pięć pułków. Dla zaradzenia brakom powiększa władza wojskowa ilość stypendyów (obecnie jest ich już 460) i powiększa ilość stopni sztabowych lekarskich: i tak już obecnie w 24 pułkach piechoty i strzelców cesarskich są lekarze sztabowi, jako szefowie lekarscy tych pułków. *Stahr.*

Wyrób przyrządów Dra Gąsiorowskiego „Therm" do odkażania formaliną objęła obecnie fabryka E. Thursfield N. Inst. C. E. w Gumpoldskirchen koło Wiednia.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 7. III. do 13. III. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 1, Markowa 4, Biłków 14), Brzeżany (Chorobrów 2, Kuropatniki 2, Kozowa 1), Buczacz (Krasiejów 1), Drohobycz (Medenice 1, Bolechowce 7), Gródek jag. (Wiszenka 1), Horodenka (Hawrylak 2, Targowica 1, Żydaczów 12), Husiatyn (Kluwińce 1), Jaworów (Sarny 7), Kolbuszowa (Trzeboś 1), Kołomyja (Słobódka polna 4, Siemakowce 2), Kosów (Chomczyn 1), Mościska (Czerniawa 5), Skałat (Grzymałów 14, Podlesie 3), Śniatyn (Trościaniec 11), Kraków miasto 1 (zachorował wyrobnik przybyły z Zarubiniec p. Zbaraż). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. III. do 13. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 (w tem obcy 1), krztuśca — † 1, płonicy 19 † 2, odry 1, duru brzusznego 1 (1). *Dr Leżeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. III. do 13. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 2 † 1), płonicy 4 † 2 (1 † 1), odry 6, duru brzusznego 3 † 2 (2 † 2), gorączki połogowej 1 † 1. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 21. II. do 27. II. 1909 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 7 † 2, odry 1, płonicy 7, róży 3 † 1, duru osutkowego 67 † 3, duru brzusznego 19 † 4, duru powrotnego 5 † 1, błonicy 6 † 1, grypy 6. (*Gaz. lek.* 11).

Śmiertelność w m. Łodzi za drugie półrocze roku 1908 i liczby rocznej śmiertelności:

Choroby zakaźne: ospa 70:0, 26:0, 28:1, 28:3, 28:0, 39:2, przez cały rok 807; błonica: 4, 13, 12, 14, 20; za rok 117: krztusiec: 9, 23, 10, 9, 7, 11, za rok 85; płonica 19, 11, 19, 28, 27, 9, przez rok 144; odra: 51, 13, 10, 10, 9, 6, przez rok 155; gruźlica płuc 87, 84, 67, 80, 73, 112, przez rok 1028; włóknikowe zapalenie płuc: 117, 39, 57, 54, 59, 64, przez rok 755; gruźlicze zapalenie opon mózgowych: 37, 22, 16, 28, 27, 34, przez rok 372; dur brzuszny: 16, 26, 20, 22, 16, 19, przez rok 198; gorączka połogowa: 7 (X), 6, 2, przez rok 37; zakażenie krwi: 0, 4, 4, 2, 10, 3, przez rok 23; róża: 0, 4, 1, 0, 5, przez rok 15; kiła: 2 (X), 3 (XII), przez rok 10. Ogółem choroby zakaźne dały 3760 zejść (w tem 629 żydów).

Choroby niezakaźne: nieżyt żołądka i jelit: 252, 306, 142, 75, 48, 49, przez rok 1509; zapalenie nerek: —, 10, 12, 23, 18, 26, przez rok 115; choroby dróg oddechowych (nieżytowe zapalenie płuc): —, 60, 49, 53, 43, 53, przez rok 538; choroby serca: 37, 25, 24, 29, 36, 36, przez rok 358; udar mózgowy: 12, 8, 0, 5, 13, 3, przez rok 69; uwiąd starczy: 18, 34, 36, 40, 37, 48, przez rok 462; uwiąd (brak sił) u dzieci: 30, 31, 32, 33, 25, 35, przez rok 227; nowotwory złośliwe (rak): 18, 0, 19, 23, 13, 22, przez rok 140; uduszenie i powieszenie (samobójcze) przez rok 37; rany postrzałowe przez rok 62; rozmaite choroby niezakaźne: 58, 16, 45, 53, 67, 51, przez rok 1288; nieżywo urodzonych: 41, 51, 53, 56, 80, 70, przez cały rok 650 (129 ż.); ogółem chorób niezakaźnych 6052 (1270 ż.).

Ogólna śmiertelność za 1908 r. wynosi 9812 zejść, w tem 1869 żydów. Wypada więc (przy 350.000 ludności w Łodzi) 28,2 pro mille rocznie, dla żydów zaś 22,3 pro mille rocznie.— Pierwsza liczba jest większa, niż w Petersburgu i Moskwie i największa ze wszystkich miast, objętych międzynarodową listą miast wielkich w Europie. Dla żydowskiej ludności śmiertelność wypada również większa, aniżeli w innych miastach Rosyi (ogólnie 15 pro mille).

Częstość chorób zakaźnych w Łodzi jest niewiadomą, ale liczba śmierci wskutek nich przechodzi normy we wszystkich innych miastach. *Dr S. Bartoszewicz.*

Nauka i społeczeństwo polskie poniosły ciężką stratę przez śmierć

ś. p. Dra Teodora Dunina

zmarłego w Warszawie d. 16. marca b. r. w 55 roku życia.

Życiorys podamy w numerze następnym.

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Budapeszcie.

Do polskiego Komitetu Zjazdu wybrało Towarzystwo lekarskie lwowskie delegatami: Prof. Gluzińskiego, prym. Piseka, Prof. Sieradzkiego i Dra Witolda Ziembickiego.

Wiadomości bieżące.

XVI. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się 15., 16. i 17. lipca rb. bezpośrednio przed I. Zjazdem internistów polskich w Krakowie. Uprasza się o wczesne zgłaszanie wykładów.

L. Rydygier,
Prezes Zjazdów chirurgów polskich.

Prezydyum Towarzystwa lekarzy galicyjskich przesłało nam następujące pismo:

Prezydyum Towarzystwa lekarzy galic., korzystając z uprzejmości »Przeglądu« pozwala sobie przesłać Szanownym Kolegom jako dodatek do »Przeglądu lek.« »Projekt zmiany ustawy Towarzystwa lekarzy galicyjskich«, opracowany przez komisyę statutową, wybraną na ostatniem Walnem Zgromadzeniu. Projekt ten obejmuje postanowienia niezmiernie ważne, które wnikają w głąb dotychczasowej organizacyi naszego Towarzystwa. Normując sprawę reformy gospodarstwa finansowego, sprawę równouprawnienia obu organów Towarzystwa, rozszerzenia autonomii Tow. lek. lwowsk., zjednoczenia się z Tow. lek. krakowskiem itd., czyni on tylko zadość życzeniom Szanownych Kolegów, wyrażanym niejednokrotnie w formie wniosków, które uzyskiwały poklask na walnych zgromadzeniach. Mimo to jednak Rada zawiadowcza, zanim tę sprawę przedłoży Walnemu Zgromadzeniu do dalszego postanowienia, pragnie zasięgnąć zdania jak najszerszych kół Kolegów, czy projektowana zmiana statutu odpowiada ich intencyom i czy nie mają jeszcze innych życzeń, których projekt nie uwzględnia.

Dlatego też zwracamy się tak do Szanownych Kolegów, jak i do Szanownych Zarządów Sekcyi z prośbą o przeprowadzenie nad tym przedmiotem szczegółowej dyskusyi i zawiadomienie Rady zawiadowczej o jej wyniku.

Dr Świątkowski — *Dr Merunowicz*
sekr. gen. — prezes.

Kraków. Na posiedzeniu Rady honorowej Izby lekarskiej zachodnio-gal. w d. 12, III. 1909 odbyła się rozprawa honorowa co do zatargu między Drem D. H. i Drem H. H., po przeprowadzeniu której Rada honorowa, jako sąd polubowny, uchwaliła stwierdzić, iż zajście między obu lekarzami polega na nieporozumieniu, a skoro obaj, na propozycyę Rady, zgadzają się rzecz puścić w niepamięć, Rada sprawę umarza. Następnie odbyła się rozprawa co do zatargu między Drem L. a Drem G. i towarzyszących temu okoliczności. Wobec tego, że Dr G. przeprosił Dra L. za uczynione mu bezpodstawne zarzuty, uznała Rada sprawę między nimi za załatwioną. Natomiast uznała Rada Dra G. winnym uchybienia godności stanu i udzieliła mu ostrzeżenia.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 17. III. 1909 posiedzenie, na którem prezes poświęcił gorące wspomnienie ś. p. Dr Teodorowi Duninowi i zawiadomił, że Towarzystwo lekarskie krakowskie i Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przesłały telegraficznie kondolencye na ręce Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Następnie Prof. Kader przedstawił przypadek olbrzymiej przepukliny pępkowej i przypadek zwężenia ujścia cewki i ropni okołocewkowych, a Prof. Nowak wyłożył rzecz: »O wartości uodpornienia bydła przeciw gruźlicy metodą Behringa«. W dyskusyach przemawiali: Prof. Bujwid, prym. Dr Borzęcki, Prof. Kostanecki i Prof. Kader.

— Towarzystwo ratunkowe wybrało na r. 1909 prezesem r. dw. Prof. Dra Wicherkiewicza, wiceprezesem Doc. Dra Brauna, członkami Wydziału m. i. Dra K. Flisa, Janiszewskiego i Prof. Kadera.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Edward Bruner i Stanisław Saski z Warszawy i Stanisław Matlak z Andrychowa.

— Ministerstwo kolei wydało zezwolenie (koncesyę) spółce prywatnej na podjęcie technicznych robót przygotowawczych dla kolei Nowy-Targ—Szczawnica.

Lwów. Na posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej w d. 13. III. 1909 roztrząsano sprawę budowy miejskiego szpitala zakaźnego i wybrano delegatów do ankiety, zwołanej przez Wydział krajowy w tej sprawie. Następnie uchwalono m. i. rezolucyę, uznającą konieczność regulacyi dzielnicy III. i innych niezdrowych dzielnic miasta. Fizyk miejski, zdając sprawę ze stanu epidemii płonicy we Lwowie, stwierdził, że od stycznia epidemia nie wzrasta; obecnie w leczeniu jest 115 chorych.

— Dr Kazimierz Zgórski, naczelny lekarz Dyrekcyi kolei państwowych we Lwowie, obchodził w ubiegłym tygodniu 25-lecie pracy zawodowej.

— »Tygodnik lekarski« (10) zwraca uwagę, że ministerstwo spraw wewn. osobnymi reskryptami poleca za pośrednictwem starostw lekarzom urzędowym i innym od czasu do czasu dzieła, wydawane przez wiedeńską księgarnię Braumüllera. »Wydawanie podobnych komunikatów« — dodaje »Tygodnik« — »uważamy za prostą reklamę. Dlaczego ministerstwo nie zaleca

przez swe organa dzieł polskich lub innych, niewydanych przez firmę Wilhelma Braumüllera w Wiedniu, skoro te również nadają się znakomicie do dalszego wykształcenia lekarzy?«.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Abraham Mayer, rodem z Zamarstynowa.

Warszawa. Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi utrzymywało w r. 1908 w zakładzie w Drewnicy 160 umysłowo chorych kosztem 30,615 rb.; dochodu miało Towarzystwo zaledwie 22,406 rb., niedobór więc przekracza 8000 rb. Na budowę zakładu dla nerwowo chorych w Karolinie zebrano dotąd 35,000 rb.

— Wydawnictwo im. Dra A. Sokołowskiego ogłasza konkurs z terminem do 1. IX. 1909, a nagrodą 50 rb na broszurę popularną (jeden arkusz druku) na temat: »Jak się ma zachowywać osoba zagrożona suchotami?«. Prace z zachowaniem zwykłych formalności należy nadsyłać pod adresem: Towarzystwo lekarskie (Biblioteka). Warszawa, Niecała 7.

— Tymczasowy szpital przy ul. Złotej na 100 łóżek, urządzony początkowo dla chorych cholerycznych, ma być otwarty jako szpital zakaźny.

Z różnych stron. Zakład kąpielowy w Ustroniu na Śląsku Cieszyńskim, blisko źródeł Wisły, przeszedł, jak donosi »Dziennik polski« (126) w ręce niemieckiej spółki, zorganizowanej przez opawski »Nordmark«, za cenę tylko 90,000 K.

— Prof. chemii w Bernie Szwajcarskiem, Dr Stanisław Kostanecki, mianowany został rycerzem legii honorowej.

— Prezesem miejskiej komisyi sanitarnej w Petersburgu na miejsce Dra Oppenheima został wybrany rodak nasz, Docent Akademii wojskowo-lekarskiej, pedyatra Dr Władysław Hubert.

— Do konkursu na katedrę chemii fizyologicznej w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu stanął m. i. Prof. Dr S. Zaleski.

— Rektorem nowo powstającego Uniwersytetu w Saratowie został mianowany profesor Uniwersytetu kazańskiego Dr Razumowskij.

— B. profesor patologii ogólnej w Warszawie, następnie dyrektor petersburskiego Instytutu medycyny doświadczalnej, wice-minister oświaty Łukjanow, mianowany został... oberprokuratorem najświętszego Synodu.

Mianowani: Dr St. Gurbski asystentem-eksternem I oddziału chirurg. szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

Zmarli: Dr Stefan Zielonko w Siedlcach.

Redakcya otrzymała. Maciesza: 1) Znaczenie przewodu pokarmowego w powstawaniu pylicy płuc i organów jamy brzusznej. 2) O wrodzonych, nadmiernie rozszerzonych otworach ciemieniowych u ludzi. Akad. Umiej. 1909. — H. Wilczyński: O wpływie lecytyny na miesiączkowanie. Odb. »Gaz. lek.« 1909.— Biernacki: Zur Symptomatologie und Diagnostik der »harnsauren Diathese«. Odb. »Wiener med. Wochs.« 1909. — E. Kowalski: O tak zwanem hartowaniu ciała zapomocą stosowania zabiegów wodnych. »Tyg. lek.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 24. marca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dyskusya nad wykładem Prof. Nowaka; 2) Dr Nelken: Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego wartość rozpoznawcza w chorobach umysłowych i nerwowych na tle kiły powstających.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lek. galic. odbędzie zapowiedziane na 20. marca 1909 posiedzenie z tym samym porządkiem dziennym d. **27. marca 1909 r.** o godz. 6 wieczór.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

„Dysphagie-Tabletten“, wyrób firmy Dra Horowitza w Berlinie, zawiera 0·01 anestezyny, 0·01 mentolu, a tylko w formie silniejszej także 0·005 kokainy, obok środka poprawiającego smak. Kołaczyki przeznaczone są do uśmierzania bólów w jamie ustnej, gardle, krtani, częściowo także w przełyku i żołądku. Dr Martin Haudek, asystent w »Wiener allg. Krankenh.« poleca środek ten (klin. therapeut. Wochenschrift 1909, Nr IV.) na podstawie poczynionych przez siebie doświadczeń. H. stosował kołaczyki w 10 przyp. gruźlicy krtani; podawał 3—6 kołaczyków dziennie przed jedzeniem. U 4 suchotników z owrzodzeniami stwierdził H. bardzo korzystne działanie. Po uczuciu chłodu ustaje drapanie w gardle, tak iż jedzenie jest możliwe bez silnych dolegliwości. U 3 chorych nastąpiła znaczna ulga w bólach przy jedzeniu i piciu, a jeden chory twierdził nawet, że doznaje mniej duszności. W pozostałych 3 przyp. nie stwierdzono pożądanego wyniku. W przypadku głęboko usadowionego raka przełyku nie spostrzeżono wyraźnego działania. W ostrem i przewlekłem zapaleniu gardła działają kołaczyki znakomicie. Uczucie chłodu i odświeżenia utrzymuje się w gardle przez czas dłuższy.

Hr. W.

Pyrenol poleca Dr C. Breuer (Klin. therapeut. Wochenschr. 1909, Nr 5). W leczeniu chorób dróg oddechowych znalazł pyrenol zastosowanie z powodu działania wykrztuśnego, występującego już w kilka godzin po podaniu i to bez drażnienia do wymiotów, jak to się dzieje n. p. po zażyciu wymiotnicy lub apomorfiny. Dalszą zaletą pyrenolu jest jego działanie zmniejszające wydzielinę. Działanie uspokajające pyrenolu pozwala stosować go przy krztuścu i dychawicy oskrzelowej, względnie nerwowej. Ogólnie uznany brak działania trującego umożliwia stosowanie pyrenolu przez szereg tygodni, co przy krztuścu ma doniosłe znaczenie. Przy zapaleniu płuc, grypie i ostrym nieżycie oskrzeli zaznacza się nieco działanie obniżające lekko ciepłotę, bez obawy jej nagłego spadku i zapadu, spostrzeganego przy szeregu innych środków przeciwgorączkowych, gdyż zauważono przeciwnie własność skrzepiania mięśnia sercowego.

To też B. uważa na podstawie swego doświadczenia pyrenol za lek cenny przy ostrym i przewlekłym nieżycie oskrzeli, przy zapaleniu płuc, grypie, krztuścu i dychawicy, podnosząc jego wpływ korzystny na przebieg tych cierpień, jako też brak działania niekorzystnego na czynność serca. *Hr. W.*

SKUTECZNIEJSZY NIŻ OLEJ Z WĄTROBY STOKFISZA



Łatwiejszy w użyciu. Przyjemnego smaku. Żadnych nudności, ani biegunki. Pobudza apetyt. Zwiększa wagę ciała.

EKSTRAKT Z WĄTROBY STOKFISZA „FIGADOL“

1 łyżka WINA VIVIEN, zastępuje 2 łyżki stołowe najlepszego tranu stokfiszowego

Główny skład, próbki i broszury opisujące doświadczenia — w aptekach: Dra J. Piepes-Poratyńskiego we *Lwowie*, pl. Bernardyński, l. 1. Konst. Wiszniewskiego w *Krakowie*, ul. Floryańska, l. 15.

VIVIEN, Rue Lafayette, 125, Paris

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana

znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jako-też dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok LXVIII. Kraków, dnia 27. marca 1909. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

TEODOR DUNIN

Ś. p. Teodor Dunin urodził się 1. kwietnia 1854 w Wygnanowie, ziemi kieleckiej. Nauki gimnazyalne skończył z odznaczeniem w r. 1870 w Pińczowie, a wydział lekarski w r. 1876 w Warszawie. Po ukończeniu nauk lekarskich został asystentem kliniki terapeutycznej Uniwersytetu warszawskiego, kierowanej przez Prof. Lewickiego, na którem to stanowisku pozostawał do r. 1880. W tym czasie oddaje się ś. p. Teodor Dunin pracom naukowym tak w klinice, jak i w instytucie Prof. W. Brodowskiego, z którym to zakładem łączy Go jeszcze długo wspólność naukowa i gdzie nabywa podstawy do swych przyszłych badań klinicznych. W roku 1880 otrzymuje ś. p. Dunin samodzielne stanowisko ordynatora szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie i pozostaje na niem aż do swej śmierci, która nastąpiła 16. marca b. r.

To jest zaledwie suchy szkic 55-letniego żywota. Ile to jednak trzeba było rozwinąć w tym krótkim stosunkowo czasie energii, wytrwałości, poświęcenia, zdolności i zaparcia się, aby w tak twardych warunkach, jakie napotyka każda praca naukowa i społeczna po tamtej stronie słupów granicznych, dojść do znaczenia i wpływu, jakie miał ś. p. Teodor Dunin? Któż z polskich lekarzy nie znał nazwiska Teodora Dunina? Znajdował je prawie w każdym numerze czasopism lekarskich polskich, a często i w obcych, czytał je i w politycznych, jako działacza na polu higienicznem i społecznem, — słyszał o Duninie, jako znakomitym lekarzu, to od kolegów z Królestwa, to od chorych, darzących Go bezwzględnem zaufaniem, a cechy tej niezwykłej osobistości mógł poznać z Jego rozumnych i wszechstronnych poglądów na sprawy lekarskie i społeczne w częstych przemówieniach na zjazdach i w stowarzyszeniach.

Działalność ś. p. Teodora Dunina była wielostronna, jak braki i potrzeby naszego społeczeństwa są wielorakie i ogromne i czekają na zaspokojenie przez światłe i zdolne umysły i pracowite ręce. To też ś. p. Dunin rzuca się do czynu, usiłuje dostrzeżonym brakom zaradzić i wszędzie rozwija działalność energiczną, która po przełamaniu przeszkód okazuje się zawsze pożyteczną, w skutkach swych owocną i pobudza do naśladowania.

W początkach rozwinął ś. p. Teodor Dunin działalność kliniczno-naukową i to przeważnie w zakresie medycyny wewnętrznej. Nie ograniczał On się do jednego kierunku w tym dziale nauki, lecz obejmował wszystko, co się w nim nowego pojawiło; z Jego oddziału szpitalnego wychodzą mnogie rozprawy o najnowszych zagadnieniach i kierunkach medycyny. To też Jego prace i publikacye były u nas tak chętnie czytane i cenione, zwłaszcza, że można było z nich poznać oryginalne zapatrywania, poparte obserwacyą i doświadczeniem autora i właściwy koloryt przedstawienia. Wiadomości i własne spostrzeżenia wielu nowszych obrazów chorobowych pierwszy wprowadzał w piśmiennictwo nasze ś. p. Dunin, np. w pracach: »Niedokrwistość postępująca złośliwa (1878)«; »Tyfus powrotny (1880)«; »Choroba Weila (1888)«; »Neurastenia peryodyczna (1898)« i t. p.

W czasie pracy swej w zakładzie Prof. Brodowskiego, ogłosił ś. p. Teodor Dunin kilka bardzo pouczających anatomicznych i bakteryologicznych rozpraw: »Poszukiwania patologiczne nad zapaleniem nerek« (1881); »O zmianach anatomicznych w płucach przy ucisku« (1884); »O przyczynie zapaleń ropnych i zakrzepów żył« (1885). Prace te, wykonane z wielkim nakładem czasu, posłużyły do wyjaśnienia kilku objawów i przebiegu klinicznego dotyczących chorób.

Ilość prac i publikacyi, ogłoszonych przez ś. p. Teodora Dunina, dosięga poważnej liczby 70. Z tych kilkanaście wyszło również w poważnych czasopismach niemieckich jak »Virchow's Archiv«, »Deutsches Archiv für klinische Medizin«, »v. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge«. Prace te zyskały autorowi uznanie za granicą, zwłaszcza praca o zakażeniu mieszanem; to też ś. p. Teodora Dunina uważano wszędzie za poważnego badacza i z Jego zapatrywaniami się liczono.

Oprócz prac oryginalnych pisał ś. p. Dunin do rozmaitych czasopism bardzo wiele sprawozdań, krytyk, miewał wiele odczytów i przemówień na posiedzeniach towarzystw i zjazdów.

Wreszcie posiadamy jeszcze tłómaczenia dzieł obcych na język polski, dokonane przez ś. p. Teodora Dunina w początkach Jego zawodu naukowego, jak »Anatomia ciała ludzkiego« Hoffmanna T. III.; »Duch i mózg« Luysa; »Patologia i terapia szczegółowa« Jaccouda T. III. Świadczy to o niezwykłem zainteresowaniu się arcydziełami literatury lekarskiej.

Ś. p. Teodor Dunin nietylko sam naukowo pracował na swoim oddziale szpitalnym, lecz umiał gromadzić koło siebie grono lekarzy, których nietylko zachęcał do pracy, ale i sam uczył w kierunku praktycznym i naukowym. Przez to stworzył sobie zastęp uczniów, z którymi ogłaszał ze swej pracowni prace kliniczno-naukowe. A książka, wydana w r. 1896 pod tytułem »Prace i spostrzeżenia z oddziału Dra med. T. Dunina. — Warszawa«, zawiera ich 35. Jest to wielką zasługą ś. p. Dunina, że w Warszawie, gdzie praca w klinikach uniwersyteckich była dla lekarzy naszych niemożebna, pierwszy zaradził brakowi swojskich warsztatów naukowych, zakładając własną pracownię, w której młodzi lekarze mogli się naukowo i praktycznie dalej kształcić. Z tej to pracowni, stworzonej usilnymi zabiegami ś. p. Teodora Dunina przy Jego oddziale i utrzymywanej Jego własnymi funduszami, wyszło poważne grono znanych pracowników w literaturze lekarskiej, jak: Janowski, Puławski, Mintz, Rzętkowski, Kopczyński i wielu innych zasłużonych naszych autorów.

Wielkie zasługi ś. p. Teodora Dunina dla piśmiennictwa lekarskiego są jeszcze innego rodzaju. Wydawał on przez 8 lat własnymi funduszami »Odczyty kliniczne«, których był zarazem redaktorem. Kto kiedy podejmował się u nas takiej czynności, wie dobrze, na jakie straty materyalne i trudy się naraża, aby zachęcić autorów do pisania i przeprowadzić druk prac. »Odczyty kliniczne« przyczyniły się niepospolicie do rozbudzenia ducha naukowego między lekarzami.

Niemniej zasłużył się ś. p. Teodor Dunin przez czynne popieranie »Gazety Lekarskiej«; ogłaszając w niej nadto większość swych prac, stworzył z niej poważne i chętnie czytane czasopismo naukowo-lekarskie.

Ś. p. Teodor Dunin okazywał zawsze szersze poglądy na sprawy zawodowe, wskazywał w swych publikacyach na potrzebę reformy naszej prasy lekarskiej, na zadania stowarzyszeń lekarskich polskich i t. p.

Wśród ogółu Kolegów zdobył sobie ś. p. Dunin głębokie poważanie i gorące uznanie. Najpiękniejszy upominek otrzymał w r. 1901, t. j. na 25-lecie swej pracy zawodowej, od swych bliższych współpracowników i uczniów, którzy Mu ofiarowali wspaniałą »Księgę jubileuszową«, mieszczącą 24 poważnych prac naukowych. Był Prezesem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, Prezesem Stowarzyszenia lekarzy polskich, jakoteż Prezesem Towarzystwa higienicznego, a w roku 1900 widzieliśmy Go w Krakowie jako Prezesa IX. Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich.

Społeczeństwu swemu służył ś. p. Teodor Dunin nietylko słowem i pismem, lecz czynami i ofiarnością. Między innymi rzucił pożyteczną myśl założenia sanatoryum dla chorych ze sfer inteligencyi, dotkniętych gruźlicą. A tylko dzięki Jego niezmordowanej energii i zapobiegliwości, a niemniej Jego własnej ofiarności, gdyż na ten cel wyłożył poważną sumę, projekt ten doszedł do skutku, tak, że jeszcze 5 miesięcy przed swą śmiercią otworzył ś. p. Dunin wyśmienicie urządzony zakład w Rudce. Wykonał on niemal sam to, co społeczeństwo samo dla siebie powinno było uczynić i podobnie, jak ś. p. Henryk Jordan, przyczynił się i On do wzbudzenia szacunku dla stanu lekarskiego, niosącego tak bezinteresownie sztandar humanitarności.

Ś. p. Teodor Dunin był działaczem energicznym i płodnym na wielu polach, takim, jakich wyrabiają potrzeby naszego społeczeństwa, które żyje w mniej szczęśliwych warunkach, niż inne społeczeństwa. W tych szczęśliwszych społeczeństwach jednostki z wielkiem uzdolnieniem i energią mogą włożyć ze spokojem swą pracę w mniejszy, specyalny zakres czynności i jej się całą duszą oddać. U nas nienormalne i zmienne warunki społeczne i narodowe nie dozwalają na skupienie pracy w jednym tylko kierunku, lecz odrywają czynniejsze jednostki od jednolitej pracy, nieraz nawet ze szkodą dla rzeczy. Dzięki jednak swym wszechstronnym zdolnościom i wyjątkowej pracy, zdołał ś. p. Dunin, działając już na szerszej arenie, mimo to przodować także w ściślejszym zakresie pracy; wybił się jako wysoko poważany internista, tak pod względem praktycznym, jak i naukowym, a nietylko u nas, ale i za granicą bardzo ceniony; bez urzędowych tytułów akademickich przyczynił się do postępu naukowego medycyny klinicznej i rozbudził zamiłowanie do pracy naukowej między lekarzami.

W innych warunkach, gdzieś za granicą, stworzonoby człowiekowi tej wartości, co ś. p. Dunin, byt wolny od trosk, pozwalający poświęcić się wyłącznie umiłowanej pracy; w warunkach naszych musiał ś. p. Dunin ciężką pracą zwyczajnego praktyka zarabiać, a czas wolny od praktyki, mający Mu służyć na odpoczynek, wraz z zapracowanym groszem wkładał w pracę naukową i społeczną; wobec tego zaiste wysoko staje osobistość ś. p. Teodora Dunina, a Jego przedwczesny zgon tem większym napełnia żalem. Oby On posłużył młodszej generacyi za wzór lekarza, który dzierży wysoko sztandar stanu lekarskiego przez to, że obok ciężkiej pracy praktyka, posuwa naukę lekarską, a społeczeństwu swemu czynnie i materyalnie dopomaga do osiągnięcia celów humanitarnych.

Cześć Jego zacnej pamięci!

W. Jaworski.

Serodyagnostyka kiły zapomocą odczynu Wassermanna.

Podali

Dr A. Modrzewski i Dr J. Reize [1]).

I.

Jeżeli królikowi w pewnych odstępach czasu będziemy wstrzykiwać do żyły lub do jamy brzusznej przemyte w fizyologicznym rozczynie soli czerwone krwinki barana, to po 3—4 takich wstrzykiwaniach, surowica krwi królika nabierze własności rozpuszczania czerwonych krwinek barana nietylko *in vivo*, ale i *in vitro*, t. j. nabierze tak zwanych własności hemolitycznych.

Jeżeli zamiast czerwonych krwinek barana, weźmiemy do doświadczenia bakterye duru brzusznego, to surowica krwi zwierzęcia, użytego do doświadczenia, po pewnym czasie nabędzie własności bakteryobójczych względem bakteryi durowych i te własności będą występowały także nietylko *in vivo*, lecz i *in vitro*. Taką surowicę nazywamy bakteryolityczną.

Podobną właściwość wytwarzania przy wprowadzaniu do ustroju zwierzęcego swoistych ciał posiadają nietylko czerwone krwinki i bakterye durowe, ale, jak nam wiadomo, wiele innych bakteryi, komórek ustrojowych, rozczynów białka i t. p.

Dla ciał, pod których wpływem wytwarzają się swoiste substancye, przyjętą jest nazwa antygenu; swoiste zaś ciała, powstałe pod wpływem antygenu, nazywają się przeciwciałami (niwecznikami). Bliższe zapoznanie się z właściwościami niektórych przeciwciał, a mianowicie bakteryolizyn i hemolizyn, nieodzowne jest dla zrozumienia omawianej sprawy.

Jeżeli hemolityczną, lub bakteryolityczną surowicę będziemy ogrzewać w kąpieli wodnej w ciągu $1/2$ godziny przy 56° C., to surowica utraci swoje własności swoiste. Jeżeli do takiej t. zw. nieczynnej surowicy dodamy jakiejkolwiek świeżej surowicy (nie bakteryolitycznej lub hemolitycznej), n. p. surowicy świnki morskiej, to nieczynna surowica znowu stanie się czynną, t. j. nabierze hemolitycznych lub bakteryolitycznych własności. Z tego wnosimy, że lityczne surowice składają się z dwóch składników — jednego, który przy ogrzaniu do 56° C. znika i który nazywamy komplementem (aleksyną). Ten zaś składnik, który przy ogrzaniu pozostaje bez zmiany, Ehrlich nazywa amboceptorem. Taki amboceptor, według Ehrlicha, ma dwie grupy chwytne, z których jedna zdolna jest do łączenia się ze swoim tylko antygenem, druga zaś chciwie łączy się z komplementem jakiejkolwiek surowicy. Amboceptor względem antygenu jest wysoce swoisty, o tyle swoisty, że n. p. amboceptor hemolityczny względem czerwonych krwinek barana będzie się łączyć tylko z czerwonemi krwinkami barana, a nie będzie się łączyć z krwinkami psa, kota, lub innego zwierzęcia. Nie będziemy wdawać się w bliższe szczegóły tych ogromnie ciekawych zjawisk, a przejdziemy do bezpośrednio interesującej nas sprawy, do odczynu Bordeta i Gengou, który jest protoplastą odczynu Wassermanna.

[1]) Odczyt na posiedzeniu Tow. lekarskiego polskiego w Kijowie.

Opierając się na wyżej opisanych właściwościach hemolizyn i bakteryolizyn, Bordet i Gengou w 1901 r. opisali odczyn dla wykrywania w surowicy antygenu lub amboceptorów, którego zasady najlepiej wytłómaczy przykład.

Jeżeli zechcemy przekonać się, czy w surowicy krwi królika, któremu przez dłuższy czas wstrzykiwano bakterye durowe, znajdują się swoiste bakteryolizyny, to będziemy postępować w następujący sposób: badaną surowicę pozbawiamy komplementu przez ogrzanie do 56° C. w ciągu $1/2$ godziny i następnie do takiej nieczynnej surowicy dodajemy w odpowiedniej ilości zawiesiny bakteryi durowych (antygen) i pewną ilość świeżej surowicy świnki (komplement) i stawiamy to wszystko do cieplarki na godzinę. Jeżeli w badanej surowicy znajdują się swoiste amboceptory względem bakteryi durowych, to nastąpi połączenie amboceptorów z jednej strony z bakteryami duru, z drugiej strony będzie związana pewna ilość komplementu. Są pewne normy, uzyskane empirycznie, które ułatwiają nam określanie ilości tych trzech składników w ten sposób, że cała ilość komplementu, w razie obecności swoistych amboceptorów będzie związana. Jeżeli teraz do naszej mieszaniny dodamy hemolitycznej nieczynnej surowicy, czerwonych krwinek barana, to hemoliza nie nastąpi, gdyż wolnego komplementu w mieszaninie niema.

Zupełnie inaczej wypadnie doświadczenie, jeżeli surowica krwi królika, użytego do doświadczenia, nie zawiera amboceptorów durowych. W takim razie połączenie między bakteryami i amboceptorem nie nastąpi i komplement nie zostanie związany, a zatem po dodaniu hemolitycznego amboceptora i czerwonych krwinek barana, hemoliza nastąpi, gdyż mamy po temu wolny komplement.

Przy pomocy odczynu wiązania komplementu, używając jako antygenu zawiesiny bakteryi dżumy, wąglika, duru, odmieńca, i innych, udało się Bordetowi i Gengou wykryć w surowicy stosownych zwierząt swoiste amboceptory. Gengou i Moreschi wykryli tworzenie się swoistych amboceptorów i przy użyciu rozczynu białka. Schütze używał tego sposobu do określenia różnych gatunków mięsa. W medycynie sądowej Schütze i Uhlenhuth zastosowali odczyn wiązania komplementu do odróżnienia rozmaitych gatunków krwi.

Wassermannowi i Bruckowi należy się pierwszeństwo w zastosowaniu z zupełnem powodzeniem jako antygenu wodnych wyciągów z bakteryi i narządów. Wassermann, Neisser i Bruck zastosowali odczyn Bordeta i Gengou do serodyagnostyki kiły. Rozumowali oni tak: jeżeli wodne wyciągi bakteryi zawierają w sobie te substancye, które służą jako antygen w zamian ciał bakteryjnych, to można przypuścić, że i wyciągi z narządów, zawierających wielką ilość krętków bladych, będą z powodzeniem spełniały rolę antygenu przy badaniu co do kiły. Z narządów, jak wiadomo, największą ilość krętków bladych zawierają: wątroba, śledziona i grasica płodów kiłowych. Wodnych wyciągów tych narządów używali: Wassermann, Neisser, Bruck i Schucht, jako antygenu kiłowego i wkrótce cały szereg doświadczeń z surowicą ludzi i małp stwierdził ich rozumowanie.

Dalsze badania rzuciły inne światło na odkrycie Wassermanna, Neissera, Brucka i Schuchta. Mianowicie: Levaditi, Marie, Fleischmann i Mi-

chaelis zauważyli, że nietylko wyciągi z narządów kiłowych mogą służyć jako antygen przy odczynie Wassermanna, ale że tensam wynik osiąga się też przy użyciu wyciągów z narządów prawidłowych. W tymże celu używał Weil wyciągów nowotworów, Landsteiner wyciągu z wątroby morskiej świnki; W. Porges i G. Meier zauważyli jednocześnie z Landsteinerem, Müllerem, Poetzelem, Levaditim i Jamanuchim, że równie dobrze odczyn udaje się z wyskokowymi wyciągami narządów kiłowych, a Landsteiner i Michaelis dowiedli, że i wyskokowe wyciągi narządów prawidłowych z powodzeniem spełniają rolę antygenu w odczynie Wassermanna. Według Landsteinera jednym z najlepszych antygenów jest wyskokowy wyciąg z serca świnki morskiej.

Niedawno pojawiła się praca Szatiłowa i Izabolińskiego z pracowni Prof. Kollego; autorowie ci dowodzą, że chociaż wyciągi wyskokowe z wątroby płodu kiłowego i serca świnki morskiej nie różnią się jakościowo, jako antygeny, przecież ilościowo wyciąg z serca morskiej świnki jest dwa razy słabszy, niż wyciąg z wątroby chorego na kiłę.

Dotychczas wymienione prace pozbawiły odczyn Wassermanna tej swoistości, jaką mamy przy klasycznym odczynie Bordeta i Gengou, i rzuciły pewne światło na charakter odczynnika, którego się używa, jako antygenu. Niektóre właściwości naprowadziły na myśl, że mamy tu do czynienia z tak zwanymi lipoidami. Cały szereg badaczy starał się zastąpić z rozmaitem powodzeniem roztczynami lipoidów antygen przy odczynie Wassermanna. Sam Wassermann używał do tego lecytyny, Fleischmann cholestearyny i waseliny, Levaditi i Jamanuchi glykocholanu i taurocholanu sodu i t. d. Wszystkie te prace, oprócz wyjaśnienia sprawy, miały na celu możliwe uproszczenie odczynu Wassermanna. Takiż sam cel miała praca Bauera, który zamiast hemolitycznej surowicy proponował użycie surowicy człowieka zdrowego, a także praca Liebermanna i Masłokowca (z pracowni Prof. Zabołotnego), którzy chcieli zastąpić hemolityczną surowicę — surowicą świni domowej. Jedną z ciekawszych w tym kierunku prac jest praca Klausnera, sprawdzona przez Wernica, który stara się dowieść, że woda przekroplona z surowicą chorych na kiłę daje zmętnienie wyraźniejsze, niż z surowicą ludzi zdrowych. Takiż sam kierunek posiada niedawno ogłoszona w »Gazecie lekarskiej« praca Wernica, który posiłkując się metodą Levaditiego, używał glykocholanu sodu. Prace te nie mają nic wspólnego z odczynem wiązania komplementu i są modyfikacyami precypitacyjnych metod serodyagnostyki, które co do kiły zapoczątkowali Fornet i Szereszewski.

Cały ten szereg prac wyraźnie świadczy o tem ogromnem zajęciu, jakie wzbudził odczyn Wassermanna. Okoliczność, że w odczynie Wassermanna, jako antygenu używa się substancyi nieswoistej, t. j. znajdującej się nietylko przy kile, w pierwszej chwili zdawało się, że wpłynie ujemnie na zajęcie się tą sprawą, lecz praktyczne wyniki, otrzymane wkrótce przez cały szereg badaczy, sprawiły, że zjawisko to nie przestało i nadal zajmować umysłów szerszych kół lekarskich. Przechodząc do techniki omawianej sprawy, musimy zaznaczyć, że chociaż w danej chwili istnieje już wiele modyfikacyi odczynu Wassermanna, mających na celu ułatwienie, zatem większą dostępność tej metody, lecz tutaj będziemy mówić tylko o tej technice, jakiej używał Wassermann. Zastrzeżenie to wydaje się nam potrzebne dlatego, że niektóre z ogłoszonych zmian techniki zmieniają charakter odczynu, a, co za tem idzie, i wyniki otrzymane za ich pomocą nie mogą być równoznaczne z wynikami Wassermanna i tych badaczy, którzy trzymali się ściśle jego przepisów.

By módz wykonywać odczyn Wassermanna, trzeba mieć surowicę hemolityczną. Surowicę tę przygotowuje się zapomocą wstrzykiwań czerwonych krwinek barana do żyły, a potem i do jamy brzusznej królika. Wstrzykiwania wykonuje się co 7—10 dni, a aby surowica nabyła dostatecznie silnych własności hemolitycznych, należy wykonać niemniej, niż 3—4 wstrzykiwań. Wymaga to do 6 tygodni czasu. Surowicę można uważać za zdatną do użytku, jeżeli w ilości 1,0 C.-R. rozcieńczenia 1 : 1000 do 1 : 2000 zdoła przy użyciu 0,1 komplementu w ciągu 2 godzin hemolizować przy 37° C. 1,0 C.-R. 5% zawiesiny czerwonych krwinek barana. Do doświadczenia używa się jednakże dwa razy większej ilości surowicy. Gdy surowica posiada tej siły zdolności hemolityczne, to najlepiej z takiego królika wypuścić krew zupełnie, zebrać surowicę, pozbawić komplementu przez stosowne ogrzewanie i wysuszyć w suszarce. Tak zasuszona surowica przechowuje się długo i nie traci swoich własności.

Dla uzyskania krwinek czerwonych należy barana trzymać przy pracowni, gdyż krwinki powinny być świeże, brać je należy z żyły szyjnej nie mniej, niż dwa razy na tydzień. Bardzo ważne jest dokładne przemywanie krwinek w rozczynie soli. Do doświadczenia używa się 5% zawiesiny krwinek w fizyologicznym rozczynie soli (8,5 na 1000).

Jako antygenu używaliśmy wyskokowego wyciągu wątroby płodu kiłowego. Takie zboczenie od pierwotnego sposobu, przy którym używano wyciągu wodnego, sankcyonował sam Wassermann, z powodu łatwego psucia się wyciągów wodnych. Wyciąg wyskokowy przygotowuje się w ten sposób, że dany narząd rozciera się na miazgę w maszynce do kotletów, lub w moździerzu i oblewa się 10-krotną ilością 96% wyskoku i w ciągu 24—48 godzin, mieszając o ile można jaknajczęściej, trzyma się w ciepłem miejscu lub w cieplarce. Po upływie tego czasu należy ciecz przesączyć, o ile można, najdokładniej. Przed użyciem antygenu należy go wypróbować co do hamowania i wywoływania hemolizy. Wybitnie wyrażone jedne lub drugie własności czynią antygen niezdatnym do użycia. Antygenu używa się w takiej ilości, by podwójna jego dawka nie hamowała hemolizy. Zwykle to bywa 0,2. Dawka ta powinna przy użyciu 0,2 surowicy wiadomego kiłowych i 0,1 komplementu zupełnie hamować hemolizę.

Krew bierze się u chorego na kiłę z żyły pośrodkowej (*vena mediana*) zapomocą strzykawki, lub z palca ręki przy pomocy zwykłej igły Franka. Po oddzieleniu zwykłym sposobem surowicy, pozbawiamy ją komplementu zapomocą ogrzewania w kąpieli wodnej przy 56° w ciągu ½ godziny.

Do dostarczenia komplementu służy świeża surowica świnki morskiej; krew braliśmy zwykle z ucha. Przy pe-

wnej wprawie udaje się to doskonale. Surowica do komplementu powinna być zawsze świeża.

Kiedy mamy już wszystkie 5 składników i należycie je wypróbujemy, możemy wtedy przystąpić do doświadczenia.

Do dwóch probówek, Nr 1. i Nr 2 nalewamy po 0,2 badanej surowicy i dopełniamy rozczynem soli do 1,0, dalej dodajemy 1,0 10% rozczynu komplementu i nakoniec do Nru 1. dodajemy 0,2 antygenu tej miary, że 0,4 nie hamuje hemolizy i rozcieńczamy rozczynem soli do 1,0; do Nru 2. zamiast antygenu dodajemy 1,0 czystego rozczynu soli. Obie probówki po dokładnem wymieszaniu stawiamy na $^1/_2$—1 godziny do cieplarki. Po upływie tego czasu dodajemy potrzebną ilość hemolitycznego amboceptora i 1,0 5% zawiesiny czerwonych krwinek barana i znowu na 2 godziny stawiamy do cieplarki, a potem pozostawiamy na 12 godzin przy zwykłej ciepłocie pokojowej. Jeżeli w badanej przez nas surowicy znajdują się poszukiwane amboceptory, to połączą się one z antygenem i zwiążą komplement. W takim przypadku po dodaniu hemolitycznego amboceptora i czerwonych krwinek barana hemoliza nie nastąpi, gdyż wolnego komplementu nie będzie. Zupełnie inaczej wypadnie doświadczenie, jeżeli w badanej surowicy poszukiwanych amboceptorów niema; wtedy połączenie z antygenem nie nastąpi, komplement pozostanie wolnym i przy dodaniu hemolitycznego ogniwa hemoliza nastąpi.

Oprócz tych dwóch probówek, które stanowią jądro doświadczenia Wassermanna, musimy jeszcze postawić cały szereg prób kontrolnych w celu sprawdzenia 5 składników, użytych do doświadczenia. Wassermann proponował takich prób 12. Dziś niektóre z nich utraciły swoje znaczenie, inne przy ciągłem stosowaniu jednych i tych samych odczynników mogą być stosowane nie przy każdem doświadczeniu. Dziś różni badacze używają różnych sposobów kontroli. Pamiętać tylko należy, by nie zmienić samego charakteru odczynu, a mianowicie chodzi o to, że 0,2 antygenu i 0,2 surowicy powinny związać niemniej, niż 0,1 komplementu. Związanie mniejszych ilości, jak proponują n. p. Liebermann i Masłakowiec (z prac. Prof. Zabołotnego) mogą dać nawet wyniki lepsze, niż u Wassermanna, lecz zbyt mała ilość zbadanych przypadków nie pozwala nam wysnuć stanowczych wniosków.

(C. d. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Nyström: **O miejscowem znieczuleniu przy przeszczepianiu skóry.** (*Zntblt. f. Chir.* 1909 Nr. 5). N. poleca znieczulenie miejscowe przy zabieraniu płatków skóry sposobem Thierscha z uda przez wstrzyknięcie środka znieczulającego w okolicę nerwu podskórnego bocznego uda tuż pod kolcem biodrowym przedniogórnym i nieco na wewnątrz. Do znieczulenia używa N. 1% rozczyn nowokainy z dodatkiem adrenaliny (5 kropli rozczynu 1: 1000 na każde 10 cm³ rozczynu nowokainy).

Zwykle w 10 minut występuje rozległe znieczulenie skóry uda. *K.*

Klose i Vogt: **Fizyologiczne i anatomiczne badania nad znieczuleniem lędźwiowem i sprawą jego klinicznego zastosowania.** (*Münch. med Wochs.* 1909 Nr. 10). Klose (chirurg) i Vogt (neurolog) zastanawiają się w niniejszej pracy 1) czy skutek znieczulenia, jego działanie uboczne i następowe odbywa się drogą wessania trucizny przez krew, czy też przez bezpośrednie działanie, przez zetknięcie się trucizny z elementami nerwowymi, 2) czy używane powszechnie środki znieczulające, tropakokaina, nowokaina i stowaina, w zwykłych dawkach wywołać mogą poważne, nie przemijające zmiany elementów nerwowych. W tym celu wykonywali autorzy doświadczenia na zwierzętach, badali płyn mózgowo-rdzeniowy, krew i mocz, a wreszcie badali następnie drobnowidowo układ nerwowy. Płyny wstrzykiwane wykazać można u zwierząt już w 5—17 minut w szyjnej części rdzenia. Jeszcze po 3 godzinach wykazać można środek znieczulający w kanale rdzeniowym. Po 6 godzinach wykazać można dopiero ślady we krwi, po 9 stwierdza się w kanale rdzeniowym ślady, a we krwi wyraźnie. Dopiero w 12 godzin znika środek znieczulający zupełnie z kanału i wyraźnie wykazać go można w moczu. Najdłużej pozostaje w kanale rdzeniowym stowaina. W 48 godzin znikają ślady z moczu. U zwierząt, zabitych w krótki czas po znieczuleniu, nie ma żadnych zmian w rdzeniu, natomiast spotyka sią tam zmiany dopiero w pewien czas, w kilka dni lub tygodni. Zmiany te dotyczą tylko komórek ruchowych w przednich i bocznych rogach szarej substancyi, zwłaszcza w części lędźwiowej i piersiowej, występują tu i owdzie rozsiane i z tego też powodu nie wywołują one objawów klinicznych, chyba, że dane jądro składa się z niewielu komórek i jest bardzo czułe, (n. p. jądro mięśni ocznych). Wprawdzie zmiany te są poważne, ale przemijające. Znieczulenie i objawy uboczne i następowe odnieść należy według powyższych badań do bezpośredniego stykania się elementów nerwowych ze środkiem znieczulającym. *K.*

Morris: **Postępowanie przy raku nie nadającym się do operacyi.** (*Lancet* 3/X 1908). M. zajmuje się sprawą zabiegów łagodzących cierpienie przy raku, nie nadającym się już do operacyi. Przy raku języka wycina M. nerw językowy, podwiązuje obie tętnice językowe lub szyjne zewnętrzne, a o ile możności stara się także miejscowo usunąć chorą tkankę. Wobec raków krtani zupełne wycięcie odrzuca, a operuje tylko, gdy da się usunąć nowotwór przez częściowe wycięcie krtani; podobnie nie uznaje M. założenia przetoki żołądkowej przy raku przełyku, i połączenia żołądka z jelitem przy raku odźwiernika, twierdząc, że wyniki są tak wątpliwe, iż nie opłaci się chorych narażać na te operacye, zwłaszcza, że i bezpośrednia śmiertelność po operacyi jest znaczna. Natomiast tworzy M. odbyt sztuczny w okrężnicy przy nie nadającym się do operacyi raku kiszki stolcowej, bo spostrzegł, że po tem żyli chorzy nawet do 3 lat, a jeden nawet 8 lat i 3 miesiące(!). Przy raku macicy usuwa M., co się da i przypala potem chlorkiem cynku lub czystym karbolem. Przy raku sutka usuwa M. zawsze sutek i leczy dalej miejscowo. Przy silnym obrzęku kończyny wprowadza za wzorem Handleya podskórnie grube nitki jedwabne od stawu ręki aż do pachy; działają one potem jakby sztuczne naczynia limfatyczne. Przy silnych bolach z powodu przerzutów w kręgach wycina M. tylne korzenie rdzenia. Stan chorych przy rozległym, nie nadającym się do operacyi raku sutka poprawia nieraz wycięcie jajników. Fulguracya, leczenie zaczynami i surowicami Doyena i Schmidta są bezcelowe. Czasem dość dobre usługi przy wrzodziejących i rozpadłych rakach oddaje posypywanie pankreatyniną; wrzody oczyszczają się, przytem i nieraz stan ogólny się poprawia. *A.*

Dominici i Faure-Beulieu: **Przemiana wsteczna mięsaka dziąsła.** (*Presse méd.* 1909 Nr. 9). Autorowie opisują przypadek, z wielu względów zajmujący. U kobiety 53-letniej rozpoznano mięsaka dziąsła. Nowotwór ten istniał już od 3 miesięcy i usadowiony był na dziąśle lewej górnej szczęki, na miejscu wypadłego przed 15 laty kła. Guz ciągle się zwiększał i krwawił łatwo. Z powodu tego krwawienia chora zwróciła się do szpitala. Tam ją poddano leczeniu naświetlaniami radu »głęboko przenikającymi« według metody Domeniciego, która polega na tem, że promienie radu przepuszcza się przez płytkę srebrną lub ołowianą, przez którą to płytkę przenika tylko część promieni β i γ. Te promienie radu mają mniej drażnić tkankę prawidłową; autorowie nazywają je »ultra pénétrants«. Naświetlano 2 przyrządami: w jednym 0,04 siarczanu radu (0,01 czystego radu) zawinięte były w papier ołowiany grubości 1 mlm; w drugim 0,02 siarczanu radu (0.005 czystego radu) były zawinięte w ołowiany papier grubości 0,5 mlm. Pierwszy przyrząd stosowano 18 godzin w ciągu 1 miesiąca, następnie drugi 30 godzin w ciągu 40 dni. Nakoniec znowu powrócono do pierwszego przyrządu, który stosowano 20 godzin w ciągu 24 dni. Ogółem naświetlania stosowano 68 godzin; każde naświetlanie

trwało średnio około 2 godzin. Już po 8 dniach zmiany były bardzo widoczne. Guz zaczął się zmniejszać i twardnieć, stając się podobnym do włókniaka. Jednocześnie ustały krwawienia. Zmiany histologiczne były jeszcze ciekawsze. Nowotwór, w którym przed leczeniem stwierdzono drobnowidowo napewno utkanie mięsaka, pod wpływem leczenia przetworzył się we włókniaka. Na dowód przedstawiają autorowie rysunki mikroskopowe tkanki nowotworów przed i po leczeniu. Co się tyczy dalszego przebiegu sprawy, to autorowie sądzą, że włókniak dalej będzie się zmniejszać i w końcu zostanie tylko blizna włóknista. *L. Mańkowski.*

Meyer: **Nowy przyrząd do operacyi śródpiersiowych przy zmiennem ciśnieniu.** (*Zntblt. f. Chir.* 1909 Nr. 5). Przyrząd M. składa się z dwóch skrzynek, w sobie umieszczonych. Zewnętrzna, większa, służy do pola operacyi, wewnętrzna, mniejsza, do uśpienia. Ciśnienie można wśród operacyi zmieniać dowolnie. Obie komory dają się łatwo rozbierać i składać, tak, że mogą służyć i w chirurgii polowej. *K.*

Lichtenberg: **O zachowywaniu się płuc i serca po zabiegach brzusznych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909 Nr. 9). L. przeprowadził wspólnie z Müllerem szczegółowe badania nad zachowywaniem się płuc, serca i ciśnienia krwi po zabiegach brzusznych na materyale kliniki heidelberskiej i doszedł do następujących wniosków: 1) Pooperacyjne powikłania płucne po zabiegach wogóle, występują o wiele nawet częściej, niż przypuszczamy, gdyż często powikłania te przebiegają niepostrzeżenie bez wybitnych objawów, a czasem jedynie nieznaczne podniesienie ciepłoty w pierwszych dniach po operacyi jałowej na nie wskazuje. 2) Powikłania te często nie przechodzą w zmiany poważne i występują 2—4. dnia po zabiegu. 3) Znieczulenie i rodzaj jego nie ma większego wpływu na występowanie tych powikłań. 4) Zapalenia płuc rzadko występują jako bezpośredni wynik złego uśpienia, lecz częściej w drodze zatorowej lub opadowej. 5) Wybitne wady serca nie odgrywają przytem większej roli, niż zmiany w naczyniach lub mięśniu sercowym. 6) Badanie ciśnienia krwi może bardzo często wyjaśnić sprawę przy uwzględnieniu innych przytoczonych czynników. *K.*

Klauber: **Etyologia zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909 Nr. 9). Wszystkie liczne teorye powstawania zapalenia wyrostka robaczkowego (kamyki kałowe, ciała obce, sprawy zapalne, nagłe zakażenie i t. p.) dają się zdaniem K. sprowadzić do jednej rubryki, a jest nią zdanie: Zapalenie wyrostka robaczkowego powstaje głównie na tle niedrożności wyrostka, który z natury swej, położenia i budowy jest do tego o wiele skłonniejszy, niż jelita; niedrożność jelit nie należy zaś do zjawisk rzadkich. O ile jednak niedrożność jelit z powodu tego, że w nich krąży ciągle treść, daje odrazu wybitne objawy, o tyle w wyrostku, jako narządzie ślepo zakończonym, objawy wybitne powstają dopiero wtedy, gdy rozwinie się wybitna sprawa zapalna, zgorzel lub przedziurawienie. Zrosty uważa K. nie za następstwo ostrych napadów, lecz za sprawę, która wywołuje właśnie ostry napad, spotykamy je bowiem często u chorych operowanych w pierwszych godzinach pierwszego napadu, a więc istnieć musiały one dawniej. Przy badaniu anatomiczno-patologicznem wyciętego wyrostka widzimy tylko skutki choroby; przyczynę jej powstania można poznać tylko przy badaniu wyrostka »in situ«. Wszelkie sprawy zapalne powstają w wyrostku dopiero wtedy, jeżeli w nim już przedtem czynnik mechaniczny odegrał swoją rolę. Często objawy są tak znaczne, że chorych się operuje, a mimo to badanie wyrostka wyciętego nie wykazuje zmian, właśnie dlatego, że nie sam wyrostek był chory, tylko ułożenie i czynnik mechaniczny były przyczyną cierpienia. Wobec tego przy napadzie zapalenia wyrostka nie powinniśmy wahać się z operacyą, podobnie, jak nie wahamy się przy niedrożności jelit, gdzie wyleczenie bez operacyi jest bardzo wątpliwe. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

W. Sigwart. **W sprawie świeżego pęknięcia krocza.** (*Zentrblt. f. Gyn.* 1909, Nr 10). S. poleca do łączenia skóry po pęknięciu krocza znane klamry Michela; na błonę śluzową pochwy zakłada głębsze szwy katgutowe, w razie potrzeby piątrowe. *B. Wojciechowski.*

Prof. O. Hoehne. **O znaczeniu sztucznego niedokrwienia dolnej połowy ciała dla położnictwa i ginekologii.** (*Zntrblt. f. Gyn.* 1909, Nr 10). Uciskowi tętnicy głównej przez powłoki brzuszne, jako sposobowi tamowania krwotoku, nie przypisują podręczniki większego znaczenia. Bezpośredni ucisk aorty przy otwartej jamie brzusznej znalazł uznanie kilku autorów, szczególnie podczas operacyi ciąży zewnątrzmacicznej. H. zajął się ocenieniem wartości sposobu Momburga, polegającego na założeniu opaski Esmarcha dokoła brzucha, pomiędzy miednicą a łukiem żebrowym, z tym stopniem siły, przy którym ustaje tętnienie w tętnicy udowej. Ucisk odpowiedni, trwający do 2½ godzin, wywołał u królika tylko małe wybroczyny na błonie śluzowej jelit. Wpływu niekorzystnego na moczowody i nerki H. nie spostrzegł. Silniejszy jeszcze i dłużej trwający ucisk może wywołać porażenie kończyn tylnych, trwające różnie długo lub pozostające nawet na stałe. Sposób Momburga znosi połączenie pomiędzy tętnicą sutkową, a nabrzuszną dolną, zaciska dokładnie światło aorty, tak iż po nacięciu naczynie to nie krwawi. Działanie to odnosi się również do tętnic nasiennych.

U kobiet zastosował H. sposób Momburga 2 razy. W jednym przypadku chodziło o krwotok silny przy opróżnianiu zaśniadu groniastego. Ucisk trwał przez kwadrans, krwotok ustał zupełnie, złych następstw nie było. W przypadku drugim krwawiła rodząca po obrocie zapobiegawczym przy sprzężnej prawdziwej 8·8. Gdy wygniecenie łożyska, miesienie i t. p. nie wystarczały, zastosował H. z dobrym skutkiem ucisk Momburga przez 5 minut. Chora skarżyła się później przez 3 godziny na bole w nogach. W tym przypadku stwierdzono silny skurcz macicy po założeniu opaski; zjawisko znane, jako następstwo powstrzymania krwi tętniczej do macicy.

Pożądane zbieranie dalszych spostrzeżeń. *B. Wojciechowski.*

Paul Zacharias. **Przyczynek kazuistyczny do resekcyi jajnika sposobem Mengego (pierwsza ciąża po zastosowaniu tego postępowania).** (*Zntrbl. f. Gyn.* 1909, Nr 10). Menge dąży, jak wiadomo, do zachowania resztek jajnika nawet wtedy, gdy ich gołem okiem obok guza dojrzeć nie można. Chodzi naturalnie o guzy niezłośliwe. W tym celu złuszcza M. najpowierzchowniejszą warstwę guza, w miejscu, gdzie domyśla się resztek jajnika i tworzy z niej jakby nowy jajnik. Wyniki: Przyp. 1.). Utrzymanie regularności, po 4½ latach ciąża, poronienie płodu 2-miesięcznego. — Przyp. 2) Regularność utrzymała się tylko przez 1¾ roku po operacyi, mimo że chora liczyła zaledwie 35 lat. — Przyp. 3.). Regularność po operacyi utrzymana. Chora zmarła w 3 lata później z powodu choroby serca. — Przyp. 4). U chorej 37-letniej regularność nie wróciła po operacyi. *Molimina menstrualia.* Z. nie zraża się ostatnim wynikiem ujemnym i podtrzymuje zdanie, że metoda ta jest racyonalna. *B. Wojciechowski.*

Popow. **W sprawie leczenia drgawek porodowych hedonalem.** (*Wracz. Gaz.* 1909, Nr 1). Jaka jest przyczyna drgawek porodowych dotychczas jeszcze zupełnie niewiadomo. Klinicyści przypuszczają, że rzucawka polega na zatruciu ustroju wskutek nieprawidłowej działalności nerek i na silnem podrażnieniu układu nerwowego. Zwykle też podawane bywają w rzucawce środki moczopędne i narkotyczne. Jednym z takich środków jest hedonal, którego stroną dodatnią ma być to, że działa na ustrój i jako środek moczopędny, i jako środek narkotyczny, przytem, jak się zdaje, nie wywiera szkodliwego wpływu na serce. Autor stosował hedonal w 17 przypadkach rzucawki, w tej liczbie w 1 przypadku drgawki wystąpiły przed i po nałożeniu kleszczy. W 6 przypadkach drgawki ustąpiły już po jednej dawce hedonalu (3·0) w lawatywie, w 5 przypadkach drgawki ustąpiły po 2 dawkach, w 3 — po 3 dawkach. W każdym jednak z tych przypadków następował już po pierwszej dawce mniej lub więcej głęboki sen i następnie napady były daleko lżejsze. W ostatnich 3 przypadkach trzeba było podawać hedonal po 4, 5, 8 razy. Były to pierwsze przypadki, w których autor stosował hedonal i wtedy stosował on mniejsze dawki 1,0—2,0. Autor podkreśla wpływ hedonalu na tętno i obfite wydzielanie moczu i zachęca do próbowania tego środka, ażeby na podstawie większego materyału można było dojść do pewniejszych wniosków. *Dr L. Mańkowski.*

Dermatologia.

H. Kremer. **Sposoby otrzymywania wydzieliny z cewki moczowej przy wiewiórze.** (*Dermatol. Zeitschr.* Tom. 16. Zesz. 1. 1909). W późniejszych okresach przewlekłego wiewióra wydzielina cewki moczowej ogranicza się do małej ilości śluzu, który niezawsze pojawia się w ujściu cewki, lecz często pozostaje w głębi, przylegając do błony śluzowej. Oddawna zarzucono, jako niedostateczne do poznania istotnego stanu, badanie drobnowidowe nitek tego śluzu, wydzielonych z moczem lub uzyskanych zapomocą wypłukania cewki. Zapomocą obecnie

używanych sposobów można uzyskać do badania nietylko wydzielinę z różnych miejsc cewki moczowej, ale także najdokładniej określić stan i miejsce cierpienia. Autor na znacznej liczbie chorych przeprowadził badania kilku sposobami, których wartość ocenia na podstawie własnych doświadczeń. Do mechanicznego wygniatania wydzieliny używał zgłębników z główką (bougie à boule) od 18—22 według skali Chariera. Po dokładnem wypłukaniu cewki moczowej wprowadzał taki zgłębnik do części tylnej. Następnie przyciskając lekko powierzchnią dłoni prącie ku brzuchowi, wyciągał zgłębnik. Jeżeli tylko ujście cewki jest dostępne dla grubszych zgłębników, to sposób ten dozwala wydobyć wydzielinę i z gruczołów cewkowych, które często są siedzibą dwoinek wiewiórowych. Ulepszeniem tego sposobu jest wstrzykiwanie przed zabiegiem rozczynu 3—6% perhydrolu, który rozluźnia śluzową wydzielinę, przylegającą do licznych fałdów błony śluzowej i ułatwia przez to wydobycie jej na główce zgłębnika. Do otrzymywania wydzieliny z warstw głębszych błony śluzowej i podśluzowej używał autor cewników ssących Nobla, zaopatrzonych w całej długości w szczelinowate otwory. Po wprowadzeniu takiego cewnika zapomocą przytwierdzonego balonika lub strzykawki wywierał autor ucisk ssący, przyczem znaczna ilość wydzieliny wypływała nawet w zdrowej cewce ze wszystkich gruczołów i bocznych ich wypukleń, znajdujących się w głębszych warstwach błony śluzowej. Zanadto silne działanie ssące może wywołać krwawienie, które nigdy jednak nie jest groźnem. Dolegliwości lub nieprzyjemne objawy nie występują przy stosowaniu tego sposobu, który autor ze względu na możność uzyskania wydzieliny z całej cewki moczowej i głębszych warstw błony śluzowej bardzo zaleca. *Stopczański.*

Al. Wachenfeld. **Wybroczynowy odczyn rtęciowy przy wczesnej kile.** (*Dermat. Zeitschr.* Tom. 16. Zesz. 1. 1909). Odczyn Herxheimera w tej postaci jest dotąd nieznany. Przypadek, spostrzegany przez autora, dotyczył 35-letniego kelnera, u którego w kilka dni po pojawieniu się wysypki wystąpiła żółtaczka. Nikt z rodziny chorego, ani on sam, nie okazywał krwawiączki. Wysypka guzkowa, bardzo obfita, zajmowała tułów, kończyny, twarz, głowę, stopy i dłonie. Pomiędzy guzkami znajdowały się nieliczne wykwity krostkowe, szczególnie na goleniach. Granica wątroby sięgała przy opukiwaniu na szerokość dwóch palców poniżej łuku żebrowego. Wewnętrzne narządy były bez zmian przedmiotowych. Po pierwszem wstrzyknięciu salicylanu rtęciowego wystąpiły naokoło każdego guzka, szczególnie na goleniach i stopach, żywo czerwone pierścienie wybroczynowe. Odczyn ten ustępował powoli wraz z wysypką. Objawy żółtaczki polepszyły się już w czasie leczenia. Autor przypuszcza, że w przypadku tym były zmiany w ścianach naczyń, wywołane przez kiłę i przy zadziałaniu rtęci naczynia przepuszczały przez ściany pewną ilość krwi. *Stopczański.*

L. Nielsen. **Wysypka kiłowa w ustach i gardle w dziewięć lat po zakażeniu.** (*Monatsh. f. pr. Derm.* 1909. 48). Autor opisuje przypadek wysypki kiłowej guzkowej (*papulosa erosiva*) na błonie śluzowej jamy ust, języka i gardła, która wystąpiła u chorego w 9 lat po zakażeniu, leczonem tylko raz wcieraniami. Nawroty wcześniejsze po pierwszej wysypce nie były leczone, a opisywane wykwity miały znamiona wysypki wczesnej. N. znalazł w miazdze, wyskrobanej z gardła, krętki blade, udowodnił zatem zaraźliwość zmian. — Przypadki podobne należą do rzadkich, gdyż w tym okresie pojawiają się zazwyczaj wysypki o typie późnym, ważnem jednak jest i ze względów praktycznych wiedzieć, że w przypadkach nieleczonych mogą występować wysypki drugorzędne nawet w kilkanaście lat po zakażeniu, wysypki zatem, których zakaźność jest znacznie większa, niż wysypek o znamionach trzeciorzędnych. *Krzyształowicz.*

Oppenheim. **O chłonących własnościach skóry z uwzględnieniem skóry schorzałej.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908. 93). Autor badał zdolność wchłaniania się jotionu przez skórę chorą (*lichen, ichtyosis, syringocystadenoma, alopecia, atrophia* i t. p.), aby wykazać, o ile następuje wchłanianie przez naskórek, a o ile czynność gruczołów potnych i łojowych odgrywa w tym kierunku pewną rolę. Na podstawie swych doświadczeń doszedł O. do przekonania, że nie ma w tym razie rzeczywistej czynności przenikania wedle praw fizycznych, przy której naskórek grałby rolę tylko błony przepuszczającej, ale że w tej czynności przeważne znaczenie mają gruczoły łojowe, posiadające własność wchłaniania substancyi, rozpuszczających się w tłuszczach. *Krzyształowicz.*

Schwalbe. **O kierunku włosów u zwierząt ssących i u człowieka.** (*Tow. lek. Strassburg* 18. XII. 1908). Kierunek włosów tłómaczono sobie różną rozciągliwością skóry podczas wzrostu. Jeżeli umieścimy na sobie 2 płyty gumowe i wbijemy w nie prostopadle igły, to przekonamy się, że przy wyciąganiu górnej płyty (która przedstawia naskórek) z jednej strony, szpilki przechylą się w stronę ciągnięcia, przy równoczesnem pociąganiu za oba końce płyty, szpilki boczne przybiorą kierunek rozbieżny, a w środku stać będą prostopadle. To tłómaczenie dałoby się zastosować do kierunku włosów na głowie, ale nie na innych częściach ciała. Łuski u ryb układają się w kierunku ogona, t. j. w kierunku przeciwnym do poruszania się naprzód. Tasama zasada powtarza się u ssaków i człowieka z małemi tylko różnicami. I tak włosy układają się nieco inaczej we fałdach skóry (pacha, pachwina, szyja), tu bowiem na każdej fałdzie, przytykającej do drugiej, przybierają kierunek odmienny. N. p. na szyi włosy biegną ku głowie, a na klatce piersiowej ku nogom, podobnie na wzgórku łonowym część górna owłosienia kieruje się ku pępkowi, dolna ku nogom. Oprócz tego u człowieka na kierunek włosów wybitny wpływ ma stąpanie na dwu tylko kończynach i rodzaj ubioru. (Zdania te nie mogą jednak wyjaśnić różnic w kierunku włosów, brwi, wąsów, skręcania się włosów i t. p. *Przyp. sprawozd.*). *A.*

Goodman i Stern. **Nowa metoda ilościowego oznaczania białka w moczu.** (*Journ. Amer. med. Assoc.* T. 51). Autorowie stwierdzają, że 5 cm³. rozczynu: kw. fosforow. 1,5, zgęszcz. kw. solnego 5,0, 95% wyskoku do 100,0, daje z 0,1 mgr. białka osad. Jeżeli zatem do próbówki z 5 cm³. powyższego płynu dodajemy z pipety (2 cm³.) po 0,10 gr. moczu, aż nie wystąpi osad, to dodana ilość moczu zawiera 0,1 mgr. białka. Autorowie zachwalają pewność i szybkość tej metody. *Krzyształowicz.*

Okulistyka.

Krauss. **Objawy oczne w przebiegu chorób zatoki sitowej.** (*Ophthalmology* 1908, Vol. V., Nr 1). Objawy te dzieli autor na przedmiotowe i podmiotowe. Przedmiotowe dzieli znów na zewnętrzne i na wziernikowe. Do zewnętrznych zalicza obrzęk w okolicy kącika wewnętrznego, później także obrzęk powiek, wysadzenie gałki ocznej i upośledzenie jej ruchomości. Później przyłączyć się może rozszerzenie źrenicy wskutek porażenia zwieracza. Wziernikiem stwierdzamy niejednokrotnie zapalenie nerwu wzrokowego, czasem tarczę zastoinową, wreszcie w późniejszych okresach zanik nerwu. Z objawów podmiotowych wymienia autor w przypadkach ostrych znaczną nieraz bolesność w kąciku wewnętrznym, częstokroć podwójne widzenie, wreszcie różne stopnie upośledzenia wzroku, oraz zwężenia i ubytki w polu widzenia. *K. W. Majewski.*

Jesse et Wyler. **O wyłuszczeniu woreczka łzowego.** (*Ophthalmology* 1908, Vol. V., Nr 1). Autor grupuje wskazania do wyłuszczenia woreczka łzowego w następujący sposób:

We wszystkich przypadkach zwężenia przewodu nosowo-łzowego, choćby nieznacznego stopnia i choćby bez ropienia, gdzie ma być wykonana jakakolwiek operacya, połączona z otwarciem gałki ocznej, a zwłaszcza operacya zaćmy, należy wyłuszczyć woreczek łzowy. Inaczej wielkie zachodzi niebezpieczeństwo zakażenia rany.

W przypadkach wrzodu, pełzającego rogówki, powikłanego ropieniem woreczka łzowego, najlepiej jest główne ognisko ropy doszczętnie usunąć.

W razie przetoki łzowej w okresie przewlekłym, opierającej się wszelkiemu leczeniu, jedynym nieraz sposobem jest wycięcie jej wraz z woreczkiem.

Woreczek łzowy, o ile jest punktem wyjścia złośliwego nowotworu, musi być oczywiście wraz z nim usunięty.

Wszystko to są wskazania bezwzględne. Autor wymienia jeszcze jedno wskazanie względne. W przypadkach zwyczajnego śluzoropotoku, gdzie cierpliwe sondowanie i przestrzykiwanie może po tygodniach, względnie po miesiącach leczenia wreszcie usunąć cierpienie, ucieka się autor do doraźnego wyłuszczenia woreczka łzowego, jeśli chodzi o osoby pracujące, n. p. o robotników, nie mających ani czasu, ani pieniędzy na dłuższe leczenie. *K. W. Majewski.*

Villard. **Wszawica powiek.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 7 i 8), Wszawica rzęs znana już była w starożytności Celsusowi i Galenowi. W ostatnich czasach poświęcono jej cały szereg prac i artykułów. Autor podnosi jako rzecz szczególną, że w przypadkach wszawicy spotyka się wśród rzęs mędoweszkę (*phthirius pubis*), której obecność zazwyczaj można równocześnie stwierdzić na wzgórku łonowym i pod pachami, a nie znajduje

się nigdy wszy zwykłej (*pediculus capitis*) pomimo bliższego sąsiedztwa. Badanie przez lupę wykrywa na brzegu powiek, oprócz wszy różnego wieku, także ich gnidy, uczepione do rzęs i wydaliny w postaci czarnego pyłu. Przy zaniedbaniu cierpienia rozwija się następowo mniej lub więcej znaczne zapalenie brzegu powiekowego. *K. W. Majewski.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Nowe środki lekarskie:

Allosan: ester santałowy kwasu allofanowego (lek przeciw-wiewiórowy).

Aperitol: izovaleryl-acetyl-phenolphthalein.

Camphosan: rozczyn estru metylo-kamforowego w olejku santałowym.

Coryloform: chlormetyl-chloretyl i brometyl.

Degrasin: przetwór gruczołu tarczowego.

Euphyllin: theopyllin-aethylendiamin, (środek moczopędny).

Jodomenin, połączenie jodu, bizmutu i białka.

Lain: mieszanina naftaliny i maści cynkowej w równych częściach.

Meligrin: produkt dimethyl-oksychininy i methylphenyl acetamid (lek przeciwgorączkowy).

Propaesin: propylowy ester kwasu amido-będźwinowego (środek znieczulający).

Regenerin, mieszanina lecytyny, manganu, żelaza i wyskoku.

Thyresol: santalylmethyleter (lek przeciwwiewiórowy).

Valisan: połączenie bromowe bornywalu. *A.*

Przy krztuścu polecają morfinę Triboulet i Boye w dawkach 0,0025, potem 0,005, a nawet do 0·01. Mocz należy przytem badać co do białka. (*Pres. med.* S. 710., 1908). *A.*

Zatrucie wymiotnicą (ipecacuanha) spostrzegał Harrison u murzyna, służącego pewnego lekarza, który wypił pół flaszki wina z wymiotnicą. Nagle wystąpiły potem silne wymioty, bole brzucha, zapad i kurczowe napięcie powłok brzusznych, a w 1/2 godziny mimo energicznego leczenia śmierć. (*Lancet*, 22. VIII. 1908). *A.*

Dość pewną oznaką zewnętrzną gruźlicy płuc (93%) ma być podług Kurashigego rozszerzenie żyły skroniowej po stronie chorej. (*Zeitschr. f. Tub.* T. 13, Z. V.). *A.*

Praktyczny ciepły okład podał Schimmelpfenig. Między warstwą porowatej tkaniny, a batyst Mosetiga wkłada się grubą warstwę rozdrobionego na kawałeczki korka, zmoczonego spirytusem. Okład ten trzyma ciepło długo. Po zdjęciu trzeba skórę nasmarować jakąś maścią obojętną. (*Deutsche med. Wochs.* Nr 7). *A.*

Nowy przyrząd do wysokich wlewań t. zw. „enteroklysor“ podał Gomoiu. Przyrząd składa się z wygiętego metalowego cylindra, do środka którego wchodzi wąż gumowy, zakończony obturatorem. Przyrząd wprowadza się do kiszki stolcowej wysoko i potem wysuwa się zeń jeszcze wyżej węża, przez co zapobiega się zwijaniu się węża. (*Spitalul*, Nr, 17, 1908). *A.*

Wpływ nikotyny na częste poronienia u robotnic w fabrykach tytoniu według Robinsona przypuszcza się niesłusznie, albowiem nikotyna doświadczalnie tak nie działa. Poronienia te odnieść należy raczej do zakażeń wenerycznych i ogólnego osłabienia zdrowia robotnic. (*Pres. med.* S. 632, 1908). *A.*

Pompkę do jałowego odciągania mleka z piersi (celem następowego karmienia niemowlęcia odciągniętem mlekiem) z mechanicznym wentylem do odciągania podał Kaupe z Bonn. (*Münch. med. Wochs.* Nr 7). *A.*

Przy zapobiegawczem leczeniu wiewiórowego zapalenia spojówek u noworodków palmę pierwszeństwa oddaje Scipiades 1% rozczynowi octanu srebra. Działa on znacznie lepiej nawet od azotanu. (*Zblt. f. Gyn.* Nr 3). *A.*

Itrol Credégo poleca bardzo Arlt w okulistyce; przetwór ten powinno się zawsze starannie chronić przed rozkładem na świetle. (*Wiener med. Wochs.* Nr 52, 1908). *A.*

Skuteczność surowicy przeciwbłoniczej omawia Schultze na podstawie spostrzeżeń ze szpitalą Bethanien w Berlinie. Śmiertelność z czasów przed leczeniem surowicą 53·4%, po leczeniu 17·61%. Tracheotomię wykonano u nieleczonych surowicą w 60·5%, u leczonych w 32·3%. Również wykazać można tem korzystniejsze wyniki, im wcześniej surowicę stosowano. (*Arch. f. klin. Chir.* T. 88, Z. II.). *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie dnia 1. marca 1909 r.

Czł. T. Browicz przedstawia pracę pp. St. Ciechanowskiego i L. K. Glińskiego p. t.: **O wrodzonych przetokach przełykowo-przełykowych** (*fistulae oesophago-oesophageae congenitae*).

Autorowie opisują i wyjaśniają nieznane dotychczas zboczenie rozwojowe przełyku u człowieka, którego pierwszy przypadek spostrzegali w r. 1899, a wogóle zebrali dotychczas sześć przypadków. Zboczenie to polega na powstawaniu śródściennych kanalików, usadowionych na przedniej ścianie przełyku, blizko linii środkowej, w różnej wysokości i komunikujących ze światłem przełyku jednym, dwoma lub kilku otworami okienkowatymi lub szczelinowatymi. Kanaliki te dochodzić mogą długości kilku centymetrów, w jednym z przypadków (1) były nawet dwa kanaliki, jeden w górnej, drugi w dolnej części przełyku. Kanaliki te leżą w rozmaitej głębokości ściany przełyku, najczęściej w obrębie błony podśluzowej, pokryte warstwą mięsną błony śluzowej (*muscularis mucosae*), mogą jednak leżeć częściowo głębiej, już w obrębie właściwych warstw mięsnych ściany przełyku, już to nawet na zewnątrz od warstwy mięsnej zewnętrznej (*musc. propria externa*). Kanaliki te, mające przekrój okrągławy, płaskoowalny, lub szczelinowaty, są wysłane wielowarstwowym nabłonkiem płaskim, takimsamym, jak nabłonek przełyku; pod nabłonkiem znajduje się jużto komórkowa, jużto włóknista tkanka łączna, niejednokrotnie wytwarzająca takie same brodawki, jak w błonie śluzowej przełyku. Kanalik może posiadać nawet osobną warstwę mięsną, co jednak niezawsze się zdarza. W jednym przypadku spostrzegali autorowie kanalik nieregularnie, zatokowato rozszerzony (przypadek V.), w jednym stwierdzili, że od kanalika śródściennego odchodził drugi kanalik, stanowiący przetokę między przełykiem, a drogami oddechowemi (oskrzelem (przyp. VI.).

Zdaniem autorów zboczenie to stoi w związku z zaburzeniami w rozwoju dróg oddechowych z pierwotnego przełyku. Mianowicie niecałkowite zamknięcie się rynienkowatego wypuklenia przedniej ściany przełyku, dającego zaczątek późniejszemu narządowi oddechowemu i oddzielenie częściowe tej rynienki w ścianie przełyku przez wytwarzającą się warstwę mięsną błony śluzowej, jest przyczyną wytwarzania się kanalików, leżących w błonie podśluzowej; powstawanie zaś kanalików leżących głębiej, odnoszą autorowie do jeszcze wcześniejszego okresu rozwojowego, a mianowicie do okresu wytwarzania się warstw mięsnych właściwych.

(Treść 4 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.
Posiedzenie w d. 10. marca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 70.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Do grona członków uchwalono jednomyślnie przyjąć kol. Weinsberga.

3) Kol. Łapiński wygłosił wykład: **O metodzie Wassermanna.**

Dyskusya: Kol. Eisenberg podnosząc wielkie znaczenie teoretyczne odczynu W. stwierdza, że na podstawie nowszych prac odczyn ten najprawdopodobniej nie jest w ścisłem tego słowa znaczeniu odczynem odpornościowym, że natomiast zarówno w surowicy, jak w wyciągach z narządów wchodziły tu w grę ciała tłuszczowate (lipoidy), które w chemii fizycznej i w biologii komórki coraz większego nabierają znaczenia. Co do zastosowania rozpoznawczego, to E. zaleca pewną ostrożność, aż ściślejsze badania przyczynowe i anatomo-patologiczne nie ustalą swoistości odczynu, zwłaszcza zaś uważa tę ostrożność za

wskazaną wobec daleko idących wskazań praktycznych, jakie fanatycy tego odczynu radziby z niego wysnuwać. (Streszczenie własne).

Prof. Reiss omawia korzyści, jakie lekarz praktyczny może odnieść z metody Wassermanna.

Kol. Rydel zwraca uwagę na nakłucie lędźwiowe w metodzie Wassermanna, t. j. na różnice tej metody na krwi i na płynie mózgowo-rdzeniowym. Zdaniem mowcy, metoda ta, jeśli z krwi wypadnie dodatnio, dowodzi tylko, że chory przebywał kiłę; natomiast wynik dodatni z płynu mózgowo-rdzeniowego, pleocytoza dowodzi, że chory obecnie cierpi na kiłę w narządach nerwowych. Wreszcie mowca zwraca uwagę na leczenie lecytyną w kile.

Prof. Nowak sądzi, że anatomia patologiczna także nie może być ostatniem słowem w sprawie metody Wassermanna, jak twierdzi kol. Eisenberg.

Kol. Droba przedstawia wyniki badań własnych i Prof. Krzyształowicza, który nie mógł osobiście dziś brać udziału w posiedzeniu, a który we wszystkich przypadkach badań metodą Wassermanna znalazł krętki blade, próby Wassermanna jednak nie zawsze były dodatnie. Kol. Droba sam wykonywał próby Wassermanna przy różnych chorobach zakaźnych. Z badań tych wynika, że hemolizę wstrzymują tylko niektóre surowice.

Kol. Eisenberg poleca czynić badania na całym szeregu surowic.

Prof. Jaworski zwraca uwagę na badania Neussera na małpach. Co do płonicy, to dodatniość odczynu nie jest zupełna, t. j. zahamowanie jest tylko słabe.

4) Kol. Nelken przedstawia przypadek chorobowy: **Poliomyelitis anterior acuta infantum et syringomyelia.** Chory l. 29, w 6. roku życia przeszedł ciężki dur brzuszny. W drugim miesiącu choroby podczas gorączki 42° nagle dostał porażenia lewej kończyny górnej i prawej kończyny dolnej. W 2 dni potem gorączka zaczęła opadać. Sztywności w porażonych kończynach żadnej nie było. W przeciągu dalszego przebiegu porażenie zaczęło się koncentrować, wystąpiły zaniki. Na górnej kończynie najbardziej pozostał w tyle pas barkowy, na dolnej najmniej się poprawił staw skokowy, który też następnie zaczął ulegać zniekształtnieniu. Do 16. roku życia chory czuł się dobrze. W tym roku zauważył przykurczenia obydwu piątych palców u kończyn górnych, a w przeciągu kilku lat skarżył się na pogorszenie władzy w prawej stopie, niezgrabność w palcach obu rąk, zniekształcanie się prawej stopy. W 22. roku życia — wrzód twardy z następczą wysypką i nawrotem po roku, równocześnie wiewiór. Wziął 54 wcierań. Od stycznia r. z. poczęły się tworzyć rany na stopach, odnowiły się w lipcu, od 4 miesięcy obrzęki stóp, bole rwące w obu kończynach dolnych, od 3 miesięcy lekkie utrudnienie przy oddawaniu moczu. Badanie wykazało: ogromny zanik lewej kończyny górnej, najbardziej w pasie barkowym i ramieniu. Mięśnie kapturowy, piersiowy, naramienny w ogromnym zaniku. M. trójgłowy prawie nie istnieje. Zanik drobnych mięśni obydwóch rąk, zwłaszcza IV i V. międzykostnych. Piąte palce w ustawieniu ręki szponowatej. Zmiany paznokci. Drgania włókienkowe w zakresie porażonych mięśni. Lekkie lewostronne skrzywienie kręgosłupa. Prawa kończyna dolna również w zaniku, jednak mniejszym niż na lewej kończynie górnej. Zniekształcenie prawej stopy w kształcie stopy szpotawo-końskiej z ogromnem zniekształtnieniem stawu skokowego. Staw skokowy po stronie lewej również poczyna ulegać zniekształtnieniu. Odruchy: z mięśnia trójgłowego lewego = 0, inne żywe, po stronie lewej nieco żywsze niż po prawej. Odruchy kolanowe wzmożone równe. Odczyn zwyrodnienia częściowy w najbardziej zanikłych mięśniach porażonych kończyn. Typowa dyssocyacya czucia z prawie zupełnie prawidłowem czuciem dotyku, a głębokiem zaburzeniem czucia bolu i ciepłoty — o typie przeważnie korzonkowym. Na obydwu stopach — płytkie okrągłe owrzodzenia, częściowo zestrupiałe, częściowo jątrzące się. Na zasadzie powyższego dochodzi mowca do wniosku, że chory w 6 roku podczas duru brzusznego przebył skrzyżowaną postać *poliomyelitis ant. ac. inf.*, do której w 16 roku życia poczęła się przyłączać syringomyelia.

W dyskusyi zabierali głos kol. Steuermark, Rydel, Eisenberg, Blassberg i Nelken.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VIII. Posiedzenie naukowe w sprawie płonicy z dnia 12. marca 1909.

I. Kol. Prof. Kucera wygłasza wykład: **Etyologia, epidemiologia i profilaktyka płonicy.** Na wstępie przedstawia prelegent stan dzisiejszych zapatrywań i badań nad przyczyną płonicy. Paciorkowca uważanego przez wielu za swoistą przyczynę tej choroby, należy uważać tylko za następstwo powikłania, i to w ciężkich postaciach płonicy. Ziarenkowiec ten niewątpliwie różni się nieco od wywołującego n. p. różę lub zapalenie migdałków mieszkowe. Wśród innych drobnoustrojów uważanych za przyczynę omawianej choroby wymienia K. pewien gatunek sporozoon Pfeiffera (1887); dalej pierwotniaki znalezione w nabłonkach skóry (Mallory i Duval), a także *synantozoon scarlatinae* (Gamaleja 1903), twory, które Provazek uważa raczej za wytwory zwyrodnienia komórek, w których mieszczą się pasorzyty (*chlamidozoon*) pewnego rodzaju. Prelegent znajdował twory podobne do opisanych przez Guarneri'ego. Wogóle trzeba przyjąć, że przyczyna płonicy, to najprawdopodobniej pierwotniak, — a za przypuszczeniem tem przemawiają zarówno ujemne wyniki dotychczasowych badań bakteryologicznych, jako też między innemi do pewnego stopnia wyniki próby Wassermanna, wykonane ze surowicą płoniczych przez kilku autorów; wyniki badań kol. L. Feuersteina, przeprowadzone w lwowskim zakładzie higieny w tym kierunku, były ujemne. Zarazek płonicy jest wytrzymały, ginie dopiero przy 100° C., a żyć może nawet przez kilka lat. Źródłem zakażenia jest sam chory. Płonica jest wedle jednych (między innymi Igl) zaraźliwą w okresie wylęgania, nie mniej jednak niebezpieczny jest okres łuszczenia. Wrotami zakażenia są drogi oddechowe. Po kilku uwagach tyczących się epidemiologii omawia prelegent środki zapobiegawcze przeciw tej chorobie, między innemi odosobnienie i odkażanie.

II. Kol. Prof. Raczyński mówi: **O klinice i leczeniu płonicy.** Materyał z r. 1908 obejmował 138 przypadków, z czego 17% było już w okresie łuszczenia się i miało zapalenie nerek. Umarło 27%. Rozpoznanie jest trudniejsze w postaciach typowych. Tutaj ważnym jest obraz zmian w gardle, — charakterystyczne zaczerwienienie, przechodzące na podniebienie miękkie i twarde i łatwe tworzenie się wybroczyn. U pielęgnujących dzieci chore nieraz spotykał R. postacie poronne płonicy. Co do objawów, to zależą one od ewentualnego powikłania paciorkowcem. R. podnosi wśród innych objawów zaburzenia w czynności mięśnia sercowego i możliwość jego porażenia, zwłaszcza przy zbytecznych zabiegach. Po omówieniu szeregu różnych powikłań poświęca słów kilka okresowi zdrowienia podnosząc nieraz późne występowanie objawów ze strony stawów lub nerek. Co do zapaleń nerek, to wchodzi tu w grę nieodpowiednia dyeta i ruchy, wrodzone osłabienie nerek (*debilitas*) i charakter epidemii; w ostatniej n. p. b. znaczny odsetek tych zapaleń. Prelegent wspomina o wpływie chlorków na rozwój zapalenia nerek. Co do leczenia, to surowica Marmorka, jak się jeszcze dawniej R. przekonał, ma wartość zapobiegawczą przed następstwami zakażenia paciorkowcem; prelegent radzi używać surowicy Palmirskiego z Warszawy. Pyocyanaza ma dobrze działać w przypadkach dyfteroidu. Szczepionka Gabryczewskiego, otrzymywana z paciorkowców, wziętych z krwi dzieci zmarłych na płonicę, ma pewien wpływ, jak wykazują spostrzeżenia w Rosyi, na przebieg płonicy. Z szczepionką tą robił również prelegent kilka doświadczeń.

III. Kol. Legeżyński mówi: **O statystyce, szerzeniu się i tłumieniu epidemii płonicy we Lwowie.** Prelegent przedstawia na specyalnej mapie m. Lwowa okręgi, zajęte płonicą. Początek epidemii, o ile to można wogóle oznaczyć, przypada na październik r. 1907. Wobec tego, że styczeń i luty b. r. okazuje gwałtowny spadek chorych, należy przyjąć, że obecnie mamy stan poepidemiczny. W r. 1908 najwięcej było chorych we wrześniu (258 ze Lwowa i 17 zamiejscowych). Następnie przedstawia L. w cyfrach stopień zajęcia płonicą okręgów miasta, przyczem najmniej było zachorowań w dzielnicy, zamieszkałej przez ludność najzamożniejszą. Co do śmiertelności, to na ogólną śmiertelność zmarło z powodu płonicy 4,9% miejscowych, a z zamiejscowemi 5,7%. Po przedstawieniu ilości zachorowań na płonicę we Lwowie i innych miastach Europy mówi prelegent o sposobach tłumienia tej choroby; a więc o donoszeniu przez lekarzy, o zamykaniu szkół, kontroli lokali publicznych i odkażaniu. Prelegent sądzi, że szkoła nie wpływa na rozwój epidemii, n. p. w lipcu zamknięto we Lwowie szkoły, a w 14 dni później liczba przypadków płonicy wzrosła w trójnasób.

IV. Kol. Obtułowicz przedstawia **statystykę szerzenia się i sposoby tłumienia epidemii w powiecie lwowskim.** Rok 1905 co do śmierci z płonicy w Galicyi był bardzo pomyślny. W powiecie lwowskim zmarło z niej 38 osób t. j. w stosunku do ogólnej śmiertelności w 0,7%, w roku 1906 0,4% — w latach zaś 1907 i 1908 odsetek zmarłych z powodu płonicy w stosunku do ogólnej śmiertelności wynosił 2,3%, i 9,9%, a zatem wzrósł niezwykle. Przebieg choroby bardzo różny — od bardzo lekkich do piorunnych postaci, kończących się śmiercią w 36—48 godzin. Co do szerzenia się, to można było spostrzedz wzajemne oddziaływanie na siebie miasta i okolicy, n. p. zawleczenie płonicy ze Lwowa do blizko położonych letnisk. Do Lwowa znowu zawlekano chorobę ze środkami spożywczymi. Stwierdzono w kilku przypadkach, jako ognisko rozsadnicze — szkołę, — a zawsze tam, gdzie było niedbalstwo lub brak inteligencyi ze strony kierownictwa. Co do sposobów zwalczania epidemii płonicy w powiecie lwowskim, to głównie należy wymienić odosobnienie i odkażanie, przyczem pomocne były relacye władz miejscowych lub lekarzy. Domy, gdzie byli chorzy, oznaczano tablicami »szkarlatyna, wstęp obcym wzbroniony«. Po przedstawieniu techniki wykonywanego w powiecie odkażania uważa prelegent następujące czynniki, jako konieczne do racyonalnego tłumienia epidemii: pomnożenie liczby służby zdrowia, stworzenie nowych okręgów sanitarnych, pouczenie kierowników szkół o natychmiastowem zawiadamianiu władz o każdym podejrzanym przypadku, zaprowadzenie w szkołach obowiązkowej nauki higieny z zarysem o chorobach zakaźnych i profilaktyce.

Dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

Nowicki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 3. marca 1909.

Przewodniczący: kol. K. Jasiński. Sekretarz: E. Sonnenberg. Obecnych 50 członków.

1) Kol. Saks przedstawia chorą U. W., 38. lat liczącą, u której dokonał cięcia brzusznego zapomocą **cięcia Pfannenstiela** w celu usunięcia **dużej torbieli jajnikowej**. Operowana już w 8 dni po operacyi zaczęła chodzić, w 12 zaś dni po operacyi była przedstawiona w Towarzystwie. Wyższość tego cięcia nad cięciem w linii środkowej polega, jak wiadomo, na zabezpieczeniu niejako operowanej przed przepukliną, zjawiskiem dość częstem przy cięciu w linii środkowej. (Streszczenie własne).

2) Kol. J. Brudziński przedstawia: *a*) Dziewczynkę 2-letnią, dotkniętą **mongolizmem**. Dziecko b. zacofane w rozwoju, wygląda na kilkomiesięczne, nie siedzi, główki nie trzyma; obwód głowy 38,5 cm. Dwa siekacze dolne. Ciemiączko nie zarośnięte 2×3 cm. Nadzwyczajna wiotkość kończyn; można je wyginać w stawach aż do najniedogodniejszych ustawień. Brzuch wzdęty, lekka przepuklina pępkowa. Sladów krzywicy niema. Twarz typowa dla mongołowatości: oczy skośne, *epicanthus*, szeroka przestrzeń międzyoczna, nos mały, jakby przylepiony, czerwony na końcu. Gdy dziecko płacze, twarz przybiera wyraz nader nieprzyjemny (*hässlich*). Br. omawia patogenezę i leczenie tego cierpienia kołaczykami tyreoidyny.

b) U tegoż dziecka przedstawia Br. nieopisany dotąd **objaw**, spostrzegany przez Br. u dzieci z objawami **zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych**; — objaw ten polega na tem, że gdy zgiąć biernie dziecku, ułożonemu poziomo, głowę ku przodowi, kończyny dolne unoszą się i zginają w stawach kolanowych. (Streszczenie własne).

3) Kol. Grabowski przedstawił chorego z **nowotworem złośliwym w okolicy jamy klinowoszczękowej**. Objawy: niedowład prawej połowy podniebienia i języka, nerwoból w okolicy II. gałęzi nerwu trójdzielnego, zwieracze gardła działają prawidłowo, odruch gardłowy prawidłowy. Przed 3 laty choremu wycięto część dolnej wargi; na dolnej wardze nawrotu nie było, gruczoły podszczękowe nie wyczuwalne; natomiast za tylnym brzegiem wstępującej gałęzi żuchwy czuć w głębi twardy guz.

4) Kol. Maybaum przedstawił mężczyznę 30—35 lat mającego, **z rozszerzeniem przełyku z przyczyny skurczu wpustu.**

5) Kol. Trenkner przedstawił dziecko, dotknięte **porażeniami pobłoniczemi.**

6) Kol. Chodźko przeczytał sprawozdanie z III. Zjazdu w sprawie opieki nad obłąkanymi. Ch. streścił wybitniejsze prace, wygłoszone na tym Zjeździe, na którym, zaznaczyć należy, poświęcono, między innemi, dużo uwagi sprawie oddawania chorych umysłowych pod opiekę rodzinną, oraz wyczerpująco omawiano sprawę wychowania umysłowo upośledzonych.

7) Kol. Brudziński wygłosił wykład p. t. **O nowym objawie na kończynach dolnych u dzieci w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.** Objaw, polegający na przykurczeniu kończyn dolnych po biernem zgięciu głowy ku przodowi, spostrzegał prelegent u dzieci z objawami zapalenia opon mózgowych lub mózgowo-rdzeniowych na równi ze znanymi dotąd objawami Kerniga, Babińskiego i opisanym poprzednio przez prelegenta odruchem drugostronnym identycznym. Co do mechanizmu tego objawu przytacza prelegent różne teorye, jakie się zjawiły co do objawu Kerniga, z których żadna nie jest jeszcze wystarczająca. Mechanizm objawu, spostrzeżonego przez prelegenta, jest prawdopodobnie podobny do mechanizmu objawu Kerniga i polegać może przypuszczalnie na istniejącej przy zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych hypertonii mięśni.

8) Maksymilian Cohn przedstawił okaz **mięśniakowatej macicy**, wyciętej wraz z jajowodami i jajnikami drogą pochwową. F. P., l. 42, robotnica fabryki, wstąpiła do szpitala Poznańskich d. 8. II. r. b. Pierwsza miesiączka w 17. r. ż.; zamążpójście w 22. roku; rodziła 13 razy, po raz ostatni przed 3 laty. W rok po ostatnim porodzie pojawiła się miesiączka, która powtarzała się co 24—26 dni, trwając po dni 4—5 z krwawieniem umiarkowanem i bez bolów. Od 6 miesięcy ciągłe krwawienia maciczne, które nie ustąpiły po wyskrobaniu macicy. W ostatnich kilku tygodniach chora jakoby wychudła i zbladła. Predtem była zawsze zdrowa; dziedzicznie nie jest obciążona. Badanie stwierdziło macicę powiększoną nierównomiernie, wielkości dużej pięści, szyjka nie zmieniona. Rozpoznanie prawdopodobne: *myoma interstitiale*. Dokonana d. 12. II. (przy współudziale kol. Sachsa) operacya wycięcia drogą pochwową macicy wraz z przydatkami potwierdziła rozpoznanie. — (Przy tej sposobności mowca przytoczył ustęp o operacyi tej z dzieła »Operative Chirurgie« J. Fr. Dieffenbacha z r. 1848). (Streszczenie własne).

Sekretarz: *E. Sonnenberg.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie d. 27. lutego 1909.

1) Przyjęto nowego członka Dra Hryniewieckiego.— 2) Komisya rewizyjna składa sprawozdanie, iż książki kasowe znaleziono w porządku. — 3) W sprawie obrażających pojęcia przyzwoitości ogłoszeń lekarzy-fakirów redaktor »Ameryki Echa«, p. A. Paryski, na zapytanie Towarzystwa wyjaśnił, że ogłoszenie dostało się do gazety podczas jego bytności w Filadelfii i Nowym Yorku i zaraz po powrocie jego zostało usunięte. Towarzystwo przyjęło do wiadomości ten list i zaniechało dalszej interwencyi. — 4) Ze względu, że wydawnictwo pani H. S. może być dalszym ciągiem wstecznej literackiej działalności pani H. S., uchwaliło Towarzystwo na razie powstrzymać się od poparcia wydawnictwa swemi ogłoszeniami. — 5) W sprawie niedoszłego do skutku zebrania towarzyskiego uradzono porozumieć się z Towarzystwami Aptekarzy i Dentystów i poruczyć zarządowi załatwienie tej całej sprawy. — 6) Uchwalono, że nowowstępujący członkowie płacić mają miesięczne składki od chwili wstąpienia. 7) Dr Szymański rezygnuje z sekretaryatu; na miejsce jego obrano sekretarzem Dra F. Kalacińskiego.

M. Stupnicki, prezes. Dr Jul. *Szymański*, sekretarz.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza, co następuje:

Z końcem kwietnia b. r. przystąpi Izba do rozdania 763 K., jako trzeciej części kwoty, nadesłanej ze związku Towarzystw lekarskich.

Uprawnione do otrzymania zapomóg wdowy i sieroty po lekarzach, którzy mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wschodniogalic., zechcą wnieść najdalej do 15. kwietnia b. r. należycie udokumentowane podania do Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11).

Prezydent *Dr Festenburg.*

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie odbyła się 11. III. b. r. konferencya przy udziale przeszło stu członków, która przyjęła taksę lekarską, opracowaną przez Wydział dla spraw bytu i postanowiła przedłożyć ją do zatwierdzenia Zebraniu ogólnemu. *R.*

Wniosek o uzupełnienie organizacyi sanitarnej w Austryi przedstawił Izbie Panów Prof. Dr Ludwig w dniu 10. marca b. r. Wniosek ten opiewa: »Wzywa się rząd, aby przedłożył parlamentowi projekt ustawy, uzupełniający ustawę sanitarną z 20. kwietnia 1870 w tym kierunku, iż wszystkie sprawy sanitarne dla jednolitego kierownictwa skupiać się mają w jednym urzędzie centralnym, iż Najwyższa Rada zdrowia ma być zreformowana i zaopatrzona w nieodzowne zakłady naukowe, odpowiednio urządzone i hojnie dotowane, wreszcie, iż materyalne i społeczne stanowisko lekarzy urzędowych ma uledz poprawie, odpowiednio do współczesnych wymagań, ich wykształcenie i dalsze kształcenie ma być na nowo uregulowane, a w ich urzędowej działalności mają im być zapewnione większy wpływ i samodzielność«. — Izba Panów odesłała wniosek ten do komisyi, zajmującej się projektem ustawy o chorobach zakaźnych. *R.*

Stanowisko partyi socyalno-demokratycznej wobec lekarzy. Omawiając rozwiązanie śląskiej organizacyi lekarzy zarzuca »Arbeiter-Zeitung« organizacyi, że miała podobno zalecić lekarzom, by odwdzięczyli się aptekarzom za pomoc niesioną kolegom podczas strejku, przez zapisywanie na szkodę Kas chorych drogich recept (?). *X.*

Odprzedawanie praktyki. W Szwajcaryi z powodu sporu 2 lekarzy o odprzedanie praktyki orzekł sąd, że lekarz, zwłaszcza w okręgach wiejskich, może swemu następcy odprzedać praktykę, którą sobie w danem miejscu wyrobił, i że taka sprzedaż nie jest wcale nie etyczną. (Widać w Szwajcaryi, podobnie, jak we Francyi, różnią się pod tym względem pojęcia znacznie od naszych). *X.*

Ulepszenia higieniczne w wyższych szkołach dla kobiet, ustanowione w Berlinie (zwracanie uwagi na higienę sal szkolnych, odpowiednie światło, gimnastykę i t. p.) omawia Wolfer i stwierdza, że w Austryi zupełnie na to nie zwraca się uwagi. W. żąda, by w wyższych zakładach naukowych dla dziewcząt wprowadzono obowiązkowo naukę higieny i obeznawano dziewczęta z zadaniami ich, jako przyszłych matek. Naturalnie wykłady te powinni mieć lekarze lub lekarki. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 14. III. do 20. III. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 2, Markowa 8, Biłków 3, Sołotwina 4), Buczacz (Krasiejów 2), Drohobycz (Medenice 1, Letnia 3, Bolechowce 2, Mraźnica 1), Horodenka (Hawrylak 7, Harasymów 1, Targowica 14, Czortowiec 42, Żywaczów 2, Głuszków 4, Obertyn 1), Jaworów (Lubienie 5, Morańce 1), Kołomyja (Słobódka polna 4, Siemakowce 2), Lisko (Czarna 1), Nowy Targ (Huba 8, Dembno 3), Rawa (Werchrata 3), Skałat (Zarubińce 1), Śniatyn (Trościaniec 10, Rożnów 1), Stanisławów (Chomiaków 8), Stryj (Orawczyk 1). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 14. III. do 20. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1, płonicy 13 † 3 (1 † 1), odry 3, duru brzusznego 2 (2), nagminnego zapalenia opon 1 (1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. III. do 20. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 2 (w tem obcych 1 † —), płonicy 5 † 2 (3 † 2), odry 6 (2), duru osutkowego 1 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 5 † 2 (4 † 1), jaglicy 8. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 28. II. do 6. III. 1909 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 3 † 2, płonicy 5, róży 5 † 1, duru osutkowego 50 † 5, duru brzusznego 21 † 1, duru powrotnego 7, grypy 5. (*Gaz. lek.* 12).

Dur osutkowy szerzy się gwałtownie w Kijowie i okolicy. W końcu lutego było w szpitalach kijowskich przeszło 650 chorych na dur, a w szpitalu więziennym 300. (*Gaz. lek.* 12).

Wiadomości bieżące.

Prezydyum Towarzystwa lekarzy galicyjskich przesłało nam następujące pismo:

Mężowie zaufania Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lek. lwowskiego wraz z komisyą wybraną do zmiany statutów przez Walne Zgromadzenie Towarzystwa lek. gal. wobec zgromadzonej w komplecie Rady zawiadowczej Towarzystwa lek. gal. zawarli układ, że od 1 kwietnia b. r. przysługuje członkom sekcyi prowincyonalnych wolny wybór organu; mogą tedy odbierać albo »Przegląd lekarski« albo lwowski »Tygodnik lekarski«. Kto z kolegów chciałby odbierać od 1 kwietnia b. r. »Tygodnik lekarski«, zechce o tem zawiadomić administracyę lwowskiego »Tygodnika lekarskiego« najpóźniej do 30. marca b. r.

Dr Józef Merunowicz.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 24. III. 1909 posiedzenie, na którem Prof. Piltz przedstawił przypadek mimowolnego moczenia, leczony skutecznie poddawaniem hypnotycznem, a Prof. Lewkowicz zdał sprawę z dalszego przebiegu przypadku spazmofilii, dawniej przedstawianego. W dyskusyach przemawiali: Prym. Dr Borzęcki, Prof. Bujwid, Doc. Gliński, Prof. Lewkowicz, Dr Nelken, Rapoport i Rydel. Następnie odbyła się dyskusya nad wykładem Prof. Nowaka (z d. 17. III. 1909), w której przemawiali: Prym. Dr Borzęcki, Prof. Bujwid, Dr Eisenberg, H. Hirsch, Prof. Lewkowicz i prelegent.

— Miejska komisya sanitarna uchwaliła na posiedzeniu w d. 18. III. 1909 zażądać od magistratu, by wypracowano instrukcyę dla zakładów golarskich, zajmowała się sprawą higienicznego nadzoru nad piekarniami, restauracyami i wyszynkami, dalej uchwaliła wystosować memoryał do Namiestnictwa, aby nie udzielało nadal koncesyi na droguerye, które są w Krakowie już zbyt liczne, a często uprawiają partactwo aptekarskie; wreszcie zajmowała się sprawą układu o badanie środków spożywczych w zakładzie rządowym, jednakże sprawę tę, jakoteż sprawę obsadzenia posady chemika miejskiego odłożono do następnego posiedzenia.

— Doc. Dr Stanisław Braun mianowany został profesorem nadzwyczajnym tytularnym.

— Wydział lekarski uchwalił przedstawić do tytułu profesorów nadzwyczajnych Doc. Dra Rutkowskiego i Doc. Dra Chlumskyego.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Jozafat Bohuszewicz, rodem z Zerczenic na Litwie i p. Stefan Tyrawski, rodem z Lublina.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu w d. 3. III. 1909 sprawą Dra P. Dra P. przesłuchano co do używanego przez niego sposobu rozpoznawania chorób i wyznaczono mu termin przedstawienia tego sposobu wobec członków Wydziału do końca marca. Wydano opinie co do otwarcia aptek w Janowie i we Lwowie. W sprawie usunięcia Dra W. z jednej z kas chorych uchwalono zasięgnąć informacyi. — Na posiedzeniu pełnej Izby w d. 5. III. przyjęto sprawozdanie wiceprezydenta Izby z czynności wydziału i Rady honorowej od czasu ukonstytuowania się nowej Izby, przyjęto sprawozdanie skarbnika za r. 1908, uchwalając polecić wydziałowi, by sprawozdania w przyszłości zawierały dokładny bilans całoroczny, by zaległe opłaty energicznie ściągano, wreszcie ustanawiając opłatę na r. 1909 w dotychczasowej wysokości. Wnioski w sprawie zmian w sposobie dochodzeń Rady honorowej przekazano Wydziałowi do rozpatrzenia.— Na posiedzeniu Wydziału w d. 5. III. zajmowano się sprawą sporu czterech lekarzy z kasą chorych w T. i uchwalono ogłosić ostrzeżenie przed przyjmowaniem posad w tej kasie, zanim spór będzie wyjaśniony; wysłać do Namiestnictwa delegatów z prośbą, by władze wglądnęły w tę sprawę i dążyć do jej poparcia przez wszystkich lekarzy w T. — Na posiedzeniu Wydziału w d. 10. III. odczytano pismo Wydziału krajowego w sprawie Dra F. i pismo Namiestnictwa w sprawie zatargu lekarzy z kasą chorych w D., odraczając załatwienie do następnego posiedzenia. W sprawie zażalenia p. L. przeciw lekarzowi P. w K. uchwalono wyjaśnić starostwu w S., że Izba nie widzi podstawy do wystąpienia przeciwko Drowi P. W końcu przyznano 2 zapomogi i szereg ulg w opłatach do Izby. — Na posiedzeniu w d. 12. III. zredagowano odpowiedź na pismo Namiestnictwa w sprawie zatargu lekarza z kasą chorych w T.; uchwalono zawiadomić de-

legata Izby w T. że czterech lekarzy cofnęło się od solidarnego postępowania, wobec czego Izba dalszą interwencyę w tej sprawie wstrzymuje.

— W Radzie miejskiej lwowskiej w toku obszernej dyskusyi o potrzebie reformy krajowej Rady szkolnej podnosił Dr E. Piasecki niezmiernie niehigieniczne stosunki w budynkach szkół średnich, prawie zupełne zaniedbanie fizycznego wychowania ze strony władz szkolnych wskutek tego, że w krajowej Radzie szkolnej niema nikogo, coby się na tem rozumiał: w Radzie szkolnej powinien koniecznie stale zasiadać lekarz. To samo żądanie stawia już od lat kilku w swoich wnioskach krajowa Rada zdrowia, niestety, jak dotąd, bez skutku.

Warszawa. Pogrzeb ś. p. Dra Teodora Dunina odbył się przy tłumnym udziale ludności warszawskiej 20. III. 1909. Nad trumną wygłosili mowy Prof. S. Dickstein od warszawskiego Towarzystwa naukowego, Dr Hewelke od warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, Doc. Dr Pruszyński od Wydziału lekarskiego i Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Dr H. Nussbaum od warszaskiego Stowarzyszenia lekarzy polskich, Dr A. Landau imieniem grona byłych asystentów, Dr Męczkowski od warszawskiego Towarzystwa higienicznego, Dr Szumlański od Zarządu sanatoryum w Rudce, b. poseł do Dumy Dr Lisowski imieniem uczniów zmarłego.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie zajęło się żywo sprawą zdrojowisk krajowych. Na posiedzeniu Wydziału balneologicznego Towarzystwa w d. 13. III., na którem Dr A. Sokołowski mówił o zdrojowiskach francuskich, poruszył prezes Wydziału, Dr J. Jaworski, konieczność systematycznych badań chemicznych naszych zdrojowisk, a Dr S. Serkowski ofiarował się czynić to bezinteresownie. Dla sprawy tej wybrano osobną komisyę, złożoną z lekarzy, farmaceutów i przyrodników.

— Dr Ludwik Szymanowski obchodził 40-lecie pracy na stanowisku lekarza kolei wiedeńskiej.

— Dr Jan Sędziak mianowany został członkiem korespondentem »The Royal Society of Medicine« w Londynie.

Z różnych stron. Najwyższa Rada w Wiedniu uchwaliła na wniosek Prof. Dr Łukasiewicza utworzenie zakładów krowiankowych we wszystkich miastach uniwersyteckich w Austryi. Zakłady te mają podlegać wprost ministerstwu.

— Na porządku dziennym posiedzenia »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu« w d. 13. (26.) III. 1909 znajdowały się wykłady: Doc. Smoleńskiego: »O cukrze trzcinowym w moczu« i Dra Herynga: »Zastosowanie inhalacyi przy leczeniu chorób dyskrazyjnych i narządu krążenia«.

— Izba lekarska w Poznaniu czyni starania, by lekarze, udający się na kursa uzupełniające, otrzymywali zniżki na kolejach. *X.*

— Prof. Zanczewski, b. rektor uniwersytetu w Odessie, skazany został przez Senat rządzący za zaniedbanie energicznych środków wobec niepokojów studenckich w czasie rewolucyi, na usunięcie ze służby rządowej, zaś Prof. Waśkowskij, prorektor, usunięty został z urzędu prorektora.

— W Petersburgu skazany został Dr Korabiewicz (niestety Polak) na 6. lat więzienia i utratę praw za spędzenie płodu, po którem »operowana« zmarła.

— W sprawach II międzynarodowego Zjazdu w sprawie ubezpieczeń od wypadków nieszczęśliwych zgłaszać się należy pod adresem: Prof. Ascarelli, Rzym, via Borgogna 38.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Mianowani: Prof. Strümpell z Wrocławia dyrektorem III. kliniki lekarskiej w Wiedniu.

Redakcya otrzymała: Welecki: Badania nad wpływem adrenaliny na wydzielanie CO_2 i moczu. Ak. Umiej. 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 31. marca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Bruner: Obecne zagadnienia promieniotwórczości. 2) Dr Nelken: Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego wartość rozpoznawcza w chorobach umysłowych i nerwowych na tle kiły powstających.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Pyrenol. Dr Ernst Helsner, radca ces. w Wiedniu, emer. asystent na oddziale radcy dworu Dra Winternitza ogłasza (Deutsche medizinische Presse Nr 4, 1909), przyczynek do leczenia chorób z przeziębienia i zakaźnych zapomocą pyrenolu. Główne pole do stosowania pyrenolu przedstawiała influenza z objawami ze strony dróg oddechowych i układu nerwowego. Bole i kłucie szybko się łagodziły, gorączka spadała, i to stopniowo, przez co uniknąć można było zapadu i osłabiającego wybuchu potów, co się często zdarza przy stosowaniu innych środków. Nie spostrzegano też powikłań w postaci zapalenia płuc, zapewne wskutek wpływu skrzepiącego leku tego na mięsień sercowy. Na objawy oskrzelowe wpływa pyrenol szczególnie korzystnie. Jako silny środek wykrztuśny przyczynia się w wysokim stopniu do rozluźnienia gęstej plwociny, a zarazem zmniejsza ilość wydzieliny i łagodzi drażnienie do kaszlu.

Jeszcze silniej występuje działanie uspokajające pyrenolu przy dusznicy oskrzelowej. Dwa przypadki tego rodzaju przebiegały wśród stosowania pyrenolu nader korzystnie. Przy zapaleniu gardła, suchem zapaleniu gardła, suchem zapaleniu opłucnej, gośćcu mięśniowym stwierdzono lekko znieczulające, zupełnie pewne działanie pyrenolu.

H. poleca pyrenol szczególnie w durze brzusznym, wśród którego obniża gorączkę, nie osłabiając serca, a nadto ma ważne znaczenie jako środek odkażający jelita. *Hr. W*

Salzbrunner Oberbrunnen
Znany w medycynie od 1601
Polecany przez lekarzy przy cierpieniach narządów oddechowych, przy niezycie żołądka i jelit, przy chorobach wątroby, przy cierpieniach nerkowych i pęcherzowych, dnie i cukrzycy.
Rozsyłka Książęcych wód mineralnych w Ober-Salzbrunn
MARKA OCHRONNA
Rozsyłka Książęcych wód mineralnych z Ober-Salzbrunn Gustaw Strieboll
Bad Salzbrunn i Schl. 73

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Collargol Konsekwentnie przeprowadzone leczenie collargolem (wlewania, wstrzykiwania) leczy przy dostatecznem dawkowaniu wiele przypadków najcięższego **zakażenia ogólnego.**

Unguentum Heyden Do **dyskretnych wcierek rtęci**; nadaje się szczególniej dla **kobiet, dzieci** i do **peryodycznego leczenia się**. Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g.

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani **lek ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.**

Ichthynat, ammonium ichthynatum Heyden, z tyrolskiego węgla rybnego, o wiele tańszy od ichtyolu.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 a

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 A. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 125

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Berlyak'a 227

Mączka odżywcza dla dzieci

jest mimo swej szczególnej taniości znakomitym środkiem odżywczym dla dzieci od najmłodszego wieku osesków. (Także dla dorosłych cierpiących na żołądek). Do każdej paczki dodany jest sposób użycia według p. prof. Dra Eschericha. Zawiera według analizy zakładu dla badań środków spożywczych i używek ogólnego austr. związku aptekarzy 85% **strawnego białka.**

Otrzymać można we wszystkich aptekach i lepszych drogueryach.

Panom lekarzom próbki do rozporządzenia przez firmę depozytową:

Konst. WISZNIEWSKIEGO Spadkobiercy, apteka,

Kraków, ul. Floryańska.

BROMALIN

Bardzo wypróbowany **środek zastępujący alkalie bromu** nie wywołujący zatrucia bromem.

Szczególnie nadaje się do **dłuższego leczenia bromem.**

Wewnętrznie jako proszek lub **kołaczyki bromalinowe.**

Słoiki oryg. po 50 i 100 sztuk.

Wskazania: epilepsia, hysteria, neurastenia.

JODIPIN

Równowartościowy środek zastępujący alkalie jodu bez szkodliwych działań ubocznych.

Jednostajne długotrwałe działanie jodu przez **wstrzykiwania jodipiny.**

Do stosowania wewnętrznego **kołaczyki jodipinowe,** łatwe do zażywania, dobrze znoszone.

Wskazania: dusznica, nieżyt oskrzeli, rozedma, stwardnienie tętnic. drugo- i trzeciorz. kiła,

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie i opłatnie. 19 d

E. MERCK-DARMSTADT.

Borovertin

szybko działający, niedrażniący, środek odkażający **mocz**

Rurka po 20 kołaczyków po 0,5 gr: borovertiny. 9 b

Piśmiennictwo do rozporządzenia Panów Lekarzy.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmaceutische Abteilung, Berlin S. O. 36.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 270

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy **schorzeniach narządów oddechania,** gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker Wien II/1 Castellezgasse 25.

STOLL'A dyet. przetwory Kola

Cesarski Elixir Kola, Wino Kola, Elixir Kola, Kola „Stoll" granulée 314

polecają pierwsze powagi lekarskie jako **znakomity środek skrzepiający żołądek i wzmacniający nerwy.**

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie i opłatnie

Otrzymać można w aptekach i drogueryach.

K. STOLL, Prag-Königl. Weinberge.

Skład główny we **Lwowie** Piotr Mikolasch i Sp., Dr Jan Piepes Poratyński, aptеki, w **Krakowie** K. Wiszniewskiego spadkobiercy, apteka etc.

KĄPIEL MORSKA GRADO.

WYSPA KOŁO TRYESTU, NA WYBRZEŻU AUSTRYACKIEM.

PENSYONAT I ZAKŁAD LECZNICZY „Alla Salute".

Zakład I-rzędny. 50 wykwitnie urządzonych pokoi z balkonami, wszystkie z widokiem na morze. Elektryczne oświetlenie. Lokale towarzyskie, loggie, piękny ogród. Pokoje tygodniowo i miesięcznie. 231

Przytem połączenie z postępowo urządzonym zakładem dla chirurgii, ortopedyi i całkowite leczenie fizykalne. — Aparaty Dr Zandera i Herza. Kursa gimnastyczne dla dorosłych i dzieci. Otwarty od 1 kwietnia do 31 października

Prospekty przez zarząd bezpłatnie. — **Lekarz kierujący i właściciel Dr M. ORANSZ.** Ordyn. od 10—12 i od 3—5 pop.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).



Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. **Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.**

Przy nieżytach narządów oddechania
do leczenia domowego przez lekarzy polecane
Gleichenberger Konstantinquelle
49 **Gleichenberger Emmaquelle**
Gleichenbergskie źródła lecznicze działaja nawet przy przedawn. cierpieniach łagodząco, rozpuszczajaco i ozdrawiająco. **Bez zaburzeń w trawieniu.** Sprowadzić można przez wszystkie składy wód mineralnych i przez **zarząd zdrojowy w Gleichenbergu.** Gleichenbergskich źródeł leczn. używa stale Jego Ces. i Król. Mość Franciszek Józef I.

P. T.

Na żądanie i z polecenia Towarzystwa ginekologicznego we Lwowie wyrabiam opatrunki P (położnicze) z moją firmą i polecam je WPanom Ginekologom:

Gaza odtłuszczona P sterylizowana
pudełko zawierające 5 metr.
Gaza jodofanowa 10% P
pudełko zawierające 5 metr.
Gaza jodoformowa 10% P
pudełko zawierające 5 metr. 212
Gaza vioformowa 10% P sterylizowana
pudełko zawierające 5 metr.
Wata Brunsa w płatkach P sterylizowana
karton zawierający 250 i 100 gr.
Proszę żądać w aptekach lub u podpisanego.
M. L. Dobrowolski
Mag. farm. właściciel fabryki opatrunków chirurg. w Podgórzu.
FILIA WE LWOWIE CZARNECKIEGO 6.



JÓZEF GORECKI
PREMIOWANA FABRYKA 228
SIATEK, MEBLI, KONSTRUKCYI ŻELAZNYCH I WYROBÓW ORNAMENTALNYCH KUTYCH
W KRAKOWIE, UL. ŚW. WAWRZYŃCA L. 26.
Poleca się do wykonania po najtańszych cenach: Wszelkich siatek maszynowych i ręcznych, służących do ogrodzeń, ochron raf, betonów, materyałów sprężynowych i t. p. — Mebli żelaznych i mosiężnych tanich i wykwintnych do urządzeń lekarskich, szpitali, klinik, internatów i ogrodów. — Konstrukcyi dachów, schodów żelaznych w różnych systemach, pawilonów, werand, markiz, okien, bram i portali. — Wyrobów artystycznych z żelaza, miedzi i bronzu kutych, jak wszelkich krat, balustrad, balkonów, ogrodzeń, krzyży, wieńców i kwiatów, świeczników, latarń i kandelabrów i t. p. — Drut kolczasty i wzdętoochrony do ratowania bydła.
Magazyn własny we fabryce przy ulicy św. Wawrzyńca Nr 26.
Adres listów i telegramów wyraźnie:
JÓZEF GORECKI — KRAKÓW. Telefon Nr. 277.



Tanie czeskie pierze do pościeli!
5 kg.: świeżo darte K. 9·60, lepsze K. 12, białe puchowe darte K. 30, K. 36. — Wysyłka opłatnie za pobraniem. Wymiana i zwrot za opłatą porta dozwolone.
143 BENEDIKT SACHSEL, LOBES Nr 204
pod Pilznem, Czechy.

ALMATEINA NERALTEINA
O zażądanie próbek proszą
MEDYOLAN Lepetit, Dollfus & Gansser WIEDEŃ, IX/2

ROK VI. 185 ROK VI.
„GŁOS LEKARZY"
Dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.
Wychodzi we Lwowie pod redakcyą
Dra Szczepana Mikołajskiego.
Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron = 6 marek = 3 rubie.
Adres redakcyi i administracyi: **Lwów, ul. Śniadeckich, Nr. 6.**

Abbazia 302
Dr LEOPOLD LÖW
ordynuje **wyłącznie** w chorobach **skórnych** i **narządów moczowych** (Abbazia, Postgebaude).

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.
Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem
LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI
składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203
Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).
Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.
Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.
Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.
Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ — POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ" PIOTRA MIKOLASCHA

wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca ustalonej sławy **WINA LECZNICZE** przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych

Zanim Pan poczynisz kroki o uzyskanie pożyczki osobistej hipotecznej lub realnej proszę żądać prospektu bezpłatnie MELLER L. EGYED Budapest IX. Lónyai-utca 7 Telef. międzymiast. 48—51. 234

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece **K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.**

We Lwowie na składzie w aptece **PIOTRA MIKOLASCHA.**

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

Prof. Dr W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWO UPRAWNIONA FABRYKA 201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telefon Nr. 227).

c) Normalne wody mineralne:

Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.
I	Normalna	3/4 l.	40	VIII	Glauberska słabsza .	3/4 l.	33	XV	Bromowa mocna . .	1/2 l.	40
II	Alkaliczna słabsza . .	»	33	IX	Magnowa	»	42	XVI	Żelazista	3/4 l.	40
III	» mocna . .	»	40	X	Wapniowa	»	42	XVII	Arsenawa	1/2 l.	50
IV	Słona słabsza . .	»	38	XI	Litowa	»	50	XVIII	Arseno-żelazista . . .	1/2 l.	50
V	» mocniejsza .	»	42	XII	Jodowa słabsza . . .	»	50	XIX	Dyetetyczna	3/4 l.	40
VI	Alkaliczno-słona .	»	33	XIII	» mocniejsza .	1/2 l.	50	XX	Kwaskowata	1/2 l.	30
VII	Glauberska mocna . .	»	42	XIV	Bromowa słabsza . .	3/4 l.	40	XXI	Stołowa normalna . .	3/4 l.	33

d) Wody organiczne lecznicze:

Nr.		h.	Nr.		h.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata . . .	42	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. **fortior** » . . .	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata	45
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana	45			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco.

Rok LXVIII. Kraków, dnia 3. kwietnia 1909. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O zgwałceniu.

Na podstawie 102 przypadków podał

Prof. L. Wachholz.

Sądowo-lekarskie badania kobiet w przypadkach domniemanego zgwałcenia są wcale częste, a jak uczy odnośna statystyka, ten rodzaj przestępstwa okazuje stałą zwyżkę swej częstości. Powodem tej zwyżki liczby zgwałceń jest, obok stałego wzrostu ludności, okoliczność coraz trudniejszych warunków dla zdobycia uregulowanego instytucyą małżeństwa pożycia płciowego i z coraz gorszych warunków ekonomicznych wynikające wysyłanie dziewcząt nieletnich na służbę, do fabryk, przedsiębiorstw roboczych, lub zatrudnianie ich handlem obnośnym (nieletnie handlarki gazet, zapałek i t. d.). Ta ostatnia okoliczność tłómaczy też w znacznej części niestosunkowy wzrost liczby zgwałceń dzieci.

W ciągu trzech lat ostatnich miałem sposobność badać 85 przypadków zgwałcenia w tutejszym sądzie krajowym karnym. Do liczby tej dołączam 17 przypadków, badanych przez kol. Horoszkiewicza, co do których udzielił mi on uprzejmie dokładnych zapisków. Tak więc uwagi moje poniższe opierają się na 102 odnośnych dokładnie, wedle stałego schematu, dokonanych badaniach. Ponieważ zaś w ciągu tych ostatnich 3 lat była liczba zajętych przy tutejszym sądzie kraj. karnym znawców-lekarzy ograniczona do 5, urzędujących na przemian, przeto nie pomylę się wielce, jeśli liczbę zgwałceń, które były w ciągu tego czasu przedmiotem dochodzeń w tutejszym sądzie, określę jako niespełna podwójną, t. j. 200 przypadków obejmującą. Liczba ta jest bezsprzecznie wielka, zwłaszcza jeżeli ją porównamy z liczbą przypadków innych autorów. Tak np. zbadał Haberda (¹) w ciągu 9 lat w Wiedniu 399 osób płci żeńskiej z powodu zachodzących znamion zgwałcenia, względnie shańbienia. Z liczby tej wypadałoby na 3-letni okres czasu, równy mojemu, 133 przypadków, zatem zaledwie o 48 przypadków więcej, niż ja sam miałem sposobność badać w Krakowie (85 przypadków). Jeśli się tedy zważy, że Wiedeń jest blisko 20 razy bogatszy w liczbę mieszkańców, niż Kraków i że jako wielka stolica z rozwiniętym przemysłem i t. d. stanowi lepsze podłoże dla tego przestępstwa, to liczba moich spostrzeżeń musi być oceniona jako nietylko wielka, lecz jako wręcz niestosunkowo wielka. To, że w liczbie moich spostrzeżeń mieszczą się przypadki, jakie się zdarzyły nietylko w samym Krakowie, lecz w całym okręgu jego sądu kraj. karnego, nie zmniejsza znaczenia tej liczby, albowiem zapewne także Haberda pomieścił w swej liczbie przypadki, pochodzące z całego okręgu wiedeńskiego sądu kraj. karnego.

Zgodnie ze spostrzeżeniami innych, przeważna część przypadków zgwałcenia, które zamierzam omówić, dotyczy dziewcząt nieletnich. W liczbie 102 przypadków zgwałcenia mieści się 78 przypadków zgwałcenia dziewcząt w wieku do 14 lat włącznie, a 24 kobiet w wieku starszym niż 14 lat. Tak więc stosunek nieletnich ofiar zgwałcenia do starszych niż 14-letnich, wynosi niemal 3:1. Podobny stosunek wykazują przypadki Haberdy, natomiast u Tardieugo (²) wypadł stosunek dzieci do dorosłych ofiar jak 4:1.

Liczba ofiar wedle ich wieku przedstawia się następująco:

3 lat	— 2 przypadki	15 lat	— 2 przypadki
4 »	— 1 »	16 »	— 3 »
5 »	— 3 »	17 »	— 2 »
6 »	— 6 »	18 »	— 2 »
7 »	— 5 »	19 »	— 2 »
8 »	— 3 »	20 »	— 6 »
9 »	— 3 »	22 »	— 1 »
10 »	— 8 »	23 »	— 1 »
11 »	— 10 »	28 »	— 1 »
12 »	— 13 »	42 »	— 1 »
13 »	— 17 »	47 »	— 1 »
14 »	— 7 »	59 »	— 1 »
		90 »	— 1 »
Razem 78 przypadków.		Razem 24 przypadki.	

Co do wyznania było ogółem 97 ofiar wyznania chrześcijańskiego, t. j. katolickiego, w tem 74 ofiar w wieku do 14 lat włącznie, a 23 starszych, a 5 wyznania mojżeszowego, zatem 5% ogólnej liczby, w tem 4 w wieku do 14 lat włącznie, a jedna starsza.

Stanu wolnego było 98 ofiar, 2 były mężatkami, a 2 wdowami; 5 ofiar rodziło już przed ich zgwałceniem, mianowicie jedna, licząca lat 20, następnie 42, 47, 59 i 90-letnia. Ofiary nieletnie, liczące do 14 lat włącznie, były po największej części dziećmi z klasy robotniczej lub wyrobniczej, część ich uczęszczała jeszcze do szkół, część trudniła się handlem obnośnym gazet i zapałek lub była już na służbie w charakterze piastunek dzieci i pasterek. Jedna ofiara, licząca lat 12, płciowo już zupełnie rozwinięta, córka

wdowy niemki, trudniła się z wiedzą matki prostytucyą i oddawała się mężczyznom w separatkach podrzędnych domów zajezdnych i szynkowni. Jako 7-letnie dziecię uległa w czasie dorocznych uroczystości na Bielanach zgwałceniu przez parobka. Miała stałego kochanka w osobie 25-letniego służącego restauracyjnego, na którym, oprócz licznych zbrodni zgwałcenia i kradzieży, ciążyło uzasadnione podejrzenie popełnionego morderstwa z lubieżności na dziewczęciu 10-letniem. Kochanek ten był jej stręczycielem, utrzymywanym z jej dochodów. Błonę dziewiczą miała na kilka płatów aż ku błonie śluzowej pochwy przedartą i była zakażona tryprem. Kochanek jej przechodził kiłę.

Ofiary wieku starszego, niż 14 lat, były służącemi, wyrobnicami, córkami gospodarzy wiejskich, dwie gospodyniami wiejskiemi.

Ponieważ niejednokrotnie się zdarza, że sprawca zgwałcenia usiłuje się wobec sądu tłómaczyć tem, że podjął obcowanie płciowe z nieletnią ofiarą za jej zgodą, a z wzrostu tejże i rozwoju sądził, że posiada ona już conajmniej ukończonych lat 14, zatem wiek wyższy od wieku, w tej mierze chronionego u dziewcząt ustawą, — przeto zadaje sąd znawcy pytanie, czy ofiara nieletnia wzrostem i rozwojem swym sprawia wrażenie osoby conajmniej z ukończonym 14. rokiem życia. Z tej przyczyny zwracałem uwagę we wszystkich moich przypadkach na rozwój cielesny ofiar, oznaczając zarazem dokładnie ich wzrost. Aczkolwiek podane tu poniżej cyfry wzrostu badanych przezemnie ofiar są przeciętnemi z niewielkiej liczby pomiarów, to jednak cyfry te zbliżają się wielce do tych, jakie uzyskał Troeger [3] względnie frankfurcka komisya [4] z liczby pomiarów, dokonanych na 3554 dziewczętach (polskich przez Troegera), względnie na 2448 dziewczętach (komisya frankfurcka), zatem cyfry moje zyskują na ogólnem znaczeniu. Poniżej zestawiam moje cyfry przeciętne, najwyższe oraz najniższe, porównawczo z przeciętnemi cyframi Troegera i komisyi frankfurckiej.

Zestawienie wzrostu.

Troegera		Moje				Komisyi frankfurckiej	
Przeciętne		Przeciętne		najwyższe	najniższe	przeciętne	
lat	cm	lat	cm	cm	cm	lat	cm
		5	*101*	102	100		
6	107	6	*105*	112	98	6 — 7	115
7	113	7	*111*	117	102	7 — 8	116·3
8	117·5	8	*115*	118	103	8 — 9	121·2
9	122	9	*120*	129	110	9 — 10	125·1
10	127	10	*124*	136	115	10 — 11	129·8
11	131·5	11	*130*	144	120	11 — 12	135·7
12	136	12	*136*	146	130	13 — 14	143·4
13	142	13	*143*	155	134	14 — 15	150·9
		14	*150*	160	141		

Pod względem rozwoju płciowego zwracałem uwagę na zachowanie się sutków, uwłosienie sromu i rozwój tegoż, oraz na pojawienie się regularności. Rozwój płciowy oznaczałem jako dokonany, jeźli oba sutki były wyraźne o rozwiniętych gruczołach mlecznych, srom był wyraźnie włosem pokryty, zarazem miał, w przeciwstawieniu do dziecinnego głębokiego, przedsionek płytki, a wreszcie, jeśli regularność już się była pojawiła. Ten dokonany już rozwój płciowy stwierdziłem u 2 ofiar 12-letnich, zatem w 15% przypadków zgwałceń 12-letnich osób, u 4 ofiar (23%) 13-letnich i u 5 ofiar (71%) 14-letnich. Wyraźne owłosienie sromu spotkałem zresztą obok braku innych cech dojrzałości płciowej u jednej 11-letniej ofiary. Przy tej sposobności nie mogę pominąć milczeniem przypadku niezwykle wczesnego rozwoju płciowego u nieletniej dziewczyny, której stan umysłowy badałem przed kilku laty z powodu obwinienia jej o zuchwale dokonane kradzieże. Dziewczyna ta, licząca w chwili badania jej 14 lat, wyznania mojżeszowego, dotknięta wybitnem zwyrodnieniem umysłu, przedstawiała się jako zupełnie dojrzała kobieta, która już odbyła poród donoszonego dziecku w niespełna 13. roku życia. Regularność miała się u niej pojawić po raz pierwszy w 11. roku życia. W przeciwstawieniu do przypadków wczesnego rozwoju płciowego (z zestawienia poprzedniego wynika, że rozwój nastaje u naszych dziewcząt średnio w 14. roku życia), stwierdziłem u 2 ofiar zgwałcenia, liczących ukończonych 16 lat, zupełny brak sutków, owłosienia sromu i regularności. Srom ich miał cechy sromu dziecięcego dziewcząt 10-letnich. W jednym z tych dwóch przypadków infantylizmu istniało wrodzone przytępienie umysłu znacznego stopnia *(imbecillitas)*.

U 10 ofiar zachodziły zaburzenia zdrowia bądź cielesnego, bądź umysłowego. I tak jedna z 6-letnich ofiar była dotknięta znacznem skrzywieniem kręgosłupa ku tyłowi (*kyphosis)*, jedna z 9-letnich miała rozległego tocznia (*lupus)* na twarzy ze znacznem zniszczeniem nosa, u jednej z 13-letnich stwierdziłem ropiejące gruczoły *(lymphomata)* po obu stronach szyi, jedna 16-letnia i 28-letnia były dotknięte znacznem wrodzonem przytępieniem umysłu, jedna 15-letnia i jedna 18-letnia były głuchonieme, jedna 19-letnia cierpiała na częste napady padaczki, jedna 20-letnia była dotknięta gruźlicą płuc i silną bladnicą, wreszcie 47-letnia ofiara miała wola na szyi dość znacznych rozmiarów i objawy wyrównanej niedomykalności zastawki dwudzielnej serca. Na stan zdrowia ofiar zwracałem uwagę między innemi dlatego, żeby stwierdzić, iż nawet w oczy uderzające u ofiary zmiany chorobowe, budzące zazwyczaj odrazę, nie są często zdolne odwieść mężczyzny od podjęcia aktu płciowego.

We wszystkich przypadkach były części płciowe ofiar, jak to jest zresztą zrozumiałe, przedmiotem dokładnego badania i dokładnego określania jakości ich rozwoju, kształtu i stanu błony dziewiczej i t. d. Tu nasuwa mi się uwaga, jaką uczynić muszę większości naszych znawców sądowych. Oto prawie tylko wyjątkowo określają oni w swych wywodach oględzin kształt błony dziewiczej, zachowanie się jej brzegów, możliwych wrębów przyrodzonych lub przerw, przy wprowadzeniu członka lub palca do pochwy powstałych. Zdarzyły mi się nawet i takie przypadki, — jakby na potwierdzenie zdania dawnych autorów, »*difficilis res virginitas*« lub zdania św. Cypryana o dochodzeniu znamion dziewictwa »*obstetricis* (jabym poprawił na: *medici expertis) manus et oculi saepe falluntur*«,— w których znawcy stwierdzili brak wrodzony błony dziewiczej, mimo, iż błona ta w istocie istniała. Niewątpliwie są te badania trudne, jeśli się zważy, jak często dokonywa ich znawca w nieodpowiedniem miejscu, np. w kancelaryi sędziego, przy złem oświetleniu, a nadto badanie utrudnione jest oporem ze strony badanej (np. dziecka) i częstem zanieczyszczeniem jej sromu. Mimo to, okoliczności powyższe nie tłómaczą

niedokładności badania, lecz raczej powinny być wskazówką, aby ich nie lekceważyć, wszak bowiem omyłka znawcy może za sobą pociągnąć zasądzenie niewinnego człowieka, ofiary przewrotności i chęci wyzysku ze strony kobiet, fałszywie obwiniających go o zadanie im gwałtu.

Na 102 przypadków zgwałcenia, będących w mowie. w 70 istniała błona dziewicza nienaruszona, w 27 była ona przedarta, w 5, t. j. u kobiet, które poprzednio już rodziły, znajdowały się zwykłe strzępy mirtowate. Z 27 przedartych błon było 20 świeżo przedartych, a w 7 istniało przedarcie już niewątpliwie przed ostatniem zgwałceniem. Świeżych przedarć błony, powstałych przy zgwałceniu, które było powodem badania, stwierdziłem 14 u ofiar niżej lat 14, a 6 u ofiar starszych. Dawnych przedarć błony stwierdziłem 5 u osób niżej 14 lat, a 2 u osób starszych. Trzy przypadki świeżego przedarcia błony dziewiczej dotyczyły dziewczęcia 10, 11 i 13-letniego, które obcowały płciowo z dwoma 15-letnimi pastuchami, płciowo jeszcze nie rozwiniętymi tak, iż sprawiali oni wrażenie chłopców 11—12-letnich. U jednej z tych dziewcząt, t. j. u 10-letniej, istniała jedna boczna, poza nasadę błony sięgająca przerwa, a znawcy z przerwy tej wysnuli wniosek, że u badanej są strzępy mirtowate (!), jako pozostałości błony po jej przedarciu. Znawcom tym nieznane były wyniki badań Łazarewicza i Belliena[5], z których wynika, że strzępy mirtowate powstają dopiero po porodzie, t. j. wskutek zmiażdżenia resztek błony dziewiczej przez główkę rodzącego się płodu.

W 70 przypadkach notorycznego zgwałcenia była błona dziewicza nienaruszona, a mianowicie, u 60 dziewcząt w wieku do 14 lat włącznie i u 10 starszych wiekiem, t. j. u 4 po 20, 2 po 19 lat i u jednej 18, 17, 16 i 15 lat liczących. Brak przedarcia błony dziewiczej u 60 nieletnich dziewcząt tłómaczy się niestosunkiem rozmiarów członka dorosłych ich gwałcicieli do rozmiarów sromu, względnie pochwy ofiar, wobec czego akt płciowy, jak to zwykle w tych razach bywa, odbywał się w przedsionku (tak zwany *coitus vestibularis*, »coït périnéal« Lacassagnea). Brak przedarcia błony dziewiczej u 10 dziewcząt, płciowo już rozwiniętych, tłómaczył się w znacznej części samym kształtem i podatnością błony ich, która przedstawiała się u nich 3 razy jako od urodzenia płatowa, raz jako strzępiasta, 2 razy jako pierścieniowata i 2 razy jako sierpowata, dwa ostatnie rodzaje o dużym otworze.

Przechodząc do kształtu błony dziewiczej, to najczęściej przedstawiała się ona jako półksiężycowata (46 razy), częściej w odmianie sierpowatej niż podkowiastej, miała wolny brzeg gładki, niekiedy z bocznymi symetrycznie rozłożonymi, płytkimi wrębami, tylko w 3 przypadkach był brzeg wolny wyraźnie ząbkowany (*h. semilunaris denticulatus*). W 12 przypadkach była błona pierścieniowata o otworze raz tylko współśrodkowo ułożonym (*h. centralis*), zresztą zawsze odśrodkowym. W przypadku centralnego umieszczenia otworu tworzyła błona wązki zewsząd jednako szeroki rąbek (u 10-letniego dziecka), który pierwsi znawcy przeoczyli i oświadczyli, że dziecko to nie ma błony dziewiczej od urodzenia. Brzeg wolny tych błon bywał gładki, raz tylko ząbkowany. W 4 przypadkach był otwór w błonie owalny w kierunku długiej osi ciała tak, że błona tworzyła jakgdyby trzecią parę warg (*h. labiiformis*). W 5-ciu przypadkach przedstawiała się błona jako z kilku (4) płatów złożona (*h. lobatus*); płaty atoli były ze sobą przed nasadą błony złączone, o brzegach jednostajnie się ścieńczających ku końcowi, przyczem dwa razy był brzeg pokryty silnie w postaci rzęsków rozwiniętemi brodaweczkami (*h. fimbriatus*). W jednym z tych przypadków u 15-letniej dziewczyny płatki błony, ułożone jak płatki kwiatu obok i poza sobą, wypuklały się ku przedsionkowi i tkwiły swymi końcami między wargami większemi (*h. corollatus*) W 2 przypadkach miała błona dziewicza dwa otwory, odgraniczone niemal w środku z góry na dół biegnącą, wyraźną przegrodą (*h. septus*). W jednym z tych przypadków, u 7-letniego dziecka, istniała zdaje się także i przegroda pochwowa (*vagina septa*). W jednym przypadku tworzył tylny rząd marszczek (*columna rugarum*) pochwy wyraźną, ku wolnemu otworowi błony w środku od dołu wystającą wypustkę, szczątkową przegrodę; wskutek tego kształt otworu zbliżał się do kształtu czerwieni z kart do gry, jak go trafnie określił Haberda (kartenherzförmiger H. — *H subseptus*).

Jak już wspomniałem, w 27 przypadkach była błona dziewicza przedarta. W 16 z tych przypadków można było jeszcze pomimo przedarcia rozpoznać kształt pierwotny błony, a mianowicie w 12 przypadkach kształt półksiężycowaty, w 2 przypadkach pierścieniowaty, raz przedzielony (*h. septus*) a raz sercowaty (*h. subseptus*). Z 12 błon pół księżycowatych 7 okazywało jedną przerwę, a to 5 razy z boku ułożoną, zaś 2 razy u dołu, 5 okazywało dwie przerwy, z tych 3 z boku i z dołu, a 2 z obu boków, wreszcie jedna okazywała 3 przerwy, dwie boczne i jedną dolną. Z dwóch błon pierścieniowatych jedna była tylko z jednego boku, druga z obu boków w dole przedarta. Błona dziewicza z przegrodą miała lewy, niżej położony otwór większy z boku świeżo naddarty, błona sercowata (*h. subseptus*) miała w dole po obu bokach leżące dwie świeże przerwy.

Jak kształt błon dziewiczych nienaruszonych w 70 wspomnianych przypadkach, choć odpowiadał temu lub owemu typowi, przecież w szczegółach się różnił, tak też i grubość utkania tych błon przedstawiała się jako właściwa każdej z nich z osobna. Na ogół zauważyłem 34 razy błonę cienką (*h. debilis*), 36 razy błonę grubą, mięsistą (*h. carneus*), w tych ostatnich 6 razy szczególnie rozciągliwą (*h. tendineus*).

Inne obrażenia części płciowych, zwłaszcza znaczniejsze, były rzadkie. I tak u 6-letniej ofiary, zgwałconej przez 27-letniego mężczyznę, istniało pęknięcie błony dziewiczej półksiężycowatej w środku u dołu, które przechodziło w ranę, powstałą z pęknięcia krocza do połowy jego szerokości. U dwóch tj. u 17-letniej i 18-letniej ofiary, zgwałconych przez 7, względnie 5 sprawców w wieku od 16—24 lat, istniało przedarcie tylnego wędzidełka obok przerw w błonie dziewiczej. Wreszcie u 6 ofiar, mianowicie u 4, 5, 8, 9, 10 i 14-letnich, istniały przy nienaruszonej błonie świeże otarcia i drobne podbiegnięcia krwawe na wewnętrznej powierzchni warg większych i w przedsionku, zwłaszcza koło cebulki moczowej. U dwóch 11-letnich i u jednej 13-letniej ofiary, trudniących się obok handlu obnośnego tajnym nierządem, istniał wybitny przerost łechtaczki i górnych odcinków warg mniejszych, które sterczące ze szpary

sromowej, nabrały już cech, właściwych ogólnym powłokom skórnym.

Z obrażeń ciała, rozmieszczonych poza okolicą części płciowych, stwierdziłem u dwóch ofiar (42-letniej i 59-letniej) rozległe sińce na wewnętrznej powierzchni obu ud, u dwóch innych (47-letniej i 28-letniej) takie same sińce na ramionach i przedramionach, wreszcie u 20-letniej ofiary ranę ciętą na małym palcu ręki prawej, odniesioną w chwili obrony przed napastnikiem, który się jej odgrażał nożem. W jednym przypadku usiłowanego zgwałcenia, zestawieniem tem nie objętym, zadał 14-letni, umysłowo niedołężny pastuch 5-letniej dziewczynce, powaliwszy ją na ziemię, ranę 6 cm długą, ciętą w powłoki brzuszne powyżej spojenia łonowego. Napastnik usiłował wedle własnego oświadczenia ofiarę swą »wymiśkować« i tylko nadejściu starszej swej siostry zawdzięczało dziecię, że rana odniesiona była płytka, bo przenikała tylko samą skórę*).

Z zakażeń wenerycznych istniało u 10 ofiar (tj. u 3, 5, dwóch 6, dalej u 8, 10, 13 i u trzech 12-letnich) ostre zakażenie wiewiórowe sromu i pochwy, stwierdzone badaniem bakteryologicznem wydzieliny, u 2 ofiar zaś, t. j. u 13-letniej i 22-letniej, istniały świeże drugorzędne zmiany kiłowe, raz w postaci ogólnej osutki plamistej (u 22-letniej ofiary), raz w postaci osutki świeżej, drobno-guzkowej (u 13-letniej ofiary). Z wyjątkiem dwóch przypadków zakażenia tryprem, w których kontrolne badanie gwałcicieli nie wykazało u nich śladów trypra, istniały u gwałcicieli reszty wymienionych ofiar te same zakażenia weneryczne w okresach dawniejszych tak, że zakażenie ofiar przez tych sprawców było dowiedzione. Ofiara 12-letnia, o której na wstępie była mowa, mająca utrzymywanego przez siebie 25-letniego kochanka, a oddająca się zawodowo nierządowi, była dotknięta tylko ostrym wiewiórem, a nie kiłą, mimo iż kochanek jej był kiłą zakażony, a tylko leczył się z powodu tej choroby w szpitalu na krótko przed nawiązaniem stosunku z ofiarą.

W kilku przypadkach istniało zapalenie sromu wskutek nieczystości, w jednym z nich nadto wybujałe kłykciny kończyste.

Sprawców tych 102 przypadków zgwałcenia były razem 110, mianowicie niepełnoletnich w wieku od 14—23 lat włącznie 46, w sile wieku, t. j. od 24—48 lat 42, podeszłych wiekiem, tj. liczących 51, 52, 56, 60, 62, 65 i 77 lat życia 7 u 11 wiek był nieznany, 4 sprawców wogóle nie wykryto. Co do zawodu było prócz 4 niewyśledzonych sprawców 12 żebraków i włóczęgów, 23 wyrobników, 10 pastuchów, 15 służących, 25 rzemieślników, 6 handlarzy, 6 gospodarzy rolnych, 3 uczniów szkół średnich, 6 z sfery inteligencyi. Stanu wolnego było 78, żonatych 23, z tych 2 opuszczonych przez żony, wdowców 5, niewyśledzonych 4. Ze 106 znanych sprawców było 13, tj. 11·8%, wyznania mojżeszowego. W 11 przypadkach zachodził pewien bliższy stosunek między sprawcą a jego ofiarą. I tak w 5 przypadkach był sprawcą zgwałcenia ojciec ofiary (z tych dwóch dotkniętych obłąkaniem, jeden niedowładem postępującym, drugi podnieceniem szałowem i wrodzonem przytępieniem umysłu), w 1 przypadku ojczym, w 1 przypadku brat przyrodni, w jednym opiekun a zarazem ojciec chrzestny ofiary, w 3 wreszcie przypadkach służbodawca nieletnich piastunek dzieci. W 13 przypadkach byli sprawcy dotknięci nieprawidłowym stanem umysłu, który wyłączał u nich odpowiedzialność karną. Z form stwierdzonego nieprawidłowego stanu umysłu wykazano u 10 sprawców znaczne, wrodzone przytępienie umysłu (*imbecillitas*), u 1 sprawcy niedowład postępujący na tle przebytej kiły, u 2 wreszcie wybitne starcze niedołęstwo umysłu. U 4 sprawców zachodziły wady rozwojowe i nabyte narządów płciowych, u dwóch 15-letnich sprawców istniał wybitny infantylizm (brak zupełny porostu włosów na częściach płciowych, głos chłopięcy, jądra i członek rozmiarów dziecięcych), mimo którego jeden z nich, skazany następnie na 1½-roczne ciężkie więzienie, zgwałcił 6 dziewcząt w wieku od 7—13 lat, przyczem u 2 ofiar jego (11-letniej i 13-letniej) stwierdzono świeże przedarcia błony dziewiczej. U 62-letniego sprawcy zgwałcenia, popełnionego na 16-letniej, nierozwiniętej dziewczynie, istniał urazowy zanik jądra lewego (jądro wielkości fasoli) i brak odruchu tegoż jądra; członek męski i jądro prawe były rozmiarów prawidłowych. Wreszcie u wspomnianego już dwukrotnie kochanka, utrzymywanego przez swą 12-letnią ofiarę, zawodowo oddającą się nierządowi, istniała czynnościowa niemożność obcowania z powodu braku wzwodu prącia. Dlatego też 25-letni ten sprawca obcował tylko z nieletniemi dziewczętami, wstydził się bowiem swej niezdolności przed kobietami dojrzałemi. U 9 sprawców dała się stwierdzić choroba weneryczna, u 4 ostry, u 3 przewlekły wiewiór, u 2 wtórorzędna kiła, raz w postaci świeżej plamistej osutki, a raz w postaci kłykcin rozpadających się na członku i mosznach.

Ośmiu sprawców w wieku od 15—60 lat stało pod zarzutem zgwałcenia kilku ofiar, liczących mniej, niż 14 lat; 4 z nich zgwałciło po 2 ofiary, jeden zgwałcił 3 ofiary, dwóch po 6 ofiar, jeden (60-letni) 7 ofiar. Naodwrót uległo 6 ofiar zgwałceniu, dokonanemu w tym samym czasie przez kilku sprawców, wzajemnie sobie dopomagających w dopięciu celu. Wiek sprawców tych, wspólnie dokonanych na jednej ofierze zgwałceń, wahał się między 16 a 30 lat. Natomiast wiek ich sześciu ofiar wynosił 17, 18, 19, dwa razy 20, i 1 raz 42 lat. Jedną z tych ofiar zgwałciło dwóch sprawców, dwie inne każdą trzech, jedną czterech, jedną pięciu i ostatnią siedmiu sprawców.

Z 95 sprawców o znanym wieku, 55 dopuściło się czynu na dziewczętach, które nie ukończyły jeszcze 14 roku życia. Wiek średni tych sprawców wynosił 36 lat, najwyższy 77 lat, najniższy 14 lat. Natomiast u 40 sprawców zgwałcenia kobiet w wieku od 14 lat wzwyż wynosił średni wiek 24 lat, najwyżej 56 lat, najmniej 16 lat. Zestawienie powyższe wykazuje dowodnie pociąg płciowy młodych mężczyzn do starszych kobiet, a starych mężczyzn do nieletnich dziewcząt. Szczególnie 4 przypadki zgwałcenia podeszłych wiekiem kobiet zasługują na uwagę. Pierwszy z nich dotyczy zgwałcenia w polu na wsi 42-letniej

*) Analogię do powyższego przypadku heteroseksualnego popędu sadycznego u chłopca w wieku pokwitania, stanowił oceniany przezemnie przypadek, tyczący się 14-letniego robotnika fabryki sody amoniakalnej, któremu w czasie obiadowej drzemki drugi, 16 letni kolega, polał wzgórek łonowy surowym kwasem siarkowym (witryolejem). W innym wreszcie, ocenianym przezemnie przypadku, wylali dwaj młodzi robotnicy pod siedzącego na ławie w karczmie szynkarza surowego kwasu siarkowego. W obu przypadkach, o niewątpliwym płciowym (sadycznym) podkładzie, goiły się zadane rany przez kilka tygodni.

wieloródki, o wejrzeniu zewnętrznem, odpowiadającem jeszcze podeszlejszemu wiekowi, przez trzech sprawców, wiejskich parobków, liczących 19, 22 i 23 lat życia. Drugi przypadek tyczy się zgwałcenia 47-letniej wieloródki, gospodyni wiejskiej, schorowanej, dotkniętej wolem i wadą zastawkową serca, przez 40-letniego mężczyznę. W trzecim przypadku zgwałcił 27-letni, silny i zdrowy parobek 59-letnią gospodynię wiejską, matkę kilkorga dzieci. Czwarty przypadek, przewyższający wszystkie znane w tej mierze przypadki w piśmiennictwie, dotyczy 90-letniej wdowy, którą 24-letni parobek, dotknięty wrodzonem znacznem przytępieniem umysłu, zgwałcił w południe letnie w rowie przydrożnym. Wedle własnego przyznania doznał on na widok staruszki wzwodu członka i dlatego oświadczył jej bez ogródek chęć spółkowania z nią. Gdy zaś ona, powołując się na swój sędziwy wiek, zalecała mu wybór do tego celu młodej kobiety, ze słowami »stara a młoda mają taką samą«... powalił ją na szkarpę gościńca, usta chustką jej przytkał i grożąc w razie oporu uduszeniem, dokonał aktu, wrzekomo pierwszy raz w życiu.

Również młodym był wiek pięciu sprawców zgwałcenia ofiar, dotkniętych toczniem twarzy, gruźlicą płuc i znaczną blednicą, garbem, wreszcie ropieniem gruczołów na szyi, albowiem wynosił 14, 15, 23, 30 lat.

W 16 przypadkach łączyło się zgwałcenie z innymi rodzajami przestępstw płciowych. I tak w 8 z nich sprawcy o średnim wieku 40 lat, dopuścili się shańbienia przez manipulacye lubieżne ręką koło sromu ofiar, raz dokonane palcem, powleczonym w tym celu oliwą; w jednym przypadku 25-letni sprawca obnażał swe części płciowe przed nieletniemi swemi ofiarami (*exhibitionismus*), w innym przypadku 32-letni mężczyzna polecał nieletnim ofiarom oddawać w obecności swej mocz do szklannego słoja, zniewalając je do tego podarunkami (*picacismus*), w dalszych dwóch przypadkach dopuszczali się 45-letni i 60-letni sprawcy hańbienia małych dziewcząt przez *cunnilinguus*, w dwóch 40-letni i 27-letni sprawcy usiłowali dokonać ze swymi ofiarami, płciowo dojrzałymi, *coitus oralis*, raz pod groźbą uduszenia. Jeden z tych ostatnich przypadków tyczy się konduktora kolei, drugi parobka wiejskiego, a więc w każdym razie ludzi, nie przesyconych chyba jeszcze płciowo i nieświadomych »kultury« światowych stolic. W jednym przypadku szałowo podniecony i od urodzenia umysłowo przytępiony wieśniak 52-letni, obcował po stracie żony z 14-letnią swą córką *per vaginam, per os et per anum* i to często za dnia wobec jej młodszego rodzeństwa. Wreszcie jeden 16-letni sprawca dopuścił się nadto nierządu ze suką.

Co się tyczy sposobów, przewidzianych w ustawie, jakich sprawcy używali do dopięcia swego celu, to pomijając przypadki zgwałceń ofiar nieletnich, zwabianych zwykle w tym celu w zaciszne miejsca zapomocą drobnych podarunków, w 3 przypadkach osiągnięto cel groźbą zabicia nożem, dwukrotnie zgwałcono ofiary pogrążone we śnie, raz po upojeniu alkoholem 16-letniej dziewczyny przez ojca celem dokonania przezeń aktu; w jednym przypadku, nie objętym jednak ogólnem zestawieniem omawianych 102 przypadków zgwałcenia, skorzystał sprawca z chwilowej bezbronności swej 14-letniej ofiary, piastującej na ręku chore niemowlę. Sprawca usadowił ofiarę, siedząc na krześle, na swych udach, a obnażywszy jej pośladki, od tyłu dokonał aktu. Ofiara była bezbronna, nie mogła bowiem była porzucić dziecka, aby uwolnić swe ręce ku obronie.

Kończąc na tem zestawienie przypadków zgwałcenia jakie mi się w ciągu trzech lat w praktyce sądowej trafiły, sądzę, że będzie ono nietylko pouczeniem względnie przypomnieniem odpowiedniego rozdziału z medycyny sądowej dla lekarzy sądowych, lecz także zachętą do podobnego zużytkowania własnych spostrzeżeń.

Piśmiennictwo. 1) Verbrechen u. Vergehen gegen die Sittlichkeit w Schmidtmanna Handb. d. gerichtl. Medicin. I. Berlin 1905. str. 171. — 2) Étude médico-légale sur les attentats aux moeurs. 1878. — 3) Messungen von 7138. Volksschulkindern polnischer Abkunft zur Ermittlung der erforderlichen Schulbankgrossen. Zeitschr. f. Med.-Beamte. 1906. Str. 145. — 4) Hofmann. Lehrbuch d. ger. Med. VII. Auft. 1905.—5) jak pod 4).

Serodyagnostyka kiły zapomocą odczynu Wassermanna.

Podali

Dr A. Modrzewski i Dr J. Reize.

(Ciąg dalszy).

II.

W ciągu dwóch i pół lat ostatnich powstało w sprawie wartości odczynu Wassermanna w praktyce, obszerne piśmiennictwo, obejmujące z górą 2000 badań. Nie wszyscy jednak autorowie są jednego zdania co do wartości serodyagnostyki przymiotu; w celu więc zoryentowania się w tych różnych zdaniach i łatwiejszego wysnucia wniosku co do praktyczności odczynu Wassermanna, przedsięwzięliśmy również szereg badań.

Wymagać powinniśmy od odczynu W. przedewszystkiem tego, żeby, poza zupełnie wyjątkowymi przypadkami, dawał wynik dodatni jedynie tylko przy użyciu surowicy chorych na kiłę. I oto tysiąc przeszło badań nad surowicą osób, napewno nie kiłowych, przeprowadzonych przez tak biegłych badaczy, jak Blaschko i Citron, nie dały ani razu dodatniego wyniku odczynu Wassermanna.

W naszych również badaniach surowicy nieprzymiotowych chorych, dokonanych sposobem Wassermanna, na 21 przypadków ani razu nie było dodatniego wyniku.

Co się tyczy niektórych opisanych przypadków, gdzie dodatni wynik otrzymano również z surowicą innych chorych (dur, gruźlica, rak i inne), to trzeba zwrócić uwagę nato, że w pewnych przypadkach albo sami autorowie przyznawali, że hamowanie hemolizy było o wiele mniej wyraźne, niż w surowicy kiłowej (Müller), albo używali nie wassermannowskiego, lecz innych, mniej wypróbowanych, sposobów (Fritz, Kren, Stum, Eisler), albo wywiady nie były dość ścisłe i nie wyłączały przymiotu (Hoffmann Elias, Neubauer, Porges, Salomon), albo nakoniec w surowicy, użytej do badania, powstawało wyraźne hamowanie hemolizy bez dodania antygenu (Autotropen, de-Castello, Ballner), a taka surowica, jak wiadomo, do badań się nie nadaje.

Jeśli to wszystko obliczymy, to ilość przypadków z dodatnim wynikiem badań surowicy nieprzymiotowych chorych pozostanie bardzo nieznaczna w porównaniu z ty-

siącami ujemnych wyników, otrzymanych przy tychsamych warunkach.

Jak potrzebna jest ostrożność przy ocenie takich, pozornie nieprzymiotowych, przypadków, dowodzi następujące spostrzeżenie Fraenkla i Mucha: U 45-letniego mężczyzny, zmarłego na zapalenie płuc, bez żadnych na pozór objawów przymiotu, znaleziono przy badaniu zwłok klasyczne zmiany tętnicy głównej i typowo zrazowatą wątrobę (*hepar lobatum*) z ogniskami kilakowemi. Przy badaniu surowicy krwi za pomocą odczynu Wassermanna otrzymano wyraźny wynik dodatni, a gdyby tensam odczyn wykonano za życia chorego, łatwo byłoby dojść do mylnego wniosku, jakoby odczyn W. udawał się również przy zapaleniu płuc.

I tak, ponieważ odczyn Wassermanna nie występuje prawie nigdy przy badaniu surowicy nie kiłowej, więc temsamem trzeba go uznać za swoisty dla przymiotu.

Teraz rozpatrzymy i porównamy wyniki prac nad surowicą kiłową, wykonanych sposobem Wassermanna przez różnych badaczy, dzieląc je dla ułatwienia podług rozmaitych okresów przymiotu, a mianowicie: 1) Okres wrzodu pierwotnego. 2) Okres lepieżowy. 3) Okres kilakowy. 4) Przymiot układu nerwowego ośrodkowego. 5) Przymiot utajony. 6) Przymiot dziedziczny.

1) Okres wrzodu pierwotnego.

Przy pierwotnych objawach przymiotu odczyn Wassermanna daje wyniki dodatnie, według badań Blaschki i Citrona, w 90%, przyczem zauważono, że wynik ujemny przypada na wcześniejszy okres istnienia wrzodu pierwotnego — do dwóch tygodni.

Inni badacze otrzymali następujące wyniki:

Müller	na	14	przypadków	9	dodatnich
Meier	»	25	»	17	»
Bruck	»	27	»	13	»
Fischer-Meier	»	8	»	6	»
Blumenthal-Hoffmann	»	12	»	6	»
Fleischmann	»	5	»	5	»
U nas	»	6	»	5	»

Ujemny wynik otrzymaliśmy u chorego z wrzodem pierwotnym po 10 dniach istnienia, w pozostałych przypadkach wrzód istniał od 3 do 6 tygodni.

2) Okres lepieżowy.

Przy obecności objawów przymiotu w okresie lepieżowym otrzymali wynik dodatni:

Blaschko-Citron	99%
Blumenthal-Hoffmann	82%
Fleischmann (na 30 przypadków)	93%
Meier (» 84 »)	93%
U nas (» 19 »)	12 dodatnich

Na 5 przypadków ujemnych — w 2 poprzedzało badanie energiczne leczenie rtęciowe.

3) Okres kilakowy.

W okresie kilakowym, przy obecności czynnych objawów przymiotu, dodatni wynik otrzymali:

Blaschko-Citron	91%
Blumenthal-Hoffmann	88%
Fleischmann na 42 przypadki	98%
U nas 1 przypadek z dodatnim wynikiem.	

4) Przymiot układu nerwowego ośrodkowego.

Szczególnie udatne są wyniki odczynu Wassermanna przy wiądzie rdzenia i porażeniu postępowem. Prawie u wszystkich badaczy odczyn ten daje wynik dodatni w przeważnej liczbie przypadków.

Levaditi i Marie, jedni z pierwszych badaczy, powiadają: »La réaction de Wassermann et Plaut est la réaction particulière à la paralysie générale et au tabes«. (Odczyn W. jest swoisty dla porażenia ogólnego postępowego i dla wiądu rdzenia.) I rzeczywiście Wassermann i Plaut otrzymali na 54 przypadków porażenia postępowego wynik dodatni w 41 przypadkach, przyczem, równie jak Levaditi i Marie, używali płynu rdzeniowego.

Plaut oddzielnie badał płyn rdzeniowy w 44 przypadkach porażenia postępowego i otrzymał 41 dodatnich wyników; u niego też surowica krwi przy porażeniu dała 100% odczynu Wassermanna.

U Fleischmanna na 16 przypadków przymiotu układu nerwowego ośrodkowego (częścią zapalenie błony wewnętrznej tętnic *(endarteriitis)*, częścią wiąd rdzenia), wynik dodatni był w 13 przypadkach, co wynosi 81%. Z trzech przypadków ujemnych przy wiądzie rdzenia, w dwóch przeszli chorzy poprzednio leczenie rtęciowe.

Raviart, Breton i Petit otrzymali wynik dodatni w 93 przypadkach.

U nas na 2 przypadki, w jednym był wynik dodatni, w drugim — ujemnym — poprzedzała badanie silna kuracya rtęciowa.

V. Przymiot dziedziczny.

W tym kierunku zebrano jeszcze niewiele doświadczeń.

Plaut i Bab otrzymali wielokrotnie dodatni wynik przy badaniu mleka matek albo surowicy niemowląt wtenczas, gdy według prawa Colleta i Profeta matka i dziecko muszą być odporne.

Według doświadczeń Bauera surowica krwi niemowląt wogóle nigdy nie daje odczynu Wassermanna.

Wyniki serodyagnostyki przymiotu dziedzicznego są według zdania niektórych badaczów wiele obiecujące i mogą zmienić do gruntu pojęcia, utrwalone przez klinicystów, lecz badania te nie są dotąd dość liczne i nie dają jeszcze prawa do jakichkolwiek praktycznych wniosków.

W jednym naszym przypadku matka i dziecko mieli wyraźne objawy przymiotu, a badanie mleka sposobem Wassermanna dawało wynik ujemny.

6) Przymiot utajony.

W obecnych czasach nie mamy jeszcze dla przymiotu pewnego sprawdzianu, żeby módz stwierdzić, że nastąpiło zupełne wyzdrowienie, jeśli za nie nie uważać nader rzadkich przypadków powtórnego zjawienia się wrzodu pierwotnego. Wyzdrowienie jednak w większości przypadków nie podlega wątpliwości; dlatego w rubryce utajonego przymiotu zamieszczamy nietylko te przypadki, w których choroba jeszcze istnieje, nie dając tylko widocznych objawów, lecz także i takie, w których wyzdrowienie bezwarunkowo już nastąpiło, ale brak podstaw do sądzenia o tem i które dlatego uważa się jeszcze zawsze za późniejsze okresy przymiotu utajonego.

Okazuje się więc, że w przypadkach przymiotu utajonego odczyn Wassermanna udaje się rzadziej, niż przy jawnym lepieżowym i kilakowym przymiocie, a jeżeli podzielić utajony okres przymiotu również na wczesny i późniejszy, to zmniejszenie wyników dodatnich szczególnie będzie wyraźne w późniejszych okresach.

Otóż w przypadkach utajonego przymiotu, wczesnego (lepieżowego) okresu, dodatni wynik zauważyli:

Blaschko-Citron	80%
Fleischmann (na 45 przypadków)	64%

Tensam wynik w późniejszym okresie przymiotu utajonego zauważyli:

Blaschko-Citron	57%
Fleischmann (na 55 przypadków)	42%
My (na 10 przypadków) w 6 przypadkach.	

Ciekawe jest spostrzeżenie Lessera i Fleischmanna, że % dodatniego wyniku odczynu Wassermanna w późniejszym okresie utajonego przymiotu zupełnie odpowiada odsetkowi w statystyce Lessera, który zauważył przy badaniu zwłok osób, dotkniętych kiłą, a zmarłych na inne choroby, 50% wyraźnie kiłowych zmian w ustroju. Zmiany te za życia niczem się nie objawiały klinicznie.

Nasuwa się samo przez się przypuszczenie, czy w późniejszym okresie utajonego przymiotu, (do którego należą wszystkie przypadki wyzdrowienia), odczyn Wassermanna nie wskazuje na obecność ukrytych zmian kiłowych w ustroju, które dotąd jeszcze się niczem klinicznie nie objawiły, ale mogą stać się groźne w niedalekiej przyszłości.

Takie są ilościowe wyniki badań surowicy kiłowej, według odczynu Wassermanna, w rozmaitych okresach choroby. Streszczając teraz wszystkie te wyniki, można przyjąć, że odczyn Wassermanna daje dodatni wynik w przeważnej liczbie przypadków przymiotu, a mając na względzie poprzednio przytoczone dane, że wcale nie kiłowa surowica (z nader rzadkimi wyjątkami) nigdy nie daje wyraźnego odczynu Wassermana, łatwo stwierdzić, że odczyn ten odpowiada zupełnie wymaganiom serodyagnostyki w celach praktycznych.

Dalsze ścisłe i naukowo przeprowadzone badania, o większym zakresie, pomogą do wyjaśnienia biologicznej istoty tego ważnego dla nas odczynu i określą zależność jego od rozmaitych odmian w przemianie materyi ustroju u chorych na kiłę; tymczasem trzeba zaznaczyć prawdopodobieństwo wpływu leczenia rtęciowego na czasową utratę odczynu Wassermanna.

Tę zależność od leczenia zauważył najprzód Citron i ujął w dwa prawa:

I. Im dłużej zarazek przymiotu oddziaływał na ustrój, im częściej następowały nawroty, tem stalsza i silniejsza jest zawartość przeciwciała w surowicy.

II. Im wcześniej zaczęto leczenie rtęcią, im dłużej je prowadzono, im lepiej odpowiadał celowi sposób jego użycia, im krótszy czas upłynął od ostatniego leczenia, tem mniejsza jest zawartość przeciwciała, tem częściej bywa + o.

Taki sam wpływ energicznego leczenia rtęciowego na czasową utratę odczynu Wassermanna zauważył Bruck, Fleischmann, Blaschko i inni, a także i my w naszych badaniach.

Blaschko stwierdził w 76 na 91 przypadków przymiotu zniknięcie odczynu Wassermanna po leczeniu rtęciowem i zalecał nawet prowadzić leczenie w każdym przypadku aż do ustąpienia tego odczynu. Jednakże pożyteczność uwzględnienia tego nie została jeszcze stwierdzona przez spostrzeżenia kliniczne.

Przy ocenie wartości odczynu Wassermanna w celu rozpoznania i leczenia przymiotu, trzeba pamiętać, jak rozliczne są objawy tej choroby, nie szczędzącej ani jednego narządu w całem ciele i jak często przeocza się jej objawy, lub nadaje się im zupełnie odmienne znaczenie.

Rzeczywiście, chociaż przymiot już dawno zajął poważne miejsce w medycynie, a klinicyści wszelkich działów i przyrodnicy poświęcają dużo uwagi i pracy dla poznania tej plagi ludzkości, to jednak często na razie nie możemy rozpoznać przymiotu. Dlatego chętnie witamy każdy nowy sposób, ułatwiający nam to zadanie.

Odkrycie krętka bladego przez Schaudinna i Hoffmanna było wielkim tryumfem dla medycyny i bardzo ułatwiło rozpoznawanie przymiotu; nie mamy jednak zamiaru porównywać wartości serodyagnostyki z tem odkryciem, ponieważ obecność krętka bladego jest zupełnie przekonywającym dowodem przymiotu, i w tych przypadkach gdzie badanie kliniczne nie jest wystarczające, a badanie krętka bladego łatwe jest do wykonania i uwieńczone wynikiem dodatnim, tam niema potrzeby stosować jeszcze serodyagnostyki. Tak bywa w większości przypadków świeżego przymiotu, przy obecności wrzodu pierwotnego w okresie lepieżowym.

Nierzadkie także są i takie przypadki, gdzie odszukanie krętka bladego jest prawie niemożliwe, co się zdarza w późniejszym okresie przymiotu, a szczególnie utajonego. Jeżeli przytem objawy choroby są niewyraźne lub niewidoczne, to w takich razach odczyn Wassermanna może wyświadczyć bardzo cenne usługi. Przecież w przypadkach późnego przymiotu, o którego istnieniu często nawet sam chory nic nie wie, lekarz nie ma żadnej podstawy do dokładnego określenia choroby i wtedy odczyn Wassermanna jest jedynym dotychczas sposobem wykrycia przymiotu.

Jako objaśnienie, przytaczamy następujące nasze spostrzeżenie:

Młody człowiek 32-letni, mający się za zupełnie zdrowego, zauważył, na krótki czas przed ślubem, twardy obrzęk lewego jądra. Większość lekarzy rozpoznawała cierpienie tryprowe, niektórzy przypuszczali gruźlicę, a tylko Prof. Albaran przypuszczał możliwość kiłowego pochodzenia tego obrzęku, nie kładąc jednak na to nacisku. Półtora miesiąca temu, już po ślubie, chory zjawił się u nas. Badanie według Pirqueta co do gruźlicy dało wynik ujemny, a badanie według Wassermanna co do przymiotu — wynik dodatni. Obecnie chory ten przechodzi leczenie rtęciowe z pomyślnym już wynikiem.

W drugim przypadku, z kliniki Prof. Obrazcowa, u chorego z nieścisłem rozpoznaniem zapalenia śródpiersia (*mediastinitis*) odczyn Wassermanna dał również wyraźny dodatni wynik i odpowiednio zastosowane leczenie wywarło skutek pomyślny.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Fritz Lesser. **Dalsze wyniki serodyagnostyki kiły.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1909, Nr 9). Autor wykonał próbę Wassermanna (zahamowanie hemolizy przez surowicę kiłowych) na przeszło dwu tysiącach przypadków kiłowych z rozmaitego okresu w klinice Lassara w Berlinie. W pierwszym okresie kiły dawało dodatni wynik próby Wassermanna 69% chorych kiłowych, w drugim 91%, w trzecim 90%; w wiądzie rdzenia 56%, w porażeniu postępującem 100%. Odczyn Wassermanna pojawia się zwykle w 3 tygodnie po zakażeniu, wyjątkowo może się pojawić już po 8 dniach po zakażeniu (t. j. po spółkowaniu), a dopiero później pojawia się wrzód pierwotny. Po 35 latach od zarażenia, odczyn W. już rzadko się napotyka. Bardzo często napotyka się na odczyn W. w przypadkach, w których był wrzód pierwotny, a nie doszło do objawów drugorzędnych, w tak zwanej kile utajonej. W 30% przypadkach podejrzanych objawów kiły, w których chorzy przeczyli zakażeniu, odczyn W. był dodatni. Porażenie postępujące należy uważać jako pochodzące od zakażenia kiłowego. Wiąd rdzenia, który w okresie początkującym daje w 75% przypadkach wynik dodatni próby W., jest z małymi wyjątkami przypadków urazowych pochodzenia kiłowego. Schorzenie w tych chorobach polega na zmianach kiłowych w oponach, które następowo wiodą do zwyrodnienia dróg nerwowych.

Odczyn Wassermanna daje się usunąć w 36% przypadków tak przez leczenie rtęcią, jak i jodem przy obecnym sposobie ich używania. Dotąd praktykowany sposób leczenia kiły usuwa w większości przypadków tylko objawy kliniczne, a nie usuwa odczynu W., czyli sprowadza kiłę jawną w okres utajenia. Do usunięcia odczynu Wassermunna trzeba o wiele większych ilości rtęci lub jodu, dłuższego i przerywanego stosowania tych przetworów, co nie sprawia złych skutków. Atoksyl nie usuwa odczynu W. Używanie napojów wyskokowych przeciwdziała usunięciu odczynu. Po zniknięciu odczynu W. po leczeniu, odczyn po tygodniach lub miesiącach może wrócić. Wskazuje to, że czynność jadu kiłowego znów się rozpoczęła w ustroju i należy na nowo rozpocząć leczenie, chociażby zewnętrznie nie było jeszcze klinicznych objawów kiły. Objawy bowiem kliniczne poprzedza odczyn Wassermanna we krwi, jak to autor na przytoczonych przypadkach klinicznych objaśnia. Wobec dodatniego wyniku odczynu W pomimo braku objawów klinicznych należy chorego leczyć, gdyż to są przypadki kiły utajonej. Leczenie należy przedłużać aż do usunięcia odczynu, gdyż »nad każdym kiłowym z dodatnim odczynem W. unosi się miecz Damoklesa wiądu rdzenia lub porażenia postępującego«, albo może się wytworzyć tętniak aorty. »Wiąd rdzenia i porażenie postępujące pojawiają się zwyczajnie, jeżeli kiła nie została wyleczoną«. Nie należy przy ocenianiu wyleczenia kiły spuszczać się na »zwodnicze przypadłości kliniczne«. »Wyśmienitą kontrolą« leczenia kiły jest odczyn Wassermanna. Dotychczasowa praktyka wykazuje, że u dobrze leczonych kiłowych napotyka się mniejszy odsetek dodatnich wyników odczynu Wassermanna, niż u źle lub niedokładnie leczonych.

Autor uważa odczyn Wassermanna za swoisty dla kiły, gdyż na 2000 przypadków dodatnich wyników tylko w trzech przypadkach zachodziła wątpliwość, czy jest kiła, czy jej niema. Wszystkie przypadki kiły dziedzicznej i porażenia postępującego dają wybitnie wyraźny odczyn W.

Wyniki swoje otrzymał autor, używając wyskokowego wyciągu wątrób kiłowych. Najlepsze zaś wyniki okazały się przy użyciu wodnego wyciągu wątrób kiłowych, gdyż ilość ujemmnych prób u chorych klinicznie kiłowych wynosi trzy odsetki (3%). *W. J.*

Kohlrausch i Mayer. **O kataforezie radu.** (*Berliner klin. Wochenschr.* Nr 4, 1909). Wielu autorów, którzy zajmowali się działaniem sztucznych kąpieli promieniotwórczych wyraża zdanie, że działanie kąpieli przypisać należy wdychiwaniu, a natomiast wpływ emanacyi na skórę ma znaczenie podrzędne. Nie udało się również dotychczas wykazać emanacyi w moczu ludzi, którzy wprowadzali do swego ustroju nawet 100.000 jednostek wewnętrznie lub drogą wdychiwania. K. i M. zajęli się działaniem kataforetycznych kąpieli radowych i stwierdzili, że w moczu osób, które brały takie kąpiele, można było na pewne wykazać emanacyę; natomiast po promieniotwórczej kąpieli bez kataforezy nie znaleziono w moczu ani śladu emanacyi. Autorowie przypuszczają zatem, że kataforeza (może także w związku z elektrolizą) umożliwia wprowadzenie emanacyi do ustroju wprost przez skórę. *W. Kluger.*

Hoffmann. **Doświadczalne badania nad działaniem kollargolu na leukocyty i opsoniny.** (*Berl. klin. Wochschft* Nr 7, 1909). H. wstrzykiwał królikom śródżylnie kollargol w ilościach $^1/_2$—1 cm³ 1% rozczynu i otrzymał co do zachowania się leukocytów wyniki zgodne z Dungerem. Bezpośrednio po wstrzyknięciu ilość leukocytów malała, w 1—2 godziny potem pojawiała się jednak leukocytoza i to głównie przyrost leukocytów wielojądrzastych. Liczba limfocytów nieco zmniejszała się. W przeciwieństwie do D. nie spostrzegał H. gwałtownego odczynu po wstrzyknięciu, ciepłota wzrastała najwyżej o 1°. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń sądzi autor, że śródżylne wstrzykiwania kollargolu nie wpływają na wskaźnik opsoninowy. *W. Kluger.*

Fürst. **W sprawie antytryptycznego działania surowicy ludzkiej.** (*Berl. klin. Wochschft*, Nr 2, 1909). Autor postanowił doświadczalnie stwierdzić, czy wzmożenie się ilości antytrypsyny w surowicy krwi towarzyszy rzeczywiście charłactwu. Do tego celu użył świnek morskich, którym przez 24 godzin podawał wyłącznie wodę. Doświadczenia te dowiodły niezbicie, że ilość antytrypsyny w surowicy świnki morskiej wzrasta równocześnie z ubywaniem wagi ciała. Zdaniam F. wyniki dotychczasowych badań przemawiają za tem, że i u człowieka pozostaje wzmożenie się ilości antytrypsyny w blizkim związku ze stanami wyniszczenia. *W. Kluger.*

Th. Hausmann. **Wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc przez badanie treści żołądkowej.** (*Deut. Arch. f. kl. Med.* T. 94. Z. 5 i 6). Rozpoznanie gruźlicy płuc w samym początku, kiedy chory wcale nie kaszle i nic nie odpluwa, należy do rzeczy bardzo trudnych. Bardzo szczegółowo opukując i osłuchując szczyty płuc u chorych, zgłaszających się z zaburzeniami żołądkowemi, przekonał się autor, że chorzy ci z przypadłościami żołądkowemi okazują objawy bardzo wczesnej gruźlicy. Zdarzało się jednakże autorowi, że w tych samych przypadkach inni lekarze przeczyli istnieniu gruźlicy. Autor starał się tedy znaleźć sposób, któryby dowodził ponad wszelką wątpliwość słuszności jego zapatrywania, i wpadł na myśl, że mimo braku kaszlu i odkrztuszania, przecież małe cząsteczki plwociny muszą wydostawać się z oskrzeli do krtani, skąd przez ruchy połykowe muszą następowo dostawać się do żołądka. A jeśli tak jest w istocie, to w dobytej na czczo treści żołądkowej u takiego chorego powinnyby się znaleźć owe drobne strzępy wydzieliny oskrzelowej, w nocy wśród snu połknięte, a w tych strzępach prątki. I w istocie zaraz w pierwszym przypadku uzyskał autor wynik dodatni. Był to chory, który narzekał na gniecenie w żołądku po jedzeniu, brak apetytu i ogólne osłabienie. Nie kaszlał, nie odpluwał, a lekarze rozpoznawali już to niedokrwistość, już to neurastenię, już nieżyt żołądka. Tymczasem w żołądku stwierdzono stosunki zupełnie prawidłowe, zarówno co do czynności ruchowej, jak i wydzielniczej. Krew zawierała 75% hemoglobiny. Dokładne, a szczególniej delikatne opukiwanie wykazywało pod prawym obojczykiem lekkie stłumienie; tamże wydech był nieco przedłużony, a na szczycie głębokiego oddechu słychać było drobne trzeszczenie. Autor na tej podstawie rozpoznawał w tym przypadku rozpoczynającą się gruźlicę. Dla wszelkiej pewności wypłukał żołądek na czczo, a znalazłszy w dobytej treści grudkę, z wejrzenia podobną do plwociny, zbadał ją mikroskopowo: grudka ta składała się ze śluzu, wielkiej ilości ciałek białych wielo i jedno-jądrzastych, nielicznych nabłonków z pęcherzyków płucnych, a w jednem polu mikroskopowem można było dostrzedz nadto około dziesięciu prątków Kocha. Potem jeszcze w 6 innych przypadkach zdołał autor w ten sam sposób potwierdzić swe rozpoznanie gruźlicy. Sposób ten, zdaniem autora, pozwala nietylko wogóle stwierdzić gruźlicę w samych początkach w przypadku wątpliwym, ale także stwierdzić, czy u danego chorego istnieje ognisko gruźlicze zamknięte, czy otwarte. Jak wiadomo przypuszczamy, że mamy przed sobą ognisko zamknięte, jeśli chory nie odpluwa, a względnie jeśli w plwocinie nie stwierdzamy prątków gruźliczych; otóż fakty, podane przez autora, zdają się dowodzić, że brak plwociny wcale nie upoważnia do wniosku o zamkniętem ognisku gruźliczem. *Stahr.*

Julius Flesch. **W sprawie zastosowania bromfersanu w leczeniu nerwic czynnościowych.** (*Wiener klin. Runds.* Nr 35). Doświadczenia obejmują 30 przypadków z wiedeńskiej polikliniki. Podawano 2—3 razy dziennie po 3 pastylki bromfersanu (fersan z bromkiem sodowym). Chorzy znosili je dobrze. Przy dawce 9 pastylek na dobę nie spostrzegano czarnego zabarwienia stolca wskutek wydzielania siarkanu żelaza. Przybytek

wagi wynosił $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ kg. tygodniowo. Środek wskazany tam, gdzie obok leczenia żelazem poleca się brom. F. poleca bromfersan szczególnie w nerwicach czynnościowych na tle niedokrwistości. *Ms. W.*

Neurologia.

Prof. Szczerbak A. **Przypadek akatyzyi** (*acathisia paraesthetica*), **wyleczonej drogą autosugestyi. Parestezye wibracyjne.** (*Wracz. Gaz.* 1908, Nr 23). Pod nazwą akatyzyi, opisanej po raz pierwszy przez Haskoveca, rozumie się czynnościowe zaburzenia aktu siedzenia, równoznaczne z czynnościowemi zaburzeniami aktu stania lub chodzenia, jak astazya, abazya, dyskazya i bazofobia: chory nie może się utrzymać w położeniu siedzącem wskutek chwilowych zmian ze strony czynności somatycznych lub psychicznych układu nerwowego, zmian natury czynnościowej, ściśle związanych z aktem siedzenia, znikających przy wstawaniu. Na podstawie różnego mechanizmu powstawania akatyzyi rozróżnia się w piśmiennictwie następujące rodzaje: 1) Akatyzya poraźna lub amnestyczna zdarza się przy histeryi równoznacznie do astazyi (Raymond, Janet): chory zapomina współczynności skurczów mięśniowych, koniecznych dla aktu siedzenia, wówczas kiedy w innem położeniu kurczy swe mięśnie prawidłowo. 2) Akatyzya kurczowa (Haskovec) polega na tem, że podczas siedzenia zjawia się cały szereg ruchów skurczowych, jak podskakiwania i t. d. 3) Akatyzya psychasteniczna (Raymond, Janet, Beduschi), postać najczęstsza; siedzeniu towarzyszy lęk z objawami zwykłymi dla każdej chorobowej obawy (fobii) (catizofobia). 4) Akatyzya parestetyczna, opisana przez Szczerbaka w następującym przypadku: chłopiec, l. 12, nerwowo obarczony, sam nerwowy, od roku cierpi na objawy następujące: w 5—10 minut po usiednięciu uczuwa stale jakieś nieprzyjemne uczucie w kończynie dolnej lewej, mianowicie w udzie i górnych $^{2}/_{3}$ goleni; chory prostuje z początku nogę, a następnie uczuwa popęd do wstania. Badanie wykazało: niedokrwistość, osłabienie odruchów z błon śluzowych, a wzmożenie odruchów ścięgnistych, niestały objaw Babińskiego, oraz przeczulicę wibracyjną w lewej kończynie dolnej, w kale dużo jaj glisty dżdżownicowatej, niewiele jaj włosogłówki ludzkiej. Po jednorazowem badaniu, które na chorego zrobiło wielkie wrażenie, objawy akatyzyi wraz z przeczulicą znikły: chory wyzdrowiał przez autosugestyę. *Acathisia paraesthetica* w tym przypadku zbliża się do *akinesia algera* i mogłaby w nią przejść, gdyby chory sprzeciwił się popędowi do wstania: miejsce parestezyi zajęłaby wówczas psychalgia. Chory podawał później, że nieprzyjemne uczucie w nodze podobne było do wewnętrznego drżenia, wywołanego drganiem widełek. *Nelken.*

Lustryckij W. **Przypadek dysbazyi histerycznej pod postacią chromania przestankowego.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 20). Spostrzegana w klinice Prof. Bechterewa chora l. 39, obarczona, dziedzicznie od 4½ lat zaczęła cierpieć na ogólne osłabienie mięśniowe, zwiększające się przy nieznacznych wysiłkach fizycznych, do którego wkrótce przyłączyło się chromanie na lewą nogę. Chora dostała 9 wcierań rtęciowych, zażywała przez 2 tygodnie jodek potasu i dostała 11 wstrzyknięć arszeniku. Po 11-tem wstrzyknięciu chromanie ustało, zjawiło się jednak na nowo po 2 tygodniach z bolami o nieokreślonym charakterze w lewej nodze. Od tego czasu do roku 1908 trzykrotnie zjawiało się chromanie, które na początku leczenia zwykle ustępowało. 30—50 kroków idzie chora zupełnie prawidłowo, potem zaczyna utykać na lewą nogę; stopa tworzy stopę szpotawą, kończyna podcina się w kolanie, wreszcie objawy te przechodzą na drugą kończynę, chora musi usiąść, a po odpoczynku chodzi znowu prawidłowo. — W r. 1858 Charcot opisał »claudication intermittente«, polegającą na przestankowych zaburzeniach chodzenia wskutek zmian miażdżycowych w tętnicach dolnych, Dejerine opisał inną postać z bolesnością i bolami kończyn, w której znalazł bądź nieznaczne wzmożenie odruchów kolanowych, bądź też dość znaczne wzmożenie się tych odruchów u szczytu znużenia i bolów, a także drgawki stopy i objaw Babińskiego. Charakterystycznym dla tego typu Dejerinea jest młody wiek chorych, wyraźne tętnienie tętnicy tylnej stopy i polepszenie po energicznem leczeniu rtęciowem. Cierpienie to zależy od zmian tętnic rdzenia i można je uważać za pierwszy objaw kurczowego porażenia kończyn dolnych, w które chromanie przestankowe przechodzi w razie zaniedbania leczenia. — L. w swoim przypadku wyłącza chromanie przestankowe typu Charcota z powodu wieku chorej i braku miażdżycy, jakoteż chromanie typu Dejerinea z powodu braku organicznych objawów u szczytu napadu, skłonny zaś jest przyjąć tu abazyę, a właściwie dysbazyę: charakterystycznym dla abazyi objawem jest niemożność chodzenia przy zachowanem czuciu, sile mięśniowej i kojarzeniu. Z 2 postaci abazyi neurastenicznej i histerycznej pierwszą, która właściwie jest fobią, autor wyłącza. Wobec braku afektu podczas napadu, rozpoznaje natomiast postać histeryczną abazyi ze względu na obecność innych histerycznych objawów (zwężenie pola widzenia, przemijające znieczulenie połowicze lewostronne). Leczenie hypnozą i kąpielami elektrycznemi. Wyzdrowienie w przeciągu trzech tygodni. *Nelken.*

Pedyatrya.

Muskat. **W sprawie powstawania skrzywień bocznych kręgosłupa.** (*Arch. f. Kinderheilk.* Tom 49, zesz. 1. i 2, 1908).

Omówiwszy krytycznie wszystkie dotąd znane czynniki szkodliwe, które mogą wywoływać skrzywienia kręgosłupa: wpływ szkoły, długie siedzenie w niewygodnych ławkach, noszenie małych dzieci na jednej ręce, noszenie książek pod pachą, wrodzone wady kręgosłupa, wreszcie tak zwaną »liczebną zmienność« kręgów (numerische Variation Böhma), polegającą na tem, że bądź ostatni krąg szyjny przemienia się w krąg piersiowy i przytrzymuje pierwsze żebro, bądź pierwszy krąg lędźwiowy przemienia się w 13 krąg piersiowy i przytrzymuje ostatnie żebro, zwraca autor uwagę na nieuwzględniany dotąd czynnik szkodliwy, a mianowicie: nieumiejętne prowadzenie za rączkę dopiero co zaczynających chodzić dzieci.

Przy spostrzeganiu takich dzieci podczas przechadzki można zauważyć następujące zmiany: całe ciało wraz z głową jest pochylone na jedną stronę, poziom ramion nierówny; jedna stopa zlekka tylko dotyka ziemi, gdy druga spoczywa całą powierzchnią na ziemi; górna część ciała jest pochylona ku przodowi; — wszystko to, jeżeli się powtarza często i przez czas dłuższy, może przyczynić się do skrzywienia kręgosłupa, jak to widać z załączonych w pracy rysunków. Wyżej opisaną postawę dziecko przybiera przy chodzeniu dlatego, że niemoże dosięgnąć ręki prowadzącego je człowieka dorosłego. Jak wykazują obliczenia, długość dziecka w tym wieku wraz z wyciągniętą ręką wynosi średnio 69 cm, ręka zaś dorosłego znajduje się na wysokości 85 cm; pozostaje do wyrównania przeszło 15 cm. Dziecko, chcąc trzymać się za rękę dorosłego, musi nadmiernie wyciągać odpowiednią (zazwyczaj lewą) rękę wraz z ramieniem, co prowadzi do wyżej opisanej postawy całego ciała. *Wl. Schoenaich.*

Ferraris-Wyss. **Gościec jako choroba następowa po pląsawicy.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde.* Lipiec 1908).

Związek pląsawicy z gośćcem stawowym nie ulega wątpliwości. Ze wszystkich poglądów na istotę pląsawicy najbardziej racyonalnym wydaje się pogląd Heubnera, który uważa pląsawicę jako równoważnik gośćca: »Rheumatisches Aequivalent«. Teorya ta opiera się na ścisłych danych klinicznych: częste napady gośćcowe, w przebiegu lub przed pląsawicą, zapalenie wsierdzia, tak często wikłające zarówno gościec, jak i pląsawicę, wreszcie stosunkowo rzadkie występowanie gośćca u dzieci. Wszyscy badacze, zajmujący się stosunkiem pląsawicy do gośćca, stale wykazywali częstość występowania gośćca przed pląsawicą, autor zaś zajmuje się przedewszystkiem rozstrzygnięciem pytania, jak często występuje gościec po pląsawicy. W tym celu zebrał dane co do 51 przypadków pląsawicy, leczonych w szpitalach w Zurychu od r. 1874 do 1907. Z przypadków tych tylko o losie 35 można było dowiedzieć się pewnych danych, a mianowicie: U 80% dzieci wykazać można było związek pomiędzy pląsawicą, gośćcem stawowym i zapaleniem wsierdzia. Gościec przed pląsawicą stwierdzono w 31%, po pląsawicy w 40%, zapalenie wsierdzia po pląsawicy w 54,3% przypadków. Dane te, zdaniem autora, przemawiają za tem, że pląsawica, gościec stawowy i zapalenie wsierdzia są trzema okresami jednej i tej samej postaci chorobowej, jakgdyby trzema aktami jednego dramatu, jak się obrazowo wyraża. Akty te mogą następować jeden po drugim w różnym porządku. *T. Mogilnicki.*

F. Szontagh: **Kilka uwag o leczeniu antytoksycznem błonicy.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* Wrzesień 1908).

Spostrzeganie kliniczne 1000 przypadków błonicy w przeciągu lat dziewięciu nasunęło autorowi następujące wątpliwości co do leczniczego działania surowicy. Nie każdy przypadek błonicy kończy się pomyślnie, nawet jeżeli surowicę wstrzyknięto wcześnie i w ilości dostatecznej. Istnieją przypadki złośliwej błonicy, szczególniej u osobników gruźliczych, lub po odrze i płonicy, które nie poddają się leczniczemu działaniu surowicy. Przyczyna tego faktu jest nieznana, w każdym razie przypadki takie

zdarzają się rzadko. Nie należy przypuszczać jednak, że przyczyną złośliwości przebiegu błonicy ma być koniecznie zakażenie mieszane. Prawdopodobnie w tych złośliwie przebiegających przypadkach, nie poddających się leczeniu surowicą, osobnik jest szczególnie wrażliwy na jad błoniczy. Surowica niema znaczenia odtrutki, zobojętniającej jad błoniczy i dlatego nie może ona ani uprzedzać występowania porażeń pobłoniczych, ani ich leczyć. Mimo to jest ona znakomitym środkiem leczniczym, wpływa bowiem bardzo dodatnio na sprawę miejscową i tem samem pośrednio zmniejsza niebezpieczeństwo ogólnego zatrucia ustroju. W błonicy krtani (w krupie) wpływ surowicy na sprawę miejscową jest mniej wybitny, niż w błonicy gardła. Co się tyczy objaśnienia sposobu działania surowicy, to autor przypuszcza raczej jej działanie bakteryobójcze. *T. Mogilnicki.*

Schelbe H. **W sprawie niedokrwistości we wczesnem dzieciństwie.** *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* Paźdz. 1908).

Autor spostrzegał przypadek wrodzonej niedokrwistości u dziecka 1 r. 9-miesięcznego, powikłanej krwawieniami z błon śluzowych i przypominającej krwawiączkę. U dziecka tego, słabo rozwiniętego i bladego, ważącego 10 kg, stwierdzono 3,3 miliony czerwonych ciałek krwi i 30% hemoglobiny, następnie po obfitych kilkakrotnych krwawieniach pochodzenia urazowego i znacznem pogorszeniu się stanu ogólnego w 3 miesiące później badanie krwi wykazało 1,70 mil. cz. ciałek krwi i 20% hemoglobiny. W przypadku tym ani leczenie arszenikowe, ani wstrzykiwanie żelatyny skutku nie odnosiły. Dopiero dzięki 5-krotnie powtarzanym wstrzykiwaniom odwłóknionej świeżej ludzkiej krwi w ilościach od 10—18 cm³ naraz zaczął się stan dziecka poprawiać, ilość czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny stale wzrastała i w 4 miesiące po poprzedniem badaniu stwierdzono 4,8 mil. cz. ciałek krwi i 45% hemoglobiny przy stosunkowo dobrym ogólnym stanie dziecka (waga 14,3 kg). Na zasadzie tego przypadku radzi autor w ciężkiej niedokrwistości u dzieci możliwie wcześnie stosować systematyczne wstrzykiwania.

T. Mogilnicki.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 17. marca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 48.

1) Przewodniczący wygłosił wspomnienie pośmiertne ś. p. Dra Teodora Dunina, które obecni wysłuchali stojąc na znak żałoby.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Przewodniczący oznajmia, iż dwa punkty spadają z porządku dziennego, albowiem Prof. Rosner musiał wyjechać, a kol. Rose ze względów niezależnych od siebie chorej przedstawić nie może.

4) Prof. Kader przedstawia przypadek **przepukliny pępkowej** olbrzymich rozmiarów, oraz przypadek **zwężenia ujścia cewki moczowej** i omawia sposoby leczenia.

Dyskusya: Kol. Borzęcki zapytuje, czy stulejka była wrodzona i czy światło cewki było badane; zaznacza, że co do etyologii to albo wiewiór, albo wrodzona stulejka może być powodem tego cierpienia. — Prof. Kader potwierdza powyższe przypuszczenia, jednakowoż dziś już wiewióra stwierdzić nie można. Co do stulejki, to chory pozbył jej się operacyjnie przed 12 laty. Światło cewki było badane i jest bardzo wązkie. — Prof. Kostanecki zapytuje, czy to nie może być błędem rozwojowym, mianowicie wadliwe zrośnięcie się fałdów mniejszych.— Prof. Kader sądzi, że istotnie to nieraz stanowi podstawę. — Prof. Bujwid zapytuje, czy ze względu na starszy wiek chorego taka etyologia jest możliwa, a co do gonokoków, to sądzi również, że dziś zapóźno, by coś pewnie dodatniego znaleźć.

5) Prof. Nowak wygłosił wykład: **O wartości uodpornienia bydła przeciw gruźlicy metodą Behringa.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusyę odłożono do przyszłego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IX. Posiedzenie naukowe d. 19. marca 1909.

Przewodniczący poświęca słowa wspomnienia zmarłemu Drowi Duninowi, podnosząc jego zasługi na polu naukowem i obywatelskiem oraz zawiadamia o wysłaniu telegramu kondolencyjnego do Tow. lek. warszawskiego.

Następuje **dyskusya w sprawie płonicy.**

Kol. Piasecki w dłuższym wywodzie krytycznym zastanawia się nad wartością metod w zbieraniu danych statystycznych, tyczących się płonicy (Cohn, Shirley-Murphy); następnie przedstawia własne zestawienia za 14-lecie (1893—1906) z przypadków płonicy z miasta Wiednia, z miast innych bowiem, a także naszych, z powodu liczb małych, a nadto pewnych niedokładności w zestawieniach takich, napotykał na znaczne trudności. Liczby z owego zestawienia uzyskane wykazują, że w sierpniu było o 33% mniej zachorowań w porównaniu z czerwcem, lipcem, wrześniem i październikiem, co osłabia statystykę Cohna. Na podstawie piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń dochodzi mowca do wniosku, że płonica udziela się najczęściej w 1—2, dniu choroby, dalej przy nawrotach, wskutek niedokładnego odosobnienia, przez osoby zdrowe lub przypadki poronne. Co do szkoły, to nie można zaprzeczać przypuszczeniu, że może ona przyczyniać się do szerzenia choroby, a czas wydalania ze szkoły na 3 tygodnie wobec faktów podniesionych także przez Prof. Kucerę jest raczej za krótki.

Kol. Nowicki zdaje krótko sprawę z materyału sekcyjnego przypadków płonicy za czas lwowskiej epidemii. Gdy w r. 1907 stosunek odsetkowy płonicy do wszystkich sekcyi wynosił 3·21%, to w czasie epidemii 5·04%. Po przytoczeniu liczb, tyczących się płci, wieku, czasu — mówi N. o zmianach anatomicznych, a więc o najczęściej spotykanych postaciach zapaleń gardła i powikłaniach: zapaleniu płuc (40%), nerek (27·1%) i i. W 15 przypadkach przeprowadził mowca badanie histologiczne nerek i mięśnia sercowego, przyczem w 64·2% w nerkach stwierdził mniej lub więcej posunięte zmiany zapalne, a w ogóle zawsze nerki były najsilniej zajęte. W mięśniu sercowym z wyjątkiem zwyrodnienia wysokiego stopnia, nigdy nie spotykał mowca typowych zmian zapalnych. Paciorkowca znajdował w 64·2%, przyczem najczęściej towarzyszyło mu zapalenie nerek (raz zaorowe ropne) i zmiany rozpadowe w gardle.

Kol. Czarnik spostrzegał w czasie epidemii 80 chorych, u których często występowały ciężkie powikłania, jak *angina Ludovici,* obrzęki głośni, zapalenia nerek (28%); w ostatniem spotykał często przed wystąpieniem zapalenia lub nawet, gdy go nie było, nukleoalbuminę względnie mucynę. Mowca podnosi częste powikłania ze strony serca. Zastanawiając się nad pytaniem, czy istnieją postacie płonicy bez wysypki, a nawet bez zapalenia gardła, dochodzi C. do wniosku, że istnieją. Co do szczepionki Gabryczewskiego to, zdaniem mowcy, zabezpiecza ona przed zarażeniem się tylko na krótki czas.

Kol. W. Ziembicki zaznacza, że nie można identyfikować nukleoalbuminy, białka zawierającego fosfor, z mucyną.

Kol. Fels mówi o ranach, jako wrotach zakażenia płoniczego; przytacza przypadek (z epidemii lwowskiej) przeniesienia choroby zapomocą bielizny, przesłanej na większą odległość; mówi o nawrotach płonicy, które sam spostrzegał. Zamykanie szkół ma wartość tylko tam, gdzie dzieci nie stykają się ze sobą na miejscach publicznych, ogrodach i t. d.

Kol. Mikołajski podnosi z jednej strony trudności oznaczenia początku i końca epidemii płonicy wogóle, we Lwowie zaś w szczególności, a oznaczenie to ze względów ekonomicznych i ustawowych jest ogromnie ważne. Nie zgadza się z kol. Legeżyńskim co do terminu wybuchu i zakończenia epidemii. Fakt, że po zamknięciu szkół liczba nowych przypadków ogromnie podskoczyła, tłómaczy zaprowadzeniem właśnie w tym czasie energicznych środków kontrolnych, które wykryły mnóstwo przypadków, dotąd niezgłoszonych. Prelegent sądzi, że szkoła jest ważnym rozsadnikiem płonicy. W końcu pragnie, aby obecni uchwalili rezolucye, zaproponowane przez Dra Obtułowicza.

Przewodniczący Prof. Rencki w odpowiedzi zawiadamia, że wydział przedstawi po dyskusyi odpowiednie rezolucye na przyszłem posiedzeniu.

Kol. Zabłocki przytacza cechy płoniczego zapalenia gardła, podnosząc jako szczegół bardzo typowy powierzchowne zmętnienie błony śluzowej gardła już w ciągu 24 godzin.

Kol. Quest, który jest lekarzem epidemicznym, wypowiada kilka uwag z własnego doświadczenia: a więc w 26% objawy ze strony serca (szmery), w 23% zapalenie nerek. W zapaleniu nerek doskonale działała dyeta mleczno-ryżowo-kleikowa; dyeta bez soli nie chroniła przed występowaniem białka. Mowca zauważył występowanie obrzęków przed pojawieniem się białka.

Kol. Mańkowski mówi o szczepieniach Gabryczewskiego, wykonywanych w Rosyi, a których wyniki sam śledził, podnosząc, że niejednokrotnie występowały po nich wszystkie objawy płonicy, coby dowodziło, że jednak paciorkowiec odgrywa tu bardzo poważną rolę.

Kol. radca Opolski mówi o przypadkach płonicy poronnej. (C. d. n.).

Nowicki.

Towarzystwo naukowe warszawskie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie dnia 4. marca 1909 r.

1) P. J. Sosnowski: **Studya porównawcze nad pobudliwością.** Część II. Autor badał skurcz myoidów u Stentora, mięśni nogi Anodonta i mięśnie żołądka żaby. We wszystkich przypadkach prąd zamknięty na stałe działał znacznie silniej, niż przerywany. Atropinizacya mięśni żadnego nie wywoływała wpływu. Skurcz otwarcia nie występował.

2) P. St. Serkowski: **Kolonie-olbrzymy i kolonie ruchome drobnoustrojów.** Autor twierdzi, że kolonie bakteryi nie są konglomeratem przypadkowym, lecz ustrojem złożonym. Zapomocą nowej metody usuwa on z hodowli szkodliwe wytwory przemiany materyi, stale zasilając podłoże, przyczem całość kolonii się nie narusza; przytem wielkość kolonii rośnie 2—10 razy; niekiedy dają się zauważyć przesuwania się kolonii.

3) P. J. Tur: **Doświadczenia nad wpływem promieni radu na rozwój zarodków kaczki.** Naświetlanie radem jaj kaczki wywołuje zboczenia rozwojowe głębsze, aniżeli u kurczęcia: nawet przy naświetlaniu w ciągu pewnego ograniczonego okresu rozwoju wiedzie naświetlanie do powstawania potworów bezpostaciowych, tego samego jednak typu, które u kurczęcia powstają jako wynik naświetlania podczas całego trwania wylęgu (w obrębie pierwszych 24—72 godzin). Typ ogólny zboczeń pozostaje u kaczki ten sam, co w rozwoju żarłacza psiego (*scyllium canicula*) i kurczęcia, co dowodzi jednakowości wpływów teratogenetycznych radu.

4) P. J. Tur: **W sprawie potworów rzekomo złożonych u ptaków.** W przypadkach potworności zarodkowej, polegającej na rozrastaniu się na płask rurki nerwowej, rozdwajanie się poprzeczne somitów może udawać potworność podwójną. Takie rzekome potwory złożone opisali Klaussner i Gerlach i przeszły one nawet do podręcznika teratologii Schwalbego.

(Przedmiot przedstawionych na temże posiedzeniu prac pp. Weyberga, Miklaszewskiego i Sierpińskiego przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«). *Dr J. Tur.*

Towarzystwo lekarskie radomskie.
Posiedzenie dnia 1. października 1908 r.

Przewodniczący kol. H. Fidler. Obecnych 23 członków.

Przed porządkiem dziennym kol. Fuksiewicz przedstawiał chorego.

Następnie kol. Przewodniczący otworzył dyskusyę nad organizacyą walki z cholerą w Radomiu.

Po wyczerpującej dyskusyi uchwalono:

1) W celu ułatwienia układania porządku dyżurowania kolegów na stacyach, oraz w celu ułatwienia magistratowi możności porozumiewania się z lekarzami miejscowymi zarówno co do dyżurów, jak i szczepień ochronnych, niezbędnem jest utworzenie przy Towarzystwie lek. radomskiem Biura dyżurnego, którego obowiązki i czynności określa następujący regulamin:

Regulamin Biura dyżurnego. *a*) Biuro dyżurne mieścić się będzie w lokalu Tow. lek. radom. *b*) Obowiązkiem biura jest: wyznaczać na 24 godziny przed rozpoczęciem dyżurów komplet lekarzy dyżurujących, złożony z 3 kolegów na jedną dobę, oraz takiż komplet sanitaryuszów z oznaczeniem godzin dyżurów; wywieszać powyższą listę w lokalu Biura i rozsyłać zawiadomienia naznaczonemu na dyżur personalowi lekarskiemu i sanitarnemu. W powyższej sprawie decyzya Biura dyżurnego jest obowiązującą dla dyżurnych lekarzy i sanitaryuszów. *c*) Komplety dyżurujących powinny być tak ułożone, aby dyżurujący mieli wyznaczone kolejno różne godziny dyżurów, by tym sposobem na jednego i tego samego lekarza, czy sanitaryusza, nie przypadały dyżury w jednych i tych samych godzinach. *d*) W razie chwilowej niemożności pełnienia obowiązków na dyżurze przez kogokolwiek z dyżurnych, pożądanem jest, aby tenże zawiadomił Biuro najpóźniej na 2 godziny przed rozpoczęciem dyżuru. Biuro powinno w tej chwili naznaczyć innego dyżurnego, o czem powinno go zawiadomić przynajmniej na godzinę przed rozpoczęciem dyżuru. Gdyby obsadzenie dyżuru przez kogokolwiek z lekarzy okazało się zupełnie niemożliwem, wtedy jeden z kolegów z kompletu biurowego bierze na siebie pełnienie obowiązków dyżurnego po wzajemnem między sobą porozumieniu. *e*) Koledzy, należący do składu Biura, pełnią obowiązki w ciągu jednej doby kolejno i załatwiają odpowiednie czynności. Nazwiska dyżurujących z kompletu biurowego winny być wywieszane w lokalu Biura. *f*) Przy Biurze dyżurnem należy utworzyć posadę woźnego. Czynności te pełnić może obecny woźny Towarzystwa lek. rad., który winien być stale w lokalu Biura i wykonywać wszelkie zlecenia członków Biura. Za powyższe czynności Magistrat powinien dopłacać woźnemu po rb. 10 miesięcznie. *g*) W lokalu Biura powinien być umieszczony telefon na koszt magistratu. *h*) Komplet Biura dyżurnego stanowią koledzy: Płachecki, Kondratowicz, Szczepaniak i Rogoziński. Koledzy powyżsi pełnić będą obowiązki swe na razie bez żadnego wynagrodzenia. *i*) Na przewodniczącego powyższego kompletu wybrany został kol. Jan Płachecki, który został upoważniony przez Ogólne Zebranie do odbierania wynagrodzenia za dyżury i szczepienia ochronne, należne lekarzom, sanitaryuszom oraz posługaczom na stacyach dyżurnych i szczepiennych i wydawania go interesowanym osobom stosownie do okresu dyżurnego (noc lub dzień), ilości spełnionych dyżurów, oraz stosownie do ilości godzin, poświęconych na szczepienie ochronne i ilości dokonanych szczepień według wykazu. Nazwisko kol. Płacheckiego, jako przewodniczącego kompletu biurowego, zostanie zakomunikowane odpowiednim władzom (magistratowi i komisyi sanitarnej miejskiej) wraz ze wskazaniem jego praw. *j*) Organizacyą dyżurów szczepiennych oraz umontowaniem stacyi szczepiennych zajmie się Biuro dyżurnych.

2) Dokonywać szczepień ochronnych przeciwko cholerze. *a*) Zmienić brzmienie uchwały Tow. lek. rad. z r. 1906 w następujący sposób: »szczepień dokonywać może jeden lekarz«. *b*) Dokonywać będą szczepień na stacyach szczepiennych wyłącznie sami lekarze. Do pomocy im będą dodani posługacze lub sanitaryusze. *c*) Niezbędne urządzenia stacyi szczepiennej stanowią: 2 strzykawki Ricorda 2-gramowe, tuzin stalowych, grubych igieł, maszynka do gotowania z rondelkiem i przykrywką, jedne szczypczyki anatomiczne, 3 szczotki do mycia, kubełek, miednica i dzbanek do wody, pół tuzina ręczników, mydło, gąsiorek z przekroploną wodą, spirytus mydlany, eter siarczany, kollodium i 12 pastylek sublimatowych po 1 gr. *d*) Każdy szczepiony winien być zapisywany do specyalnie przygotowanej w tym celu kontroli. *e*) Wynagrodzenie lekarzy dokonywujących szczepień wynosić będzie po rublu za godzinę i po kop. 10 od pojedynczego szczepienia, a to w tym celu, iżby lekarz poświęcający swój czas był wynagrodzony nawet w tym razie, gdyby ludność na stacye szczepienne zupełnie się nie zjawiała. Ponieważ zaś w razie dokonywania szczepień wynagrodzenie w kwocie rb. 1 jest zbyt małem, przeto za każde szczepienie należy się minimalne wynagrodzenie jako dokonany zabieg lekarski. Tylko tym sposobem uchronić można zarówno lekarzy od wyzysku, jako też kasę miejską od nieprodukcyjnych wydatków. *f*) Pierwsza stacya szczepienna w szpitalu św. Kazimierza powinna być otwarta niezwłocznie i czynna będzie godzinę dziennie. *g*) Stacya ta czynna będzie w ciągu miesiąca, poczem w razie braku chętnych do szczepienia i po wygaśnięciu cholery zostanie zamkniętą. *h*) Na stacyi szczepiennej będzie 2 lekarzy dyżurnych i 1 posługacz lub sanitaryusz. *i*) W razie wzrastania zapotrzebowania zostanie rozszerzona i pierwsza stacya szczepienna oraz otwarte inne: w lokalu Tow. lek. rad. i w szpitalu starozakonnych. *j*) Koszt umontowania jednej stacyi szczepiennej wynosić będzie około rb. 25. *k*) Koszta utrzymania w ciągu miesiąca jednej stacyi szczepiennej: *α*) w razie braku chętnych do szczepienia: 2 lekarzy po rb. 30 miesięcznie — rb. 60; 1 posługacz miesięcznie rb. 5; materyał szczepienny rb. 1. Razem rubli 66. — *β*) w razie zgłaszania się osób do szczepienia po 10 osób na godzinę: 2 lekarzy po rb. 30 miesięcznie — rb. 60; 1 posługacz rb. 5; materyał szczepienny rb. 45; wynagrodzenie za 300 szczepień rb. 30; materyał opatrunkowy rb. 5. Razem rb. 145.

3) Wygłosić odczyty o cholerze, środkach zapobiegawczych przeciwko niej i szczepieniach ochronnych. Wypowiedzenia odczytów podjęli się: w resursie kol. Fidler, — w fabrykach kol. Fuksiewicz i Pełczyński, — dla żydów w żargonie kol. Raszka. Na koszta urządzenia powyższych odczytów Inspektor lekarski przyrzekł wyasygnować Tow. lek. rad. rb. 25 z funduszu będącego w jego rozporządzeniu dla walki z cholerą.

4) Wydane nakładem Towarzystwa lek. radomskiego broszurki »O cholerze« *a)* sprzedawać w księgarniach, *b)* przesłać po 25 egz. wszystkim szkołom początkowym bezpłatnie, zaś instytucyom różnym w Radomiu w celu sprzedaży członkom po 1 kop. za egzemplarz.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie d. 8. stycznia 1909.

Prezes radca Dr Fr. Chłapowski zagaja zebranie po raz pierwszy w nowej sali gmachu Tow. Przyjaciół Nauk.

1) Dr Pomorski przedstawia kilka **kamieni moczowych** wydobytych z pęcherzy trzech chorych. Jeden kamień siedział schowany w uchyłku za sterczem, w drugim przypadku poprzedzało utworzenie się kamienia, przerwanie cewki wskutek spadnięcia na dyszel, w trzecim prawdopodobnie powodem kamienia była nitka od szwu.

Dr Łazarewicz potwierdza możliwość utworzenia się w ten sposób kamieni.

2) Następnie prezes Dr Chłapowski na podstawie własnego cierpienia, które ma od 8 lat, omawia **zapalenie naczyń chłonnych i leczenie tegoż natryskami.** Cierpienie objawia się peryodycznem obrzmieniem i zapalnem zaczerwienieniem lewej nogi, tak przykrem, że spuszczenie nogi sprawia wielkie dolegliwości. Prelegent omawia znane objawy zapalenia naczyń chłonnych, które przed 20 laty Verneuil uważał za wywołane przez zarazki róży Fehleisena. Istnieją dwie postacie zapalenia: pręgowata i siatkowata, znacznie rzadsza. Zajęte są włoskowate naczynia chłonne, co sprawia, że choroba przypomina różę, nie ma jednak jej ostrego ograniczenia. Na Śląsku u dziewcząt, pracujących w kopalniach, spostrzega prelegent powstawanie słoniowaciny z takich zapaleń. Co do leczenia, to w lekkich przypadkach zaleca się spokój i wysokie ułożenie chorej części ciała; nie potrzeba okładów, ani maści. Bardzo dobrze działa wyskok a także podana przez Chlumskyego kamfora z alkoholem. Jako nowy, na sobie wypróbowany środek, zaleca prelegent natrysk w kąpieli, który stosował z doskonałym skutkiem w Kissingen. W wannie umieszczony jest pod zwierciadłem wody otwór, którym wytryskuje prąd wody pod ciśnieniem dwóch atmosfer i wywołuje silne falowanie wody. Działa ono nader orzeźwiająco, a wiele lepiej od zwykłego miesienia. Nadaje się ten sposób także do zwykłych obrzęków, a wpływa również korzystnie na przemianę materyi.

W dyskusyi Dr Łazarewicz dziękuje mowcy za zapoznanie z nowym sposobem leczenia. Dr Gantkowski przypuszcza, że może chodzi o jakieś zakażenie wewnętrzne, przy którem widział dobre wyniki przy stosowaniu młodzi. Radca Dr Panieński ostrzega przed ruchem przy drzemiących ogniskach zarazków i powątpiewa, czy miesienie może tu działać dodatnio. Dr Karwowski zapytuje, jaki wpływ ma mieć miesienie przy sprawie, w której unika się wszelkiego drażnienia skóry. Następnie radzi wykonać próbę z metodą opsoninową, a w danym razie spróbować surowicy Menzera, której z wybitnym wynikiem użył przy przewlekłej róży. Co do furunkuliny, to nie mógł się przekonać o jej dodatniem działaniu. Dr Mieczkowski w swoim czasie operował prelegenta na chorą nogę i wyjął mu paznokcie, sądząc, ze z ropienia podpaznokciowego pochodzą zapalenia. Uważa spokój chorej kończyny za niezbędny. Przy stosowaniu furunkuliny także skutków nie widział. Dr Dembiński zaleca Karlsbad, który przy czyrakach bardzo dobrze działa. Dr Zakrzewski kładzie nacisk na stan ogólny serca i krwi. Popiera myśl Dra Karwowskiego, żeby zbadać opsoniny, co do wyników jednak leczniczych, to w stosunku do mozolnych badań są one bardzo małe. Dr Łazarewicz również poleca sprobować metody opsoninowej. Bardzo ważną jest znajomość dróg chłonnych, które ginekolodzy nadzwyczaj dokładnie zbadali, co jest bardzo ważne, np. przy raku macicy. Ł. stosował terpentynę z karbolem i ichtyolem, dobry też jest gwajakol, który nieco znieczula, co bardzo jest ważne. Na maceracyę skóry między palcami zaleca gaudaninę. Wreszcie zaleca szklane buty Biera. W końcu Dr Chłapowski zaznacza, że zajmował się sprawą opsonin, jednak nie widzi w tej metodzie uchwytnych wyników.

Zebranie d. 22. stycznia 1909 r.

1) Prezes radca Dr Fr. Chłapowski zagaja zebranie, poświęcając kilka słów zmarłym świeżo kolegom ś. p. Dr Urbańskiemu i Dr Broekeremu ze Śremu. Ś. p. Dr Broekere był od roku 1870 członkiem wydziału i choć nie zajmował się pracą piśmienniczą, był wybitnym lekarzem i obywatelem, który w pracach społecznych i ekonomicznych brał bardzo czynny udział; zapisał znaczny fundusz na Pomoc koleżeńską. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

2) Następnie sekretarz Dr Dembiński zdaje sprawę z czynności Wydziału w r. 1908. Rok ten zaznaczył się pięknym obchodem jubileuszowym ku uczczeniu 50-letniego istnienia Wydziału. W obchodzie wzięli udział profesorowie Wszechnicy Jagiellońskiej i to pp. Prof. Ciechanowski, Dobrowolski, Kostanecki, Klecki, prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego Dr Borzęcki oraz Dr Kozerski z Warszawy, i około 70 kolegów z Poznania i prowincyi. Także na jesiennem Walnem Zebraniu mogliśmy powitać gości i to pp. Dra Brudnickiego, Dra Kasprzaka i prezesa Towarzystwa lek. Dra Drozdowskiego z Kalisza. Z grona zaś lekarzy poznańskich pięciu (Dr Dembiński, Dr Pomorski, Dr Karwowski, Dr Kapuściński i Dr Gantkowski) pojechało do Kalisza, gdzie trzej pierwsi wygłosili odczyty. Tak więc zaznaczyła się w bardzo sympatyczny sposób łączność umysłowa i kulturalna z kolegami z innych zaborów. Jesienią mogliśmy jeszcze powitać Prof. Ciechanowskiego z Krakowa, z którym komitet redakcyjny »Nowin lekarskich« omawiał sprawy, odnoszące się do wydawnictwa pism lekarskich. Wydział zajmował się także sprawą założenia »Towarzystwa stanowego lekarzy«, które powstało wspólnie z lekarzami niemieckimi na podstawie zupełnego równouprawnienia, a celem obrony ekonomicznych i zawodowych interesów stanu lekarskiego. Zebrań odbył Wydział 7 zwyczajnych, 2 nadzwyczajne i 2 walne. Odczyty wygłosili pp. Dr Brudnicki, radca Chłapowski (4 odczyty), Gantkowski (2), Karwowski, Kostanecki, Łazarewicz (2), Panieński (2), Fr. Zakrzewski. Demonstrowali zaś: Chłapowski raz, Chrzanowski 4 razy, Grabowski raz, Jankowski raz, Karwowski 7 razy, Kasprzak raz, Kroll raz, Krysiewicz raz, Łazarewicz raz, Meissner raz, Mieczkowski 3 razy i 6 referatów, Nowakowski raz, Skoczyński 2 razy, Szafarkiewicz raz, Szuman raz. Wogóle było 39 demonstracyi i 20 referatów.

3) Następują wybory do Zarządu. Zebranie jednogłośnie obiera dotychczasowy zarząd: radca Dr Fr. Chłapowski prezes, Dr Łazarewicz wiceprezes, Dr Dembiński i Dr Schultz sekretarze.

4) Dr Łazarewicz wygłasza odczyt: **O łożysku obrzeżonem** (*placenta marginata*). Pierwszy Hunter spostrzegał talerzowaty kształt łożyska, lecz tym, który opisał tę sprawę, jest Koelliker. On też postawił — według prelegenta — jedynie słuszną tezę, że postać ta nie powstaje na podstawie zapalnej. Później zapomniano o zapatrywaniu słynnego anatoma i twierdzono, że chodzi tu o sprawę zapalną. Prelegent postanowił wyjaśnić tę sprawę i w piśmiennictwie znalazł pracę Włocha Sfameniego, który według jego zdania najlepiej tłomaczy powstanie »łożyska obrzeżonego«. Mowca przedstawia fizyologiczny rozwój łożyska, przyczem stoi na stanowisku, że niemiecka teorya, iż naprzód w macicy podnosi się doczesna prawdziwa, a potem doczesna zagięta, jest fałszywa. Sfameni wykazał, że wraz z łożyskiem rośnie i mięsień macicy, który przez to je rozciąga. Prócz tej siły działa też ciśnienie wód płodowych. Jeśli np. macica jest zbyt twarda i nie rozciąga się dostatecznie, wówczas łożysko nie dość się rozciąga i wypukla się jego brzeg tam, gdzie ciśnienie jest mniejsze. Gdy ciśnienie jeszcze słabsze, wtedy tworzy się wał wokoło łożyska (*pl. circumvallata*). Niema ciąży pozabłonowej, gdzieby nie było łożyska obrzeżonego. — Przeciw tej teoryi występuje Krömer, który podał bardzo sztuczne tłomaczenie tej sprawy. Mowca zwalcza zapatrywania tegoż autora, jak i innych niemieckich ginekologów i podnosi zasługę Sfameniego, który czysto mechanicznie, a prosto wyjaśnił to zboczenie.

W dyskusyi Dr Święcicki zaznacza, że teorya Sfameniego w rzeczywistości nie jest zupełnie jasna. Jeżeli tylko te czynniki: niedomoga ściany macicznej i ciśnienie wód, grają rolę przy powstaniu sprawy, wtedy powinnoby się to częściej zdarzać, nietylko w 7% przypadków. Możnaby tłómaczyć biologicznie tę sprawę. W końcu ciąży następuje okres wstecznej

przemiany, odpadają nabłonki kosmków, które według Eberharda w stanie czynnym nie mają własności skrzepnych, gdy zaś odpadają, sprawiają krzepnięcie krwi wkoło łożyska. Tkanka obumiera, a w jej miejsce buja tkanka łączna, tworząca pierścień. Przed 19 laty Hansen w Kopenhadze stwierdził, że łożysko obrzeżone zdarza się często, gdy płody są bardzo mało rozwinięte. Gdy matka osłabiona i ciśnienie krwi nizkie, to zdaje się i to wpływać na tworzenie się tej sprawy. Mowca jest zdania, że i kiłę należy uwzględnić w etyologii. Radca Dr Fr. Chłapowski zwraca uwagę na zwyczaj niektórych ludów, że dziewczęta bardzo młodo wychodzą za mąż, co może wpłynąć na nieprawidłowe tworzenie się łożyska, a przez to na poronienia. Dr Łazarewicz przyznaje słuszność preopinantowi. Co do zapatrywania Dra Święcickiego, to sądzi, że i ono da się wytłómaczyć teoryą Sfameniego. Kiła powoduje stwardnienie macicy, może być powodem niedostatecznego jej rozciągania się, a przez to nieprawidłowego łożyska. Tem się też tłómaczy, że niektóre kobiety dopiero przy 6. lub 7. dziecku zaczynają ronić. Również choroby serca i nerek, wywołując stwardnienie, sprzyjają poronieniu. *Dr Karwowski.*

W sprawie kursów dla lekarzy.

Uczęszczając na ostatnie nasze kursa lekarskie, wyniosłem przekonanie o ich doniosłem znaczeniu kształcącem dla lekarskiego ogółu i dlatego uważam za potrzebne wypowiedzieć publicznie tych parę uwag, które może się przyczynią do większego spopularyzowania tej ważnej sprawy. Świadomość korzyści, osiąganych przez uczęszczanie na kursa i uznanie potrzeby korzystania z nich nie są bowiem, jak się zdaje, dostatecznie rozpowszechnione wśród kolegów.

Zdawałoby się przedewszystkiem, że zbytecznem jest uzasadniać potrzebę organizacyi kursów, gdyż każdemu chyba ta potrzeba wydaje się niewątpliwą, a za granicą, zwłaszcza w Niemczech, od dawna jest powszechnie znaną i zaspokajaną; a jednak spotykałem sceptyków, którzy twierdzili, że w trzechtygodniowym terminie trudno coś skorzystać, że doświadczenie i wprawę zdobywa się praktyką i samouctwem, że wreszcie cały zachód takiej wyprawy po wzbogacenie wiedzy wcale się nie opłaci. Pomijam zarzuty co do krótkości zbytniej samych kursów i bezużytecznych kosztów całej wycieczki, gdyż wystarczy raz samemu spróbować, aby się przekonać o całej ich bezpodstawności. Bardziej zasługują na uwagę argumenty o wielkiej doniosłości samouctwa i przeciw nim właśnie chciałbym wystąpić, gdyż są one zbyt przesadzone i mogą wyrządzić tylko szkodę naszemu ogółowi. Znaczenia samouctwa w naszem ciągłem kształceniu się bynajmniej nie odrzucam, bo jest ono konieczne i nieuniknione w naszych zwłaszcza warunkach praktyki prowincyonalnej, ale, mojem zdaniem, nie powinno ono być wysuwane, jako zasada naczelna w zdobywaniu naszej wiedzy. Podstawowe bowiem pojęcia nauki lekarskiej i główne wytyczne, po których idzie dalszy jej rozwój, zdobywa się długiemi studyami w szkole i w klinice i na tej tylko drodze możemy racyonalnie dopełniać nasze wykształcenie systematyczne; często zaś bywa, że lekarz-praktyk, zaufawszy zbytnio swoim własnym siłom i roli samouctwa, zbacza stopniowo z bitego gościńca nabytych w szkole zasad, z biegiem czasu, w zgiełku życia praktycznego, traci je z oczu coraz bardziej, i czasem, niestety, przestaje się niemi kierować w swej działalności lekarskiej. Zdarzało mi się spotykać kolegów, którzy o zagadnieniach lekarskich wypowiadali poglądy, jak gdyby wyjęte z ust profana, a więc zgoła nie licujące z obecnym stanem wiedzy. Odnosi się wrażenie, że tacy lekarze, w miarę coraz dłuższego obcowania z publicznością, stopniowo, może niepostrzeżenie dla nich samych, ulegli wpływowi otoczenia i zamiast pielęgnować zasady prawdziwie naukowego pojmowania zagadnień lekarskich, woleli częściowo nagiąć się do wstecznych poglądów, wyznawanych przez »vulgus profanum«. Niejednokrotnie tu zdarzało mi się spotykać tak powierzchowne rozpoznania postaci chorobowych, że nie sposób było zgodzić się z niemi przy dokładniejszem zbadaniu chorego (n. p. rozpoznanie choroby Brighta przy zupełnym stałym braku jakichkolwiek zmian w moczu). Jeśli w podobnych razach poprzednie rozpoznanie znane jest choremu, to trzeba niemałych wysiłków sofistycznych, aby pogodzić wobec chorego nową nazwę choroby ze starą, i w ten sposób nic narazić na szwank, nie już tylko opinii lekarza, ale opinii samej nauki, której adepci mogą wypowiadać zupełnie przeczące sobie zapatrywania. Nie przeczę, że i warunki naszej pracy, często gorączkowo pospieszonej, z ogromnem przeciążeniem pracowników, wpływają nader ujemnie na ścisłość w rozpoznawaniu i leczeniu, ale tu znaczna część winy w podobnych przypadkach błędów zasadniczych, musi być złożona na karb samego lekarza. Bo przecież w przytoczonych objawach ujemnych praktyki lekarskiej chodzi o coś ważniejszego, niż prosta pomyłka, czy błąd rozpoznawczy, które popełnia każdy lekarz w swej działalności praktycznej; objawy te wskazują na poważne zboczenia od tych nakazów i zasad wiedzy lekarskiej, od których rym nam odstępować nie wolno. I właśnie tych to kolegów, co porwani w ustawiczny wir praktyki, stają się z czasem »samoukami« w ujemnem znaczeniu tego słowa, nawoływałbym najgoręcej do odświeżenia swej wiedzy i wprowadzenia jej na tory właściwe, z których zbaczać zaczęła na błędne ścieżki.

Ale obok tych, bądź co bądź wyjątkowych typów, istnieją całe zastępy lekarzy prowincyonalnych, którzy pomimo wszystkich dobrych chęci i usiłowań, aby się utrzymać na poziomie wymagań wiedzy współczesnej, nie są poprostu w stanie przyswajać sobie wszelkich zdobyczy w tak licznych dziś gałęziach medycyny, tembardziej, że wiadomości o nich są rozsiane w całej masie wydawnictw peryodycznych, lub w dziełach specyalnych, o posiadaniu których marzyć nie może lekarz przeciętny. Nie mamy zaś na prowincyi ani bibliotek, zawierających potrzebne źródła, ani wzorowych szpitali i klinik, gdzieby lekarz-praktyk pod światłem kierownictwem mógł zaczerpnąć potrzebnego mu doświadczenia w tym, lub owym kierunku. Nie dość na tem — wszak każdy z nas niemal odczuwa pewne luki w swem wykształceniu zawodowem, których po opuszczeniu ławy uniwersyteckiej już nie miał sposobu zapełnić, a które potem w działalności praktycznej dotkliwie nieraz się przypominają.

Oto krótki przegląd braków i ciemnych stron praktyki lekarskiej, których usunięcie powinno być pilnem naszem zadaniem, o ile chcemy sumiennie się wywiązywać z ciążących na nas obowiązków. Samo tylko czytanie, chociażby najgorliwsze, zaradzić temu nie może, samouctwo — również, i tu właśnie leży niezaprzeczona racya bytu kursów dla lekarzy, które mogą zaspokoić najpilniejsze nasze potrzeby naukowe. A więc zadanie kursów powinno polegać na tem, aby dać słuchaczom krótki zarys współczesnych metod badania i leczenia w zakresie każdego z wykładanych działów, kładąc nacisk na najnowsze zdobycze nauki; obok zaś tego — szczegółowym rozbiorem odpowiednich przypadków klinicznych — wpajać potrzebę systematycznego badania i logicznego wysnuwania wniosków z uzyskanych przez badanie faktów. Dalej, w praktycznej części kursów, każdy powinien przerobić wszelkie analizy, wchodzące w zakres danego przedmiotu, a także byłoby pożądane samodzielne badanie i rozpoznawanie ciekawych przypadków klinicznych, z każdorazowem omówieniem danego przypadku z kierownikiem kliniki, lub oddziału, w celu pouczającego wykazania błędów rozpoznawczych, czy leczniczych. To są główne postulaty, które, jak sądzę, lekarz przeciętny stawiłby kursom, aby zadowolnić mogły jego wymagania.

Ostatnie kursa czyniły zadość tym postulatom i w gronie przybyłych zewsząd słuchaczy nieraz dawały się słyszeć wyrazy uznania i szczerej wdzięczności dla kierowników zajęć.

Niech mi wolno będzie na tem miejscu wypowiedzieć co do kursów kilka uwag, zaznaczając, iż niektóre z nich są wyrazem opinii grona kolegów, zgromadzonych na pożegnalnem naszem zebraniu. Otóż, co do czasu urządzania kursów, życzeniem było ogólnem, aby one były organizowane na wiosnę, w kwietniu lub w maju, gdyż koledzy-praktycy najwięcej mają zajęcia w zimie, zaś koledzy, zatrudnieni po fabrykach cukru, muszą być obecni podczas odbywającej się w tej porze roku fabrykacyi. Czas trwania kursów należałoby, mojem zdaniem, przedłużyć do 4 tygodni, gdyż każdy z kolegów otrzymuje zazwyczaj urlop najmniej miesięczny, a przedłużenie kursów, chociażby o tydzień, przyniosłoby uczestnikom znaczną korzyść. Zapowiedź o mających się odbyć kursach powinna być umieszczana przynajmniej na dwa miesiące naprzód we wszystkich pismach lekarskich polskich, a także w paru poczytniejszych pismach rosyjskich, już to z tego względu, że niektórzy lekarze-Polacy, zamieszkali w Rosyi, czytują przeważnie rosyjskie pisma, już to, że koledzy-Rosyanie nie mają u siebie w kraju podobnych kursów; możliwem więc jest, że i z pośród nich znaleźliby się ochotnicy do skorzystania z kursów polskich. Co do samych wykładów — to największe uznanie osiągnęły te z nich, w których dominującą rolę grały demonstracye i zajęcia praktyczne, połączone z treściwymi wyjaśnieniami. Fakt ten jest łatwo zrozumiały: teoretycznych wiadomości w sprawach nas interesujących możemy, przy dobrych chęciach, zasięgnąć z książek i pism peryodycznych, pokazów zaś

klinicznych, odpowiednio objaśnionych, lub praktycznego przerobienia rozmaitych zabiegów rozpoznawczych i leczniczych nic nam zastąpić nie zdoła. Wreszcie podniósłbym tylko niewątpliwe korzyści koleżeńskich wspólnych zebrań wykładających i słuchaczy dla wymiany zdań i uwag w sprawie kursów. W każdym bądź razie faktem jest, że po kursach ostatnich rozjeżdżano się do domów z uczuciem żywego zadowolenia z osiągniętych korzyści naukowych, i pragnąłbym szczerze, aby ta krótka wzmianka w poczytnem piśmie lekarskim rozbudziła wśród kolegów większe zainteresowanie do kursów, które nie są jeszcze tak uczęszczane, jak na to zasługują ze względu na ich doniosłą rolę w doskonaleniu się zawodowem szerokiego ogółu lekarzy.

Dr Adam Huszcza.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Cavete! Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza: 1) Bojkot posad: lekarza Kasy chorych fabr. Schichta w Aussig, lekarza Kasy chorych i gminnego w Piotrowicach na Śląsku, posady gminnej w Neumarkt-Köstendorf, w Gratkorn i Valalma. 2) Ostrzeżenie przed posadami lekarskiemi w Gracu (Kasy chorych), Biedermannsdorf, Schruns, Rehberg, Kirschlag, Hals, Meinetschlag, Grazen, Tannwald, Trübschitz, Engelsberg na Śląsku, Breitenau i Hermannstadt. *R.*

Kasa chorych dla lekarzy uchwaliła na posiedzeniu (6. marca) zmianę statutu, między innemi zasiłki roczne w razie choroby i stworzenie funduszu pożyczkowego dla członków. *X.*

Brak lekarzy pomocniczych i asystentów w Berlinie daje się odczuwać coraz to silniej. Pochodzi on z wielkiego namnożenia się szpitali, lecznic i sanatoryów, a zarazem z wprowadzenia obowiązkowego roku praktyki szpitalnej. Oczywiście nędzne uposażenie asystentów odgrywa tu też ważną rolę. *X.*

Kasa pogrzebowa lekarzy bawarskich liczy obecnie 924 członków. Majątek wynosi 148.152 marek 75 fenigów. Zeszłego roku wypłacano 453 marek renty. *X.*

Zakaz używania fosforu białego i żółtego do wyrobu zapałek ma wejść w Austryi w życie z d. 1. I. 1912 na zasadzie ustawy, której projekt wniósł rząd 22. III. b. r. do parlamentu. *R.*

Częste uszkodzenia ługiem żrącym, zdarzające się w Austryi, skłoniły ministerstwo spraw wewn. do wydania rozporządzenia, zawierającego ostre przepisy o handlu tym ługiem (odpowiednie przechowywanie, zakaz sprzedaży osobom nieletnim i t. d.). *R.*

Sprzedaż przyrządu „Energos“, wyrabianego przez formę Energos i Sp. w Dreźnie, została przez austr. ministerstwo spraw wewn. zakazana. Badania wykazały, że przyrządy te są dla zdrowia szkodliwe. Składają się one z elementów elektrycznych, którymi się głowę szczotkuje; spostrzegano przy używaniu ich oparzenia skóry. *X.*

Zaopatrzenie w wodę do picia i usuwanie wód ściekowych. Aby ze strony państwa poprzeć prace asanacyjne gmin w tym kierunku, poleciło austr. ministerstwo pracy, by centralne biuro hydrograficzne na żądanie stron badało projekta urządzeń wodociągowych, kanalizacyi i t. p. i udzielało bezpłatnie rad i wskazówek w tym kierunku. Podania w tych sprawach wnosić należy do ministerstwa pracy za pośrednictwem władz politycznych. *R.*

Ruchome muzeum przeciwgruźlicze urządził centralny niemiecki komitet przeciwgruźliczy; muzeum będzie naprzód wysłane do różnych miast krajów nadreńskich. *R.*

Potrzeby ścisłego nadzoru lekarskiego w zakładach dla mamek dowodzi przypadek, który przedstawiał Dr Pollak na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Wiedniu. Do zakładu dla mamek w Wiedniu oddano noworodka, który przebywał tam dwa miesiące i pobierał pokarm od 50 mamek, aż w końcu z powodu wybitnych objawów chorobowych odesłano go do polikliniki, gdzie stwierdzono u dziecka bardzo ciężką kiłę. Ileż to mamek mogło przez ten czas uledz zakażeniu! *X.*

Sprawę zmiany przepisów dla położnych w Niemczech omawiał Jung z Erlangen na posiedzeniu frankfurckiego towarzystwa położniczego. Domaga się on zniesienia przepisu, nakazującego obowiązkowo położnym przy każdym porodzie wykonywać dwukrotne badanie wewnętrzne. Nadto żąda J., by akuszerki dostawały bezpłatnie (i to w stanie jałowym), jeżeli już nie rękawiczki gumowe, to przynajmniej podwójne palce gumowe z klapą do osłaniania ręki. W dyskusyi Kröhl zwrócił uwagę, że koszt rękawiczek byłby bardzo wielki, i dlatego sądzi K., że pieniądze te lepiej obrócić na obowiązkowe powtarzanie knrsów i powoływanie na nie co pewien czas położnych praktykujących. *X.*

Stosunki higieniczne młodzieży szkolnej w Niemczech. Komisya szkolna towarzystwa lekarskiego w Monachium poleciła Drowi Dörnbergerowi i Grassmannowi zbadać statystycznie stosunki pozaszkolne młodzieży szkolnej, zwłaszcza ze szkół średnich, korpusów kadeckich i t. p., co do ilości godzin pracy, snu, odżywiania, zajęć ubocznych, rozrywek i ćwiczeń gimnastycznych i t. p. D. i G. badania swe ogłosili obecnie w sprawozdaniu, z którego wyjmujemy najważniejsze dane. Ilość godzin snu młodzieży szkolnej jest zupełnie dostateczna. Poza szkołą pracuje młodzież średnio 2—4 godzin dla szkoły, a reszta czasu zużywana bywa na lekturę, na naukę języków, muzykę i t. p. Natomiast u bardzo wielu uczniów nie zwraca się uwagi na przechadzki i ćwiczenia fizyczne i z tego też powodu D. i G. żądają na tem polu odpowiednich reform i zarządzeń. *X.*

Śmiertelność dzieci w Anglii jest w sferach robotniczych bardzo wielka, n. p. w Burnley wynosi ona 208 na 1000, a to z tego powodu, że położnice zbyt rychło wracają do pracy, mimo, że ustawa dozwala dopiero w 4 tygodnie po porodzie zaczynać pracę. Z tego też powodu w królewskim »Instytucie publicznej ochrony zdrowia« podniesiono żądanie, by zwrócić na to uwagę pracodawców i przypuszczać kobiety do pracy jedynie za wiedzą lekarza. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 21. III. do 27. III. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 2, Biłków 2), Brzeżany (Budyłów 6), Drohobycz (Medenice 9, Letnia 4, Bolechowce 2, Mraźnica 2), Horodenka (Harasymów 2, Targowica 1, Czortowiec 7), Jaworów (Sarny 3, Bonów 2), Kamionka (Kamionka 1), Kołomyja (Słobódka polna 1, Siemakowce 1), Kosów (Chomczyn 2), Lisko (Czarna 4), Mościska (Czerniawa 6), Skałat (Żerebki król. 3, Skałat stary 1), Śniatyn (Trościaniec 9), Tarnopol (Konopkówka 3), Zaleszczyki (Capowce 17), Zborów (Jarczowce 1); sprawdzono w m. Krakowie 1 przypadek ospy u osoby przybyłej z gubernii kieleckiej. *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 21. III. do 27. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 2, krztuśca 1 † 1, płonicy 13 † 4, odry 1, duru brzusznego 2 † 2 (w tem obcych — † 2). *Dr Kielanowski.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. III. do 27. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 1, ospy 1 (1), płonicy 5 † 1 (2 † 1), odry 12 (2), duru brzusznego 3 † 3 (3 † 2), jaglicy 74 (64). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 7. III. do 13. III. 1909 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 4, odry 2, płonicy 4, róży 7, duru plamistego 34 † 3, duru brzusznego 11 † 4, duru powrotnego 7, błonicy 3 † 1, grypy 6. (*Gaz. lek.* 13).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 31. III. 1909 posiedzenie, na którem odbyły się zapowiedziane wykłady Prof. Brunera i Dr Nelkena. W dyskusyach zabierali głos Prof. Klecki, Jaworski, Piltz, Dr Eisenberg, Szymanowski.

— Dyplom doktorski uzyskali pp.: Marceli Gromski, rodem z Warszawy, Abraham Laub z Bochni, Naftali Goldstein z Podgórza i Jakób Lustgarten z Krakowa.

Lwów. Dla zbadania zagranicznych urządzeń sanitarnych i organizacyi służby sanitarnej wysłało miasto na dwutygodniowy objazd (do Gracu, Wiednia, Monachium, Drezna, Berlina) komisyę, złożoną z wiceprezydenta m. Dra Rutowskiego, fizyka Dra Legeżyńskiego i radnych Drów Mikołajskiego, Piska i Starzewskiego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Jakób Rotfeld, rodem z Bukaczowiec.

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem utworzyła się sekcya gastrologiczna, zajmująca się chorobami narządu trawienia i przemiany materyi. Prezesem obrano Dra Rejchmana, wiceprezesem Dra J. Zawadzkiego, sekretarzem Dra Róbina. (»Med. i Kron. lek.« 13).

— Siedleckie Towarzystwo lekarskie urządziło 2. IV. 1909 uroczyste posiedzenie ku uczczeniu stuletniej rocznicy urodzin Karola Darwina z następującym programem: 1) Słowo wstępne, biografia i bibliografia Darwina (wiceprezes Tow. Dr Jarosiński). 2) Historya biologii do Darwina (prezes Towarzystwa Dr Szawelski). 3) Teorya ewolucyi (Prof. J. Chełmiński). 4) Wpływ teoryi ewolucyi na rozwój wiedzy ludzkiej i stanowisko człowieka w przyrodzie według Darwina (Dr Jarosiński).

— Redakcya »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, zamierzając uzupełnić »Słownik lekarzów polskich«, uprasza autorów polskich o nadsyłanie krótkiego »curriculum vitae« i spisu ogłoszonych prac pod adresem wydawcy (Dr L. Guranowski, Warszawa, Nowojasna 6).

— Zmarły niedawno obywatel ziemski z Kijowskiego, ś. p. Staszewski, pozostawił znaczne zapisy na cele naukowe i społeczne. Oprócz legatów dla Akademii umiejętności w Krakowie i Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu (po 25.000 rb.), oraz na szpitale dla starców i kalek w Poznaniu (60.000 rb.) i Częstochowie (30.000 rb.), zapisał ś. p. Staszewski 30.000 rb. Warszawskiemu Towarzystwu opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi, które zapis ten przeznaczyło na ukończenie budowy nowego zakładu w Drewnicy, obliczonego na 200 chorych.

Poznań. Obowiązkowy rok praktyki szpitalnej zamierzał jeden z lekarzy odbyć w szpitalu powiatowym w Świeciu; na zgłoszenie się swoje otrzymał jednak od kierownika szpitala, niejakiego Dra Wagnera, list następujący: »Jeżeli pan jest katolikiem, musi pan dołączyć piśmienne zapewnienie, że pan wyznaje stałe przekonania niemiecko-narodowe i przyobiecuje trzymać się zdala od wszelkich zabiegów polskich«. (*Kuryer pozn.*). Nawet w tych stosunkach, jakie panują w Poznańskiem, list ten jest prawdziwem »curiosum«, skoro rok praktyki szpitalnej jest w Niemczech nakazanym ustawowo obowiązkiem, a nie żadnym przywilejem.

Z różnych stron. Wystawa urządzeń miast i uzdrowisk, uwzględniająca przeważnie stronę sanitarno-higieniczną, odbędzie się w Petersburgu od 9. maja do połowy września r. b. Wystawcom polskim udziela informacyi p. T. Żołądkowski, budowniczy w Grodzisku (gub. warszawska).

— W Antwerpii odbędzie się wkrótce wystawa sztuki, obejmująca przedmioty (obrazy, rzeźby, karykatury i t. p.), pozostające w związku z medycyną. Dochód z wystawy przeznaczono na badania raka w Belgii.

— We Francyi wprowadzona zostanie nareszcie instytucya docentów prywatnych, dotąd bowiem mianowano profesorów z pewnej grupy wybrańców, przyczem system protekcyjny odgrywał główną rolę, bo kandydatów wybierał nie uniwersytet, lecz minister oświaty, *X.*

— We Francyi zreformowano studya lekarskie. Pierwszy rok studyów poświęcony będzie, jak dotąd, naukom przyrodniczym. Począwszy od 3-go roku studyów, słuchacze muszą odbywać zajęcia szpitalne, z których przedkładać muszą przy egzaminach świadectwa; lekarze szpitalni udzielać będą systematycznie nauki. Liczbę egzaminów zwiększono.

— Przepisy o składaniu egzaminów doktorskich w Rosyi mają uledz zmianie; dla rozpatrzenia tej sprawy utworzono komisyę, złożoną z 5 profesorów Akademii lekarskiej w Petersburgu.

— Promocye na Wydziale lekarskim w Berlinie odbywają się obecnie bez uroczystego ceremoniału. Promocya odbywa się nie w auli, lecz w pokoju senatu, przyczem dziekan nie występuje w todze. Odpada t. zw. publiczna dysputa, promowany nie składa przysięgi po łacinie. Obniżono także koszta promocyi. *X.*

— W Dreznie odbędzie się 3-tygodniowy kurs pielęgnowania niemowląt; uczestniczki płacą 15 mk. wpisowego, niezamożne tylko 1 mk.; liczba uczestniczek ograniczona do 20. *X.*

— Usunięcie reglementacyi prostytucyi, dokonane w Danii w r. 1906, nie wydało spodziewanych wyników, gdyż liczba zakażeń wenerycznych wzrasta od tego czasu. Do 11 lecznic bezpłatnych w Kopenhadze zgłosiło się chorych wenerycznych w r. 1905: 6666, w r. 1906: 7065, w r. 1907: 8383, w r. 1908: 10249. Liczba świeżych zakażeń kiłowych wzrosła w tym czasie z 1277 do 2484. Przytem do lecznic coraz mniej zgłasza się prostytutek, nic więc dziwnego, że zakażenia szerzą się coraz szybciej.

— Wrażenia z podróży lekarskiej po Japonii i Chinach opisuje Fraenkel (Wiener m. W. Nr 8). W Japonii gruźlica zabiera wiele ofiar, co przypisać należy opłakanym stosunkom higieny mieszkań. Szpitale, kliniki, zakłady naukowe zbudowane są zupełnie po europejsku, zwłaszcza zakład badania chorób zakaźnych Prof. Kitasato w Tokio, gdzie wyrabia się różne surowice. Natomiast w Chinach stosunki naukowo-lekarskie stoją na bardzo nizkim stopniu i dopiero obecnie Niemcy zaczynają tu tworzyć szkoły lekarskie, by wyrugować domorosłych guślarzy, cieszących się dotąd powodzeniem. *X.*

Mianowani: docenci chirurgii Blauel i Brunn i doc. dermatologii Linser w Tübingen profesorami nadzw.;

protomedyk Tyrolu Dr Fr. Haberler referentem sanitarnym ministerstwa spraw wewn. w Wiedniu.

asystenci sanitarni Dr Napoleon Gąsiorowski, Roman Merunowicz i B. Grudzewski koncepistami sanitarnymi, a Dr J. Orski lekarzem powiatowym.

Powołani: Prof. Dürck z Monachium na katedrę anatomii patolog. do Jeny.

Zmarli: Dr Jan Mężyk w Bąkowicach pod Chyrowem w 58 r. ż.; Dr Stanisław Żywult w Moskwie;

Prof. farmakologii E. Mosso w Genui; anatom Prof. Thanhoffer w Peszcie; internista Prof. Renvers w Berlinie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1909.

Gazeta lek. Nr 9. Lande: Karol Darwin. Moraczewski: O rozmaitych czynnościach wątroby. Wilczyński H.: O wpływie lecytyny na miesiączkowanie. — Nr 10. Kijewski: O torbielach trzustki. Bohdanowicz: Przyczynek do leczenia niektórych wysięków stawowych. — Nr 11. Motz: Badanie metodyczne cewki. Kijewski (c. d.). — Nr 12. Starkiewicz: O żółtaczce hemolitycznej w związku z kwestyą ziarnistości czerwonych krążków krwi. Kijewski (c. d.). Motz (c. d.). — Nr 13. Waszkiewicz: Cięcie cesarskie w przypadku miednicy ukośnie ścieśnionej wskutek zesztywnienia spojenia krzyżowo-biodrowego. Kijewski (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 9. Orgelbrand (dok.). Grundzach: Przypadek niedrożności kiszek, spowodowanej uwięznięciem kamienia żółciowego. — Nr 10. Leyberg: O stosowaniu przekrwienia zastoinowego w leczeniu rzeżączki szyi macicznej. Wasserthal: Wałeczki w moczu wolnym od białka i ich stosunek do kurczowego zaparcia stolca. — Nr 11. Wasserthal (dok.). Leyberg (dok.). — Nr 12. Eiger: Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych u świnki morskiej, myszy białej i człowieka. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze wywołanych przez działanie na nią lenigallolu. — Nr 13. Rzętkowski: Teodor Dunin. Landau A.: ś. p. Teodor Dunin, jako lekarz szpitalny. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią eugallolu.

Tygodnik lek. Nr 8. Wiczkowski: O polyserositis. Opolski (c. d.). — Nr 9. Rydygier L.: W sprawie transperitonealnego otwarcia pęcherza. Wiczkowski (dok.). Opolski (dok.). — Nr 10. Piasecki E.: Badania nad niektórymi nowszymi sposobami odkażania jamy ustnej. Małaniuk: Odmiana igły Dechampsa. — Nr 11. Marischler: Stosunek gruźlicy do choroby Werlhoffa i skazy krwotocznej. Piasecki (c. d.). — Nr 12. Marischler (c. d.). Piasecki (dok.).

Nowiny lek. Nr 3. Moraczewski: O wpływie dyety bezchlorowej na wydzielenie kwasu solnego w żołądku. Jadwiga Matusewicz i E. Rosenhauch (dok.). Fr. Chłapowski (c. d.). Karwowski (c. d.). Fr. Grodecki: Przypadek tachycardiae paroxysmalis. Fr. Zakrzewski: Referat zbiorowy z nowszych prac o zapaleniu wyrostka robaczkowego. Bieliński (c. d.).

Czasopismo lekarskie 1908. Nr 11: Perlis: O stosowaniu stałych wlewań solnych przez odbytnicę. Handelsman Br.: O leczeniu wrzodu okrągłego żołądka. Helman: Obecny stan wiedzy o guzach nosogardzielowych i t. d. (dok.). Puławski W.: Spostrzeżenia z praktyki. — Nr 12. Chodźko: Piąte (za r. 1907) sprawozdanie roczne z czynności szpitala dla umysłowo chorych »Kochanówka«. Handelsman (dok.).

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 1. Malinowski: Znaczenie próby Wassermanna w przymiocie. Giedroyć (cd.).

Kronika dentyst. Nr 3. Wilga (c. d.). Scheller: Leczenie zastarzałych przetok dziąsłowych i wypełnienie korzeni

z miazgą zropiałą. Idzikowski: Dwa nowe przetwory chemiczne do celów dentystycznych.

Zdrowie Zesz. 3. Inż. T. Bielski: W sprawie oczyszczania ścieków kanałowych przedmieścia Pragi sposobem biologicznym.

Przegląd higieniczny Nr 3. Inż. Mołczański: O zakładach do spalania śmieci. Kaczorowski (c. d.).

Głos lekarzy Nr 5. Gilnreiner: Organizacya lekarzy okręgowych. Krzyżanowski (c. d.). Sprawozdanie komisyi sanitarnej Sejmu (c. d.). Pawluk: Działanie lecznicze kąpieli wód siarczanych w Niemirowie. — Nr 6. Praschil: W sprawie popierania zdrojowisk krajowych. Krzyżanowski (dok.). Weinsberg, Mikołajski: W sprawie organizacyi lekarzy. Praschil: O Truskawcu słów kilkoro. — Nr 7. Prof. Rydygier: O zdrojach i uzdrowiskach polskich w porównaniu z prusko-niemieckiemi. Sprawozdanie komisyi sanitarnej Sejmu (dok.). Klęsk. Czy i kiedy lekarz może odmówić porady?

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol. Dr O. Böllke. (*Mediz. Klinik* 1909, Nr 8). Liczne środki lecznicze, polecane przeciw rozedmie płuc, nie wypełniają dwu głównych warunków, gdyż albo nie są wolne od niekorzystnych działań ubocznych, albo też ustrój łatwo się do nich przyzwyczaja. Odnosi się to do atropiny, jodku potasu i do narkotyków. Środek przeciw dychawicy musi działać na błonę śluzową oskrzeli i na mięśnie oskrzelowe, a nie może działać zbiorowo. Z tego punktu widzenia stosowano z wielkim pożytkiem pyrenol, wywierający właściwe sobie działanie lecznicze, wpływające nader korzystnie na zmiany w narządzie oddychania.

B. wypróbował działanie pyrenolu na 39 stale leczonych przypadkach, mierząc przytem dokładnie klatkę piersiową i stosując spirometer, przyczem z pięciu pomiarów spirometrycznych oznaczano liczbę średnią. Pyrenol okazywał stale działanie korzystne, o ile dawka była odpowiednia. Z całego szeregu wybiera B. 5 najcięższych i najbardziej pouczających przypadków, wykazujących nieoczekiwane polepszenie. Objawy podmiotowe, przedewszystkiem męcząca duszność, ulegały po 2—4 dniach stopniowej poprawie, wykrztuszanie zazwyczaj już w drugim dniu było prawidłowe, kaszel napadowy przechodził w łatwe odkrztuszanie, równocześnie ustępowały objawy następowe ze strony narządu krążenia. Równolegle znikały prawie zupełnie szmery oskrzelowe. Nawrót spostrzegano tylko w 1 przypadku. Oddech, przedtem nasilony, stawał się prawidłowy. Złego wpływu na serce, nerki, żołądek lub jelita nie stwierdzono. Zapobiegawcze stosowanie pyrenolu zmniejsza niebezpieczeństwo nawrotu. Dawka dzienna wynosi 6—8 kołaczyków po 0,5 grm. Pojemność płuc wzrastała średnio o 400 ctm³. *Hr.* W.

SKUTECZNIEJSZY NIŻ OLEJ Z WĄTROBY STOKFISZA



EKSTRAKT Z WĄTROBY STOKFISZA „FIGADOL“

Łatwiejszy w użyciu. Przyjemnego smaku. Żadnych nudności, ani biegunki. Pobudza apetyt. Zwiększa wagę ciała.

1 łyżka WINA VIVIEN zastępuje 2 łyżki stołowe najlepszego tranu stokfiszowego

Główny skład, próbki i broszury opisujące doświadczenia — w aptekach:
Dra J. Piepes-Poratyńskiego we Lwowie, pl. Bernardyński, l. 1.
Konst. Wiszniewskiego w Krakowie, ul. Floryańska, l. 15.
VIVIEN, Rue Lafayette, 126, Paris

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222

SÓL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg. | ŁÓG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.
Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana

znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie 43

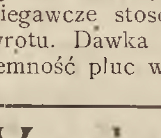
przez dzieci i kobiety

Wystawa hig. Wiedeń 1906: Nagroda państw. i dypl. hon. do medalu złotego.

Odznaczone kilkakrotnie. — Przeszło 5000 orzeczeń lekarskich. Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki.

J. Serravallo. Triest-Barcola.

Gotowe pierzyny z czerwonej wsypki



dobrze napełnione, 1 pierzyna wierzchnia lub 1 piernat 180 cm dług., 116 cm szer. K. 10·—, K. 12·—, K. 15·— i K. 18·—, 2 metry dług., 140 cm szor. K. 13·—, K. 15·—, K. 18·—, K. 21·— 1 poduszka pod głowę 80 cm dług., 58 cm szer. K. 3·—, K. 3·50 i K. 4·—, 90 cm dług., 70 cm szer. K. 4·50 i K. 5·50. Sporządzenie także według jakichkolwiek podanych rozmiarów, 3-dzielne materace włosienne na 1 łóżko à K. 27·—, lepsze K. 33·—. Wysyłka opłatnie za pobraniem od K. 10·— wzwyż. Wymiana i zwrot za opłatą porta dozwolone.

RENEDIKT SACHSEL, LOBES Nr 997
pod Pilznem, Czechy. 142

Rok LXVIII. Kraków, dnia 10. kwietnia 1909. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Ostre rozszerzenie i niesprawność serca po jednorazowym wysiłku fizycznym z następowym zawałem krwawym nerki.

Opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

Od ukazania się pracy Peacocka[1]) i podobnej do niej T. C. Albutta[2]), a zwłaszcza od czasu ogłoszenia spostrzeżeń Jana Seitza[3]), poczynionych w klinice Biermera w Zurychu, zwrócono w patologii chorób serca należytą uwagę na zmiany, jakie powstają w zachowaniu się serca pod wpływem wysiłków fizycznych i wprowadzono w zakres pojęć klinicznych, pojęcie przepracowania i znużenia mięśnia sercowego. Ustaliło się ono zupełnie dzięki rozprawom Bolingera[4]), Fraenzla[5]), Th. Schotta[6]), Leydena[7]), Krehla[8]), Romberga[9]), Riedera[10]) i innych wybitnych klinicystów niemieckich, a z biegiem czasu nabrała praca fizyczna jako czynnik etyologiczny nader wielkiego znaczenia, zwłaszcza gdy z rozwojem sportów mnożyć się zaczęły spostrzeżenia, wykazujące, jak często przez wysiłki fizyczne powstają trwałe lub przemijające zmiany w sprawności serca.

[1]) Peacock: cyt. według J. Seitza.

[2]) Th. C. Albutt: ibidem.

[3]) J. Seitz: Die Ueberanstrengung des Herzens. Deutsches Archiv. f. klin. Medizin XI, XII; oraz Berlin 1875.

[4]) Bollinger: Ueber die Häufigkeit und Ursachen der Herzhypertrophie in München. Deutsche med. Wochenschrift 1884.

[5]) Fraenzel: Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens. Berlin 1889.

[6]) Th. Schott: Zur akuten Ueberanstrengung des Herzens und deren Behandlung. Wiesbaden 1898.

[7]) v. Leyden: Ueber die Herzkrankheiten in Folge von Ueberanstrengung. Zeitschrift f. kl. Med. T. XI 1886.

[8]) Krehl: Die Erkrankungen des Herzmuskels itd. Nothnagels Spez. Pathol. u. Therap. inn. Krankh. T. XV 1.

[9]) Rohmberg: Die Krankheiten des Herzens und des Gefässes. Schwalbe u. Ebstein Handb. d. prakt. Med. T. I.

[10]) Rieder: Zur Kenntniss der Dilatation u. Hypertrophie des Herzens infolge von Ueberanstrengungen u. der idiopatischen Herzerkrankungen überhaupt. Deutsches Archiv. für klin. Med. LV.

Nadanie pracy fizycznej tego znaczenia nie oznacza jednak bynajmniej, ażeby przez to wolno było zapominać o innych czynnikach etyologicznych. Nie należy nawet uogólniać znaczenia samej pracy. Wpływ, wywierany przez nią na serce, zależy nietylko od jej wielkości i trwania, ale także od tego, czy osoba pracująca jest do pracy przygotowana i zaprawiona. Bardzo wyraźnie występuje to na jaw przy wszelkich ćwiczeniach sportowych. Inaczej działa sport, przy równych wynikach i przy równym zasobie sił, na tych, którzy do niego przywykli, inaczej na tych, którzy dopiero wprawiać się zaczynają. Nabycie wprawy, czyli wtrenowanie się, oznacza nietylko zwiększenie siły mięśni wogóle, a siły mięśnia sercowego w szczególności, ale także umiejętność harmonijnego i w sposób właściwy miarkowanego współdziałania układu mięśniowego, narządu krążenia i narządu oddechowego, jak niemniej układu nerwowego, zdolność, polegającą na tem, aby przy nieznacznem i nienagłem zużywaniu sił ustroju osiągnąć jak największą wydatność pracy.

Przez wprawę, nabytą ćwiczeniem, dojść można istotnie do bardzo wydatnych wyników pracy fizycznej. Ale w każdym razie są dla niej ostateczne granice, osobniczo niewątpliwie różne, poza które wykraczać nie wolno, bo przekroczenie sprowadzić musi rychlej lub później szkodliwe skutki dla narządu krążenia.

Następstwa takie zjawiają się tem łatwiej, gdy obok pracy, jako takiej, wchodzą w grę inne jeszcze czynniki.

Jednym z nich, a dla osób młodych, zresztą zdrowych, bodaj najważniejszym, jest budowa samego serca i naczyń. Przy budowie wątłej, czyli przy niedokształceniu narządu krążenia powstają nader łatwo zjawiska niesprawności serca. Podobne znaczenie mają także zmiany w składzie krwi i niektóre zaburzenia odżywcze jak otłuszczenie, chociażby niezbyt znaczne, skaza moczanowa i t. d. Na równi postawićby należało także znaczenie samego odżywiania się, które zwłaszcza u osób, przechodzących dopiero trenowanie i pragnących w krótkim czasie przez ograniczenie ilości i jakości pokarmów uzyskać zmniejszenie wagi ciała, trzeba brać w rachubę. Zresztą nawet i bez tego wywierać może chwilowy brak dostatecznego pożywienia ujemny wpływ na serce. Nie tak znów rzadko zdarza się spotykać ludzi, którzy na czczo nie mogą pracować, bo już po krótkiej pracy doznają objawów osłabienia serca. Niekorzystne działanie wyskoku, używanego stale i w większej ilości, zwłaszcza piwa, dalej czarnej kawy, u wielu osób także tytoniu, jest również je-

dnym z tych czynników, które pośrednio współdziałają w powstawaniu niesprawności serca skutkiem wysiłków.

Przy ocenianiu pośrednich przyczyn osłabienia serca stosunkowo za mało zwraca się uwagi na wpływ całego układu nerwowego i na znaczenie wzruszeń nerwowych, — zapewne nie dla tego, aby go nie uznawano, ale raczej z tej przyczyny, że tak zwane nerwowe zboczenia w czynności narządu krążenia i skutki ich na mięsień sercowy nie są jeszcze z całą ścisłością naukową poznane i rozebrane. A jednak stanowią one nader ważny współczynnik przy powstawaniu chorób serca i naczyń. Znaczenie ich jest tem większe, im większa wrażliwość ustroju, który bywa na nie narażony. Dlatego też cierpią przez nie więcej natury, obdarzone odczuwaniem subtelniejszem, panujące przytem nad swoim nastrojem, aniżeli natury płytsze, u których wrażenia przemijają szybko, nie zostawiają trwałych skutków psychicznych. Szczególnie szkodliwie działają stany pognębienia, powtarzające się częściej, — głównie przez swoją trwałość. Wszystkie te szczegóły podnoszą ponownie w ostatnich czasach z naciskiem Romberg[11]), a zwłaszcza Krehl[12]). Wpływy psychiczne odgrywają także znaczną rolę przy nadużyciach płciowych, gdzie czynniki nerwowe łączą się w jedną poniekąd całość z mechanicznymi.

Jeszcze większe pośrednie znaczenie dla powstawania znużenia serca po pracy posiadają wszelkie zmiany w samym mięśniu sercowym, bądź trwałe, jak otłuszczenie, zwyrodnienie włókniste, miażdżyca tętnic wieńcowych — bądź też przemijajaee, spotykane po chorobach zakaźnych, zwłaszcza po durze brzusznym, grypie, błonicy i t. d.

O wszystkich tych szczegółach, o których wspomnieliśmy pobieżnie, należy pamiętać przy ocenianiu przypadków t. zw. roboczego wyczerpania serca, aby nie popaść w jednostronność. Bardzo często, jeśli nie najczęściej, tworzy przyczynę niesprawności nie sama tylko praca, a raczej składa się na nią więcej czynników. Zadaniem badania jest wyśledzić je i poznać dokładniej w każdym odpowiednim przypadku.

Niesprawność serca bywa zazwyczaj następstwem wpływów szkodliwych, działających przez czas dłuższy, lub powtarzających się stale; objawy jej rozwijają się wtedy zwolna i stopniowo się potęgują. Odnosi się to zwlaszcza do tych osób, dla których praca fizyczna jest pracą zawodową. Początek stanowi tu najczęściej przerost roboczy serca. Dopiero później dołącza się osłabienie i rozszerzenie, rozwijające się pod wpływem dalszych, nazbyt wielkich wysiłków. Przyczyna i skutek mają tu więcej przewlekłe cechy. Zdarzają się jednak przypadki, w których osłabienie serca i jego następstwa powstają nagle po jednorazowym wysiłku. Stanowią one drugi poniekąd typ odnośnych spostrzeżeń, w których i przyczyna i skutek ostro są zaznaczone. Spotykamy się z tym typem najczęściej u osób, oddających się sportowi, o wiele rzadziej u ludzi, pracujących stale fizycznie. To też opisy przypadków, należących właśnie do tej grupy, bardzo są tylko nieliczne, — w pewnej części dlatego, że sporo materyału ginie dla piśmiennictwa z łatwo zresztą zrozumiałych przyczyn, w części i dla tego, że objawy nie są tak znaczne, aby swem nasileniem wprost zwracały uwagę. To, czem się nasze piśmiennictwo w sprawie ostrego wyczerpania serca wykazać może, pochodzi w przeważnej mierze z klinik i wielkich szpitali, położonych w centrach wielkiego przemysłu z jego gorączkowem życiem i daje nam najczęściej obrazy najcięższych przypadków. Ogół lekarzy fabrycznych, lub zajętych w kasach chorych, nie może wprost dla braku czasu przekazywać



nawet ciężkich schorzeń serca po pracy czasopismom lekarskim; schorzenia lżejsze nie zajmują najczęściej zupełnie uwagi. Wobec tego i kazuistyka czystych spostrzeżeń nie może być obszerna. W piśmiennictwie polskiem nie ma, o ile osądzić mogę, zupełnie opisów takich przypadków. Tem bardziej więc uważam za obowiązek streścić, jako przykład ostrej niesprawności serca, spostrzeżenie, pochodzące z mojego oddziału w Sarajewie. Nie będzie ono miało wprawdzie tego znaczenia, jakie mają opisy przypadków chorób u naszej ludności, ale w każdym razie bodaj w części wypełni brak w naszem piśmiennictwie klinicznem.

Ibro Nizić, lat 23, wyznania Mahometańskiego, syn kmiecia z Busježeva w Bośnii, przyjęty na oddział 8 listopada 1907.

Pochodzi z rodziny zdrowej; przed dwoma laty przebył jakąś dłuższą chorobę (prawdopodobnie dur brzuszny), której ani nazwać ani dokładnie opisać nie umie. Podaje tylko, że gorączkował, miał silny ból głowy i był bardzo osłabiony. Zresztą rzekomo nigdy nie chorował.

Przed tygodniem, czyli 1 listopada, pomagał przy wtłaczaniu na szyny wykolejonego wozu i pracował z wielkim wysiłkiem. Bezpośrednio po wsunięciu wozu poczuł przykry ból w okolicy serca, rozprzestrzeniający się na klatkę piersiową z przodu i z tyłu, doznał przykrej duszności, a wraz z tem wystąpiło tak znaczne osłabienie, że musiał się położyć, bo wprost nie mógł ustać na nogach. Od tej chwili leżał wprawdzie w łóżku, ale nie stale, od czasu do czasu wstawał i próbował chodzić. Po ruchach robiło mu się zawsze gorzej. Na trzeci dzień od początku choroby, po wstaniu i po kilku krokach, uczynionych w izbie, uczuł silny ból w krzyżach po stronie lewej, a wkrótce potem spostrzegł, że mocz jego jest krwawo zabarwiony. Stan ten utrzymuje się do tej chwili.

Badanie chorego, wykonane niedługo po przyjęciu, wykazało stan następujący:

Chory, bardzo osłabiony, nie może się o własnych siłach utrzymać na nogach; trudność sprawia mu nawet siedzenie na łóżku, w części dlatego, że nie ma sił po temu, w części zaś z powodu zwiększającej się duszności, bolu i uczucia niepokoju w okolicy serca oraz nieznośnego bicia serca.

Wzrost średni, budowa kośćca dobra, odżywienie również dobre, mięśnie silnie rozwinięte. Skóra sinawa. Wyraźną sinicę

---

[11]) Romberg: l. c.
[12]) Krehl l. c.

widać na końcach palców u rąk i nóg, oraz na wargach. Żyły skórne rozszerzone bardzo wyraźnie. Około kostek i na goleniach ślad obrzęku.

Klatka piersiowa dobrze zbudowana. Oddech przyspieszony i nasilony. Chory mówi cicho, powoli, z widocznym wysiłkiem, urywanemi słowami. Odgłos opukowy nad płucami jawny. Szmery oddechowe szorstkie, wszędzie sporo suchych rzężeń, w dole rzężenie wilgotne, nieżytowe. Plwocina skąpa nieżytowa z domieszką krwi w postaci dość licznych żyłek. Kaszel niezbyt częsty, krótki. Uderzenie serca rozlane, faliste. Uderzenie końca serca w VI. międzyżebrzu około 2 cm. na lewo od linii sutkowej, rozlane, słabe. Stłumienie serca rozpoczyna się na górnym brzegu IV żebra; ku stronie lewej wykracza około 2 cm. poza linię sutkową, ku stronie prawej sięga do linii mostkowej prawej. Tony serca bardzo głuche, I. ton nad komorą lewą ma już raczej cechy szmeru. Tętno przyspieszone, 130—140 uderzeń na minutę, — nierówne, tak co do wielkości, jak i co do kolejności pojedyńczych fal, przytem miękkie, fale tętna małe. Na obrazie sfigmograficznym (ryc. 1) widać dokładnie te szczegóły. Na uwagę i podniesienie zasługuje nadto słabe rozwinięcie tętnic, dostępnych badaniu. Szerokość tętnic i grubość ich ścian nie odpowiadają bynajmniej wiekowi chorego i budowie jego ciała. nie przyspieszony. Szmery oddechowe wszędzie pęcherzykowe, rzężeń nigdzie nie słychać. Uderzenie końca serca w linii sutkowej w V. międzyżebrzu. Stłumienie serca przekracza jeszcze cokolwiek ku stronie prawej lewą linię mostkową. Tony serca czyste. Tętno 86 w minucie, równe, miernie napięte. Wątroba niemacalna. Moczu z ostatniej doby 2100 cm³ c. wł. 1014, składników nieprawidłowych nie ma.

Pozornie mogłoby się po tym wyniku badania wydawać, że serce powróciło do dawnego stanu, przynajmniej mięsień komory lewej. Przeczy temu jednak obraz, jaki chory przedstawiał po zebraniu się i po kilku nieco szybszych ruchach, które polecono mu wykonać, ażeby ocenić wpływ ruchu na serce. Zaznaczył on się natychmiast zblednięciem skóry i nader znacznem przyspieszeniem tętna. Liczba jego dosięgła 150 uderzeń w minucie, tętno stało się miększem, nierównem, a na krzywej tętna (ryc. 2) uwydatnił się nader wyraźnie wpływ ruchów oddechowych, — szczegół, który na podstawie mojego doświadczenia byłbym



skłonny poczytywać za objaw osłabienia przedewszystkiem prawej połowy serca.

Brzuch nieco wzdęty, — chory od 2 dni nie miał wypróżnień. Wątroba pod łukiem macalna, nieco bolesna przy ucisku. Obszaru stłumienia wątroby nie można dokładnie oznaczyć wobec wypełnienia kiszek. Śledziona nie macalna. W jamie brzusznej płynu wolnego niema. Okolica lędźwiowa lewa przy ucisku bolesna. Ból powstaje także przy głębszem obmacywaniu nerki lewej od przodu. Mocz krwawo zabarwiony, o ć. wł. 1·025, zawiera sporo białka.

Wobec znacznego osłabienia serca wstrzyknięto pod skórę 3 cm³ rozczynu oliwnego kamfory. Do zażywania dostał digalen i kofeinę, na okolicę serca zalecono ochładzacz z wodą lodową.

Najważniejsze szczegóły z dalszego przebiegu były następujące:

9/11. W nocy spał chory bardzo niewiele, był jednak względnie dość spokojny. Ciepłota ciała prawidłowa. Wejrzenie ogólne lepsze, sinica mniejsza. Mocz w ilości 450 cm³ z 12 godzin zawiera, jak poprzednio, krew i białko. Ilość białka (Essbach) 2‰. W osadzie ciałka krwi, kryształy kw. moczowego i moczany. Obrzęk około kostek ustąpił. Wątroba niebolesna, okolica lędźwiowa mniej wrażliwa na ucisk. Uderzenie końca serca zbliżyło się znacznie do linii sutkowej. Stłumienie serca mniejsze, ale ku stronie prawej przekracza jeszcze linię środkową ciała. Tony głuche, nad komorą lewą nie słychać już jednak wczorajszego szmeru, tętno równiejsze, rzadsze, 100 uderzeń na minutę.

10/11 zapisano w historyi choroby: Stan chorego znacznie lepszy. Wątroba i okolica nerki lewej nie bolesne. Nieżyt oskrzelowy utrzymuje się w małym stopniu, kaszel bardzo lekki, plwocina śluzowa. Uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu w linii sutkowej. Stłumienie serca o tyle jeszcze większe od prawidłowego, że prawa granica sięga linii środkowej. Tony czyste, jeszcze słabe. Tętno 100 uderzeń na minutę. Mocz w ilości 2200 cm³, ć. wł. 1·015, krwi ani białka nie zawiera.

12/11 Chory czuje się podmiotowo zupełnie dobrze. Tętno 84, gdy leży; podnosi się jednak znacznie, bo do 112, w postawie siedzącej. Nawet po kilkakrotnem podniesieniu się w łóżku nie ma chory właściwej duszności, ale mimo to występuje przyspieszenie oddechów, a skóra blednie. Stan serca taki sam, jak wczoraj. Mocz w ilości 2250 cm³, o ć. wł. 1014, ma skład prawidłowy. Leczenie polega na dalszem stosowaniu ochładzacza na serce, digalen zastąpiono nalewką strofantusa.

14/11. Rodzina chorego pragnie go zabrać do domu i obstaje przy tem życzeniu mimo odradzania ze strony lekarzy. Stan chorego był w tym dniu następujący:

Zabarwienie skóry prawidłowe, oddech spokojny, zupełnie

Rozbierając krytycznie streszczone powyżej spostrzeżenie, należy się najpierw zastanowić nad pytaniem, czy istotnie jednorazowy wysiłek był tu przyczyną nagłego osłabienia serca, poprzednio zupełnie zdrowego. Sądzę, że odpowiedzieć na nie trzeba twierdząco. Przemawiają za tem wywiady, z których wynika, że chory poprzednio nie doznawał przypadłości ze strony serca, a dalej że w ciągu ostatnich dwóch lat nigdy nie zapadał na zdrowiu. Na korzyść tego zapatrywania przemawia także wynik przedmiotowego badania serca w ciągu obserwacyi szpitalnej, niedostarczający żadnych podstaw dla rozpoznawania jakiejkolwiek przewlekłej choroby wsierdzia, osierdzia lub samego mięśnia sercowego. Gdyby choroba taka istniała, nie byłoby serce wróciło w przeciągu niezbyt długiego czasu do względnej równowagi, a chory nie miałby był tego poczucia, że może powrócić do domu i że zniesie dobrze ten powrót.

Dlaczego jednak u naszego chorego nie mogło serce podołać tej samej pracy fizycznej, jakiej podołało u jego współtowarzyszów? Złożyć się na to mogło i prawdopodobnie złożyło więcej czynników. Za najważniejszy z nich poczytać niewątpliwie trzeba szczegół, podniesiony przy kreśleniu stanu chorego podczas pierwszego badania, t. j. niedokształcenie tętnic. Naczynia jego były tak wązkie, ściany ich tak cienkie, jak u kilkunastoletniego chłopca. Nie ulega chyba najmniejszej wątpliwości, że i serce miało taką samą wątłą budowę. Mieliśmy więc przed sobą człowieka z układem naczyniowym słabo rozwiniętym. Siła, jaką serce rozporządzało, wystarczała do zwykłej pracy wieśniaczej, ale była za mała do pracy większej.

Pewną rolę, może nawet największą, odegrał także brak przyzwyczajenia, nieumiejętność należytego, umiarkowanego zużytkowywania sił. W rachubę wziąść tu jednak

trzeba jeszcze jeden czynnik, dotychczas, o ile osądzić mogę, prawie zupełnie nieuwzględniony. Jest nim stosunek między siłą mięśni wogóle, a siłą serca. Tam, gdzie stosunek ten jest należyty, t. zn., gdzie mięśnie w porównaniu z sercem, — mamy naturalnie na myśli serce zdrowe, — nie są za silnie rozwinięte, nie może tak łatwo powstać znużenie i wyczerpanie serca, bo strzeże przed niem zjawiająca się niemoc mięśni ciała, znużonych pracą, a więc niezdolnych dalej pracować. W naszym przypadku były mięśnie istotnie dobrze rozwinięte, siła ich była znaczna, wytrzymałość aż nadto dostateczna. To też chory ufał tym mięśniom, a nie czując w nich zmęczenia, wysilił się ponad miarę wytrzymałości swojego serca. Niejakie znaczenie miał zapewne i nastrój psychiczny, ambicya, aby więcej dokazać, aniżeli inni, i pochwalić się większą siłą. Praca odbywała się przeto pod wpływem i wśród afektu, szczegół, o którym zawsze pamiętać należy, a na który z naciskiem wskazuje Krehl[13]), przypisując mu znaczny wpływ przy powstawaniu znużenia serca skutkiem pracy.

Ażeby wyczerpać wszystkie szczegóły, wskazać jeszcze trzeba na warunki samej pracy. Były one bezsprzecznie nader niekorzystne. Przy podważaniu wozu zapomocą drąga, zastępującego dźwignię, zajmować musi pracujący położenie zgięte, a przytem cierpi sprawa oddychania i krążenia płucnego. Tym ostatnim szczegółem wytłómaczyć można znaczne rozszerzenie komory prawej i osłabienie prawej połowy serca, utrzymujące się dłużej, aniżeli rozszerzenie komory lewej.

Stopień uszkodzenia mięśnia sercowego pod względem czynnościowym był w opisanym przypadku niewątpliwie bardzo znaczny. Wynika to nietylko ze stanu samego serca i dość długiego utrzymywania się jego niedomogi, ale także i z tego, że jako powikłanie powstał zawał krwawy w lewej nerce. Tylko w ten sposób można było wytłómaczyć nagłe pojawienie się bolu w lewej okolicy lędźwiowej, białkomocz i obecność znacznej ilości krwi w moczu. Rychłe ustąpienie tych objawów usprawiedliwiało najzupełniej rozpoznanie zawału. Źródłem jego były skrzepy w komorze lewej, które albo wprost w niej się wytworzyły, albo też, co prawdopodobniejsze, powstały w przedsionku, względnie w uszku lewem i z krwią spłynęły do komory. Świadczy to samo przez się o znacznem osłabieniu serca i słabem krążeniu w jamach sercowych.

Mimo ciężkości objawów był przebieg choroby pomyślny, — o tyle przynajmniej, że serce kurczyło się, objawy zastoju w krążeniu ustąpiły zupełnie, a chory po czternastu dniach w tym stopniu odzyskał siły, że mógł wyjść ze szpitala. Nie oznacza to jednak bynajmniej, ażeby sprawność serca była wtedy już zupełnie prawidłowa. Skutki znużenia znać jeszcze było wyraźnie i po rozszerzeniu, jakkolwiek nieznacznem, komory prawej i po owej chwiejności *(labilitas)* ruchów serca, która tak bardzo cechuje osłabienie mięśnia sercowego. Że utrzymywały się one jeszcze przez czas dłuższy poza szpitalem, zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, a tylko z pewnem prawdopodobieństwem można utrzymywać, że ustąpiły zupełnie. Przemawia zaś za tem prawdopodobieństwem najpierw młody wiek chorego, a dalej brak dawniejszych zmian w sercu, jak niemniej ta okoliczność, że znużenie serca pojawiło się po raz pierwszy. Osobiście byłbym skłonny przypuścić, że serce chorego istotnie powróciło do pierwotnego stanu. Gdyby było inaczej byłby chory niewątpliwie zwrócił się znowu o radę i pomoc do szpitala, w którym według własnego pojęcia i pojęcia swej rodziny odzyskał zdrowie.

Przebieg sprawy w przypadkach ostrego wyczerpania serca nie zawsze jednak bywa korzystny. Po nadmiernych wysiłkach, zwłaszcza powtarzanych, przydarzają się przypadki śmierci, nawet nagłej, gdzie zupełnie słusznie mówić można o ostrem porażeniu serca; albo też rozwija się przewlekła niedomoga, wiodąca ostatecznie w dłuższym lub krótszym przeciągu czasu do zejścia niepomyślnego.

Co stanowi istotę takiego osłabienia i jakie jego podstawy anatomiczne? Odpowiedzi zupełnie wyczerpującej, zadowalającej w każdym kierunku, nie możemy jeszcze niestety dać na to pytanie. Ale w każdym razie posiadamy pewne wskazówki, aby pokusić się o częściowe przynajmniej rozjaśnienie istoty niesprawności serca po wysiłkach fizycznych.

Nieodzownym warunkiem wydatniejszej pracy, względnie jej następstwem i to doraźnem, jest obfitszy i szybszy dopływ krwi do mięśni, a więc tem samem wydatniejsza praca serca. Gdybyśmy tę większą jego pracę rozczłonkować chcieli według przyczyn, które ją wzniecają, położylibyśmy część pewną na karb znacznej ilości krwi, wyrzucanej przy każdym skurczu i na pomnożenie liczby skurczów, część drugą na karb większych oporów w krążeniu, zależnych od znaczniejszego wypełnienia naczyń. Jak bardzo zwiększa się ilość krwi w pracujących mięśniach, dowodzą badania Ludwiga[14]), wykazujące, że ilość krwi przepływającej w przeciągu minuty przez mięsień spoczywający wynosi 15% jego wagi, przy miernej pracy 85%. Opory te wyrównują się wprawdzie w pewnej części przez to, że naczynia, skutkiem większego wytwarzania ciepła przez pracę i szybszych ruchów oddechowych, wiotczeją, a więc poddają się łatwiej działaniu siły tłoczącej serca, ale z drugiej strony to zwiotczenie, o ile jest bardzo znaczne, wpływa do pewnego stopnia niekorzystnie, bo przez nie pozostaje w naczyniach znaczniejsza ilość krwi, skutkiem czego przybywa znów nadwyżka dla pracy serca.

Wzmożona czynność mięśni pociąga jeszcze za sobą, jako bezpośrednie następstwo, energiczniejsze spalanie materyałów odżywczych, a więc i znaczniejsze wydzielanie wytworów spalenia, w pierwszym rzędzie bezwodnika kwasu węglowego. Potrzeba bardzo żywej wymiany gazów, przyspieszenia i pogłębienia oddechów, a wraz z tem obfitszy szybszy dopływ krwi do płuc jest więc naturalnym dalszym wynikiem pracy fizycznej. Tu leży nowe źródło dla wydatniejszego działania serca.

Ażeby wszystkim większym wymaganiom stało się zadość, muszą zajść w czynności serca odpowiednie zmiany, przez które w jamach jego w czasie każdej ewolucyi zmieści się większa ilość krwi, przyspieszy się rytm uderzeń i zwiększy siła każdego skurczu. Potrzeba na to rozszerzenia pojemności jam, większego naczulenia mięśnia i skró-

[13]) Krehl l. c.

[14]) Ludwig Cyt. według Mendelsohna. Deutsche med. Wochenschrift 1896 Nr. 18.

cenia okresu bezwrażliwości *(stadium refractionis)*, a wreszcie wzmożenia kurczliwości włókien mięsnych. Zadania te teoretycznie sformułowane i uzasadnione, godzą się najzupełniej z rzeczywistością. Przekonać się o tem bardzo łatwo przez porównanie czynności narządu krążenia w spoczynku i przy pracy, względnie bezpośrednio po pracy.

Rozszerzenie serca skutkiem pracy fizycznej stwierdzone zostało jako objaw przemijający dość już dawno przez Schotta, ostatecznie także zapomocą badania promieniami Roentgena. Moje [15]) własne spostrzeżenia, poczynione na całym szeregu młodych, zdrowych osób, dały ten sam wynik. O wznowieniu wrażliwości mięśnia sercowego na działanie samorodnych bodźców i o rychlejszem wzniecaniu rytmicznych podniet świadczy już samo przez się przyspieszenie ruchów serca. U niektórych osób wzrastać może wrażliwość do tego stopnia, że staje się wprost nadmierną, a niekiedy pojawiają się nawet skutkiem tego skurcze dodatkowe, mącące właściwy rytm ruchów serca i nadające mu cechy niemiarowości *(arythmia)* [17]). Jako dowód silniejszych energiczniejszych skurczów służy większe parcie krwi w tętnicach, powstające mimoto, że światło tętnic jest szersze, a w równej mierze także właściwości przebiegu krzywych tętna, na których wyczytać można wzmożoną siłę skurczów nie tylko z wysokości fal tętna, ale także ze stosunku między czasem trwania skurczu i rozkurczu [18]).

Wszystkie te szczegóły, uzyskane przez bezpośrednie spostrzeganie, usprawiedliwiają najzupełniej nasze poglądy o sprawności prawidłowego serca, albo, wyrażając się zupełnie jasno, o jego zdolności zastosowywania się do wymagań ustroju. Za Rosenbachem [19]) tłómaczymy ją sobie w ten sposób, że przyjmujemy istnienie t. zw. sił zapasowych. One to właśnie sprawiają, że mięsień sercowy może się przy większej pracy częściej i silniej kurczyć i rozkurczać. Skutkiem ich współdziałania zwiększa się i szybkość fal tętna i parcia krwi, jako wyraz silniejszego skurczu, a wielkość fal jako następstwo wydatniejszego rozkurczu — *hyperdiastole* Rosenbacha [20]).

Godząc się z zapatrywaniem, o ile mi się wydaje najzupełniej słusznem, że rozkurcz serca nie jest biernym tylko aktem, przyznać musimy tem samem, że stopień rozkurczu a więc i pojemność jam serca w tym okresie ewolucyi serca może się zmieniać czynnie zupełnie w ten sam sposób, w jaki się zmienia skurcz serca, a w dalszem logicznem następstwie uznać, że przy większej pracy powstaje czynne rozszerzenie serca [21]), również jako wyraz dostosowywania się, jako objaw działających wtedy sił zapasowych. Rozszerzenie to nie ma nic wspólnego z właściwem rozszerzeniem serca, rozwijającem się skutkiem osłabienia serca i trwa, w przeciwieństwie do niego, tylko tak długo, jak tego wymaga istotna potrzeba.

[15]) L. Korczyński. O sprawności serca i o jej ocenianiu. Przegl. lek. 1907.

[17]) Por. L. Korczyński: O skurczach dodatkowych serca. Przegl. lek. 1906.

[18]) L. Korczyński. Cyt. por. 16.

[19]) O. Rosenbach: Grundriss der Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten. Berlin 1899.

[20]) L. c.

[21]) Por. O. Rosenbach l. c. i Hans Herz: Ueber die active Dilatation des Herzens. Deutsche med. Wochschft 1900.

Przez systematycznie powtarzaną pracę fizyczną w granicach osobniczej wytrzymałości ustroju osiągnąć wszakże można, zwłaszcza u ludzi młodych, zdolnych do rozwijania swych sił, stałe powiększenie albo raczej znaczniejszy rozrost serca, — zupełnie zresztą tak samo, jak przez ćwiczenie osiąga się przybytek objętości i zwiększenie jędrności i siły mięśni kończyn i tułowia. W ostatnich już czasach wykazał takie zdrowe, fizyologiczne powiększanie się serca u żołnierzy i młodych robotników Schieffer [22]) zapomocą prześwietlania promieniami Roentgena i dostatecznie, zdaje się udowodnił to, co wydawało się nietylko zupełnie naturalnem z punktu widzenia fizyologii, ale za czem przemawiały także spostrzeżenia z codziennego życia. — Dla uniknięcia jakiegokolwiek nieporozumienia i tu także zaznaczyć trzeba, że powiększenie serca, o którem wspominamy, nie jest równoznaczne z roboczym przerostem serca. Powiększenie jest wyrazem rozwoju, oznacza przybytek sił, przerost roboczy jest raczej dążeniem wyrównawczem, zjawiskiem, wkraczającem już w dziedzinę patologii.

Siły zapasowe serca, osobniczo niewątpliwie różne, wyczerpują się tak samo, jak siła mięśni wogóle. O mięśniach mówimy, że się nużą. Fizyologia dała nam nawet poznać niektóre związki i ciała chemiczne złożone, które znużenie czyli osłabienie mięśni wywołują, a doświadczenia Mosso'a [23]) wykazały, że we krwi znużonych zwierząt znajdują się takie ciała i że po wstrzyknięciu ich krwi zwierzęciu zupełnie prawidłowemu wywołać można wybitne objawy znużenia.

Najważniejszym z tych objawów, spostrzeganych na mięśniu, jest stopniowe słabnięcie skurczów, powstających przez powtarzane drażnienie, a wreszcie brak ich zupełny, jako wyraz ostatecznego wyczerpania. Drugi ważny objaw stanowi zmiejszenie sprężystości. Mięsień znużony rozciąga się trudniej, a wyciągnięty nie powraca dość skoro do pierwotnego stanu.

Jeśli te dwie, najważniejsze dla nas w danej chwili właściwości spracowanych mięśni, odniesiemy do serca, to łatwo przyjdzie stworzyć sobie obraz następstw nadmiernej pracy. Znużony mięsień sercowy nie może podczas skurczu przezwyciężyć parcia krwi zupełnie dokładnie, z komór wypływa do tętnic tylko pewna jej część, reszta, mniej lub więcej znaczna ponad ilość prawidłową, zostaje. Następuje rozkurcz. Z żył spływa do serca krew nowa i wszystka zmieścić się nie może. Do zaległości w sercu przybywają teraz zaległości w żyłach głównych i w żyłach płucnych i tak zmienia się rozdzielenie krwi w ustroju, powstają nowe opory, a dla serca tworzą się coraz bardziej niekorzystne warunki. O ile w tym okresie, w samym zaczątku niesprawności serca, nie ustanie praca, mięsień sercowy nie zazna spoczynku, powstać muszą dalsze, poważniejsze zmiany. A powstać mogą tem rychlej, skoro przy ogólnem już nieprawidłowem krążeniu cierpi z konieczności także krążenie w naczyniach wieńcowych i to właśnie wtedy, kiedy mięsień sercowy potrzebowałby szybszego krążenia i obfitszego dowozu niezbędnych przy znaczniejszej pracy materyałów pożywczych. W tych to warunkach powstaje ostre bierne —

[22]) Schieffer: Einfluss des Militärdienstes und der Berufsarbeit auf die Herzgrösse. Deutsches Archiv. für klin. Med. T. XCII.

[23]) Cyt. według Landoisa: Lehrbuch der Physiologie des Menschen, wyd. XI 1905.

asteniczne — rozszerzenie serca. Z chwilą, kiedy ono powstało, zjawiają się wyraźne objawy wyczerpania i osłabienia ogólnego, tak już wielkiego, że wszelka praca ustać musi.

Naszkicowaliśmy w ten sposób rozwój niesprawności ostrej tak, jak ją pojmujemy i tłómaczymy powszechnie. Krehl[24]) idzie jeszcze nieco dalej za biegiem tej samej myśli i, oględnie wprawdzie, ale bądź co bądź wyraźnie i otwarcie wypowiada przypuszczenie, że serce, rozszerzone skutkiem wygórowanych oporów i wzmożonego nad wszelką miarę parcia, podlega innym jeszcze, anatomicznym zmianom, że w ugrupowaniu wzajemnem włókien, a nawet drobnych pęczków mięśniowych powstawać mogą wprost mechaniczne, w pojęciu fizyologicznem już grube zboczenia. Ciężkie następstwa znużenia, a nawet nagła śmierć skutkiem porażenia ruchu serca byłaby w takich razach nader łatwo zrozumiała.

Wywody Krehla są jednak na razie, co zresztą i on sam zaznacza, niczem więcej, jak tylko przypuszczeniem i pozostaną niem tak długo, dopóki przez ścisłe histologiczne badania, — nawiasowo mówiąc bardzo mozolne, — nie powiedzie się w przypadkach nagłej śmierci po nadmiernych wysiłkach fizycznych wykryć i ustalić zmiany w utkaniu mięśnia sercowego.

Na razie zadowolić się musimy tem tylko, czego nas uczy fizyologia o sprawności mięśni wogóle, o wyczerpaniu się ich siły i o potrzebie spoczynku, oraz tem, co wiemy z dawniejszych badań Harveya, Ludwiga, Mareya, Landoisa, Bowdischa i w. i., a z nowszych Engelmanna, jego uczniów i naśladowców, o mięśniu sercowym. Na podstawie tych wiadomości uważaćby należało niesprawność znużonego serca w pierwszym rzędzie za objaw zatrucia t. zw. wytworami znużenia, a w dalszym dopiero za następstwo zmian molekularnych, czy też wprost już anatomicznych w mięśniu sercowym. Dla ostatecznego rozstrzygnięcia sprawa ta nie jest jeszcze dostatecznie dojrzałą.

Nie o wiele lepiej ma się rzecz z pojmowaniem, w duchu anatomicznym, tych przypadków, w których, czy to po jednorazowym wysiłku, czy też po powtarzanych wielokrotnie, wytworzyła się przewlekła niesprawność, serca i wywołała śmierć wśród zwykłych objawów niedomogi mięśnia sercowego. Wynika to niedwuznacznie z prac, poświęconych zbadaniu tej sprawy.

Jednym z pierwszych, który zajął się dokładniej stroną anatomiczną badań w przypadkach znużenia serca i następowej niesprawności, był Bollinger[25]). Rozległe badania jego i jego uczniów nie wykryły nic cechującego. Do podobnych wyników doszedł także Leyden[26]) w pracy, opartej na czterech spostrzeżeniach, poddanych później badaniu pośmiertnemu.

Stałem zjawiskiem było w tych przypadkach rozszerzenie serca, zwykle znaczniejsze po stronie lewej, aniżeli po prawej, oraz kulisty kształt końca serca. Przerost miernego stopnia można było stwierdzić w jednym przypadku; w dwóch znaleziono ściany cieńsze, w jednym mniej więcej prawidłowej grubości. Prawie stale spotykano dawne skrzepy, t. zw. polipy sercowe, usadowione w najbliższem sąsiedztwie końca serca między beleczkami mięsnemi. W obecności ich upatruje Leyden dowodu na to, że serce kurczyło się słabo i niedokładnie. Między ilością i wielkością »polipów«, a stopniem rozszerzenia serca nie można było stwierdzić stałego stosunku. Tyle co do zmian, dostrzegalnych gołem okiem. Zmiany drobnowidowe nie były ani stałe, ani cechujące. Prawie stale spotykano zwyrodnienie tłuszczowe, rozsiane w małych ogniskach. W jednym przypadku nie stwierdzono żadnych zmian.

Streszczając wynik tych badań podnosi Leyden, że na ich podstawie nie można skreślić obrazu anatomicznego, któryby cechował zmiany w sercu osób, zmarłych śród objawów niesprawności serca, wywołanej przepracowaniem, a niesprawność poczytuje za następstwo nadmiernego rozciągnięcia serca.

Do tychsamych poglądów przyznaje się ogół badaczów, między nimi także i Krehl. Ale Krehla niezadowoliło przyjmowanie samego tylko rozciągnięcia (Ueberdehnung) mięśnia sercowego dla wytłómaczenia przewlekłej niesprawności serca po »przepracowaniu«. Sięgając do patologii tego narządu wogóle wypowiada zdanie, że w następstwie owego rozciągnięcia powstawać muszą dalsze zmiany anatomiczne bądź w samych włóknach mięsnych, bądź w tkance podścieliskowej i że dopiero istnienie tych zmian tłómaczy dostatecznie przebieg choroby i ostateczne niepomyślne zejście. Wywody jego są niewątpliwie bardzo logiczne, ale nie można ich poczytywać za rozstrzygające chociażby już z tego powodu, że w takich przewlekłych przypadkach, jak słusznie podnosi Rieder[27]), nigdy nie mamy bezwzględnej pewności, czy zmiany, wykryte przy badaniu pośmiertnem, nie istniały już dawniej i czy one właśnie nie były jedną z tych pośrednich przyczyn, które sprowadziły niesprawność po wysiłku fizycznym.

Serodyagnostyka kiły zapomocą odczynu Wassermanna.

Podali

Dr A. Modrzewski i Dr J. Reize.

(Dokończenie).

Podobnych przypadków można wiele przytoczyć z piśmiennictwa.

Łatwo teraz zrozumieć, jak poważną rolę może odegrać odczyn Wassermanna i dla określenia stopnia rozszerzenia się przymiotu w rodzinie, gdzie rodzice lub ktokolwiek z domowników chory jest na przymiot i mógł zarazić otoczenie.

U kobiet ciężarnych, podejrzanych o przymiot, jedynie tylko odczyn Wassermanna może wykazać obecność tej choroby i umożliwić uratowanie dziecka odpowiedniem i na czas zastosowanem leczeniem matki.

Przy wczesnym przymiocie dziedzicznym wyniki odczynu Wassermanna są, jak już wspomniano, niewyraźne, a zatem trudno z nich wysnuwać wnioski i wyciągnąć korzyści dla medycyny praktycznej. Przy późnym zaś

24) Krehl: l. c.
25) Bollinger: l. c.
26) Leyden: l. c.
27) Rieder l. c.

przymiocie dziedzicznym, osobliwie w tych przypadkach, gdzie tenże w dzieciństwie przeszedł bez zewnętrznych oznak, odczyn Wassermanna może przynieść dużo korzyści.

Przypomnijmy choćby taki przypadek Hoffmanna i Blumenthala:

U 16-letniej dziewczyny z Hutschinsonowskimi zębami istniało schorzenie stawów, oczu i uszu niewiadomego pochodzenia; odczyn Wassermanna dał dodatni wynik i określił temsamem kiłowy charakter tych zaburzeń, a energiczne, rtęciowo-iodowe leczenie przyniosło chorej istotną ulgę.

Citron i Bab gorąco zalecają stosować odczyn Wassermanna przy najmowaniu służby, a szczególnie mamek, jak również przy przyjmowaniu prostytutek do domów nierządu. Naturalnie i tutaj przedewszystkiem trzeba starannie zbadać klinicznie, a jeśli takie badanie, naprzykład mamki, nic nie wykaże, a odczyn Wassermanna da wyraźny wynik dodatni, to lekarzowi nie będzie wolno polecać jej na tak odpowiedzialne stanowisko,

Przy zawieraniu związków małżeńskich przez ludzi. którzy przebyli kiłę, można o tyle posługiwać się odczynem Wassermanna, że przy nieobecności jakichkolwiek objawów przymiotu, a przy dodatnim wyniku odczynu, lekarz ma prawo przypuszczać istnienie ukrytych zmian kiłowych, które jednak mogą się dopiero później ujawnić. W takich razach przeprowadzenie energicznej kuracyi może uprzedzić wybuch groźniejszych objawów, i dlatego lekarz, na podstawie dodatniego wyniku odczynu, powinien przepisać odpowiedni sposób leczenia, temwięcej, że tą drogą może zapobiedz udzieleniu zarazka drugiej stronie.

Dla dopełnienia poglądu na odczyn Wassermanna należy dodać, że niektórzy badacze chcą na podstawie tego odczynu sądzić o jadowitości zarazka w każdym oddzielnym przypadku i w każdym okresie przymiotu.

Wychodzą oni z tego punktu widzenia, o którym wspomina już Citron w pierwszem swojem prawie (p. w.), a mianowicie, że bardzo często gwałtownym i ostrym objawom przymiotu odpowiada bardzo wyraźne hamowanie hemolizy, gdy tymczasem przy lekkich nawrotach hamowanie to jest znacznie mniej wyraźne.

Okoliczność tę zauważyliśmy również przy naszych badaniach i być może, że z czasem to spostrzeżenie doprowadzi do poważnych wniosków, ale dopóki odczyn Wassermanna jeszcze nie przeszedł z jakościowego na ilościowe określenie, zawcześnie temu spostrzeżeniu nadawać większe znaczenie.

Streszczając, cośmy poprzednio powiedzieli, widzimy, że w znacznej większości przypadków przymiotu surowica krwi chorego daje przy badaniu według sposobu Wassermanna wyraźne hamowanie hemolizy i taki dodatni wynik odczynu Wasermanna można uważać za zupełnie dowodzący obecności przymiotu. Zawsze jednak tam, gdzie objawy choroby są wyraźne i udaje się znaleźć krętki blade, te dwie okoliczności trzeba przy rozpoznaniu przymiotu stawiać wyżej, niż odczyn Wassermanna, chociaż codzienne spostrzeżenia dowodzą, że odczyn ten nigdy nie stoi w sprzeczności z wynikami badania klinicznego i poszukiwań krętka bladego. Ale w przypadkach przymiotu utajonego i przytem okresu późniejszego, jak również w takich, gdzie objawy kliniczne są niejasne, a poszukiwanie krętka bladego i wywiady dają wynik ujemny, to jest właśnie w takich przypadkach, gdzie lekarz jest bezradny, a od prawidłowego rozpoznania często zależy życie chorego, jedynym obecnie sposobem rozpoznawczym jest serodyagnostyka Wassermanna i dodatni wynik jej wyjaśnia zupełnie istotny charakter choroby.

Na tem polega główna i niezaprzeczona wartość odczynu Wassermanna i z tego względu zasługuje on na to, aby stać się przedmiotem uwagi naszej obecnie, a dalszych studyów w przyszłości.

Piśmiennictwo.

1) F. Plat: Ueber den gegenwärtigen Stand des serologischen Luesnachweises bei den syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr 30. — 2) Wassermann und Meier: Zur klinischen Verwertung der Serumdiagnostik bei Lues. Deutsch. med. Wochenschrift. 1907. Nr 32. — 3) I. Bauer: Zur Methodik des serologischen Luesnachweises. D. m. W. 1908. Nr 16. — 4) Wechselmann und Georg Meier: Wassermannsche Reaktion in einem Falle von Lepra. D. m. W. 1908. Nr 31. — 5) Fr. Ballner u. A. von De Castello: Ueber die klinische Verwertbarkeit der Komplementbindungsreaktion für die Serodiagnostik der Syphilis. D. m. W. 1908. Nr 45. — 6) Carl Bruck: Ueber die klinische Verwestbarkeit der Komplementbindungsreaktion für die Serodiagnostik der Syphilis. D. m. W. 1908. Nr 50. — 7) E. Hoffmann-Blumenthal: Die Serodiagnostik der Syphilis und ihre Verwertbarkeit in der Praxis. Dermat. Zeitschrift. 1908. Heft I. — 8) P. Fleischmann: Die Theorie, Praxis und Resultate der Serumdiagnostik der Syphilis. Dermat. Zentralblatt. 1908. Nr 8, 9. — 9) E. Fränkel u. H. Much: Ueber die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis. Münch. m. Woch. 1908. Nr 12. — 10) Taege: Die Technik der Wassermann-Neisser-Bruckschen Serodiagnostik der Syphilis. Münch. med. Woch. 1908. Nr 33. — 11) I. Bauer: La Sem. méd. 1908. Nr 36. — 12) K. Bruck und M. Stern: Die Wassermann Neisser-Bruck-sche Reaktion bei Syphilis. D. m. W. 1908. Nr 11. 12. — 13) R. Ledermann: Ueber den praktischen Wert der Serodiagnostik bei Syphilis, D. m. W. 1908. Nr 41. — 14) Nobl und Arzt: Zur Serodiagnostik der Syphilis. Wien 1908. — 15) G. Blume: Ueber die Methoden und die bisherigen Ergebnisse der Komplementbindung. Zentralbl. für Bakter. etc. Referate. Bd. XL. Nr 19. 20. 21. — 16) L. Karwacki: Wiązanie aleksyny (komplementu) jako metoda dyagnostyczna. Gaz. lek. 1909. Nr 1. 2. — 17) Prof. Rille: Die Wassermannsche Seroreaktion bei Lues und anderen Infektionskrankheiten. Münch. med. Woch. 1909 Nr 2. — 18) M. Baetzner: Die Bedeutung der Wassermannschen Serumreaktion für die Differential-Diagnose der chirurgischen Syphilis. M. m. W. 1909. Nr 7. — 19) M. Weidanz: Technique de la réaction de Wassermann. Ref. Semaine med. 1908. Nr 50. — 20) Die klinische Verwertung der Wassermannschen Reaktion Ver. f. inner. Med. z. Berlin. Sitz. v. 18/I. 09. M. m. W. 1909. Nr 4. — 21) Georg Russowitsch: Die klinische Bedeutung der Wassermannschen Seroreaktion auf Syphilis. Ref. D. m. W. 1908. Nr 52. — 22) Kappelhoff: Klausners Serumreaktion, ref. D. m. W. 1908. Nr 52. — 23) Sitzungen des dermat. Kongr. zu Frankf. a/M. Ref. n. Zentr. f. Dermat. 1908. — 24) Blaschko und Citron: Zur Serodiagnostik der Syphilis. Sitzungen der Berlin. med. Gesell. v. 19/II., 4/III., 11/III. 1908. Ref. D. m. W. 1908. Nr 11. 12. 13. — 25) Weil: Ueber den Luesantikörpernachweis im Blute v. Luetiker. Ref. Zentr. f. Derm. 1907. — 26) L. Wernic: Technika metody Wassermanna w syfilisie i próba precypitacyjna ze zniszczeniem aleksyn i glykocholanem sodu. Gaz. lek. 1909. Nr 5. — 27) А. Нейссеръ: Экспериментальный сифилисъ. испев. съ нѣм. 1907. — 28) Плетневъ и Цитронъ. Серодiагностика сифилиса. Мед. Обозр. 1908. Nr 2. — 29) Шатиловъ и Изаболинскiй: Изслѣдованiе относитѣльно реакцiи Вассерманъ-Нейссеръ-Брукъ при сифилисѣ. Врач. Газ. 1908. Nr 51. — 30) Проф. И. Зеленевъ: Отрицательныя стороны реакцiи Вассермана. Русск. Журн. кожн. и венер. бол. 1908. Nr 11. — 31) М. А. Члеповъ: О сывороточномъ распознаванiи сифилиса. Русскiй врачъ. 1908. стр. 253, 297, 407, 480. — 32) Маслаковецъ П. П. и Либерманъ Я. Ю: Теорiя и техника реакцiи Вассерманна и ея значенiе для распознаванiя сифилиса. Русскiй врачъ. 1908. стр. 502.

Oceny i sprawozdania.

Köhler-Lenzmann: **Wpływ leczniczy tuberkuliny i pokrewnych środków na gruźlicę wewnętrzną i zewnętrzną** (*Beitr. z. med. Klinik.* Rocznik V. zesz. II.).

W obszernej pracy omawiają sprawę tę Köhler ze stanowiska medycyny wewnętrznej, Lenzmann ze stanowiska chirurgii. Ocena skuteczności działania surowicy na gruźlicę wewnętrzną jest bardzo trudna, albowiem przebieg gruźlicy bywa bardzo różny i nieobliczalny. Jako przeciwwskazania do leczenia tuberkuliną i podobnymi przetworami podaje Möller stan gorączkowy, ogólne wyniszczenie, wady serca, skłonność do krwotoków i padaczki. Inni stosują właśnie przy krwotokach to leczenie. K. należy do zwolenników Möllera. Na podstawie swego doświadczenia nie może K. przyznać, by tuberkuliny były środkiem bardzo skutecznym. Nowa i stara tuberkulina Kocha działa dość korzystnie jedynie w lekkich przypadkach gruźlicy płuc, przebiegających nie ostro i bez gorączki. Przy sprawach rozpadowych leczenie tuberkulinami uważa K. za bezcelowe. Podawanie tuberkuliny przez usta uważa K. także za bezcelowe, podobnież przez odbytnicę; może wstrzykiwanie śródżylne okaże się najracyonalniejszem. Co do surowicy Maragliano, podanej celem leczenia gruźlicy zapomocą uodporniania biernego, w Niemczech brak jeszcze doświadczeń. Inne surowice podali: Beraneck, Calmette, Spengler i t. p. Odmianami tuberkuliny są tuberkulocydyna, antyftyzyna, selenina i t. d. W drugiej części pracy omawia Lenzmann leczenie gruźlicy zewnętrznej. Dążeniem naszem przy leczeniu surowicami jest, albo pomagać ustrojowi w walce z chorobą przez wprowadzanie gotowych antytoksyn, albo też przez wprowadzanie pewnych środków pomagać ustrojowi w wytwarzaniu antytoksyn. Pierwsze zadanie spełniać ma surowica Marmorka, natomiast do samodzielnej czynności ma ustrój pobudzać tuberkulina stara Kocha i jej pokrewne. W gruźlicy chirurgicznej w ostatnich czasach znalazła zastosowanie główne antytoksyczna surowica Marmorka. Wprawdzie nie brak doniesień o korzystnem działaniu leczenia gruźlicy chirurgicznej, z drugiej strony jednak nie bardzo budzi zaufanie fakt, że surowicę tę zalecają stosować miesiącami i w ogólnych bardzo dużych ilościach. Leczenie surowicą nie wyłącza wcale leczenia chirurgicznego, dopomaga mu tylko. Co do drogi podawania surowicy, to Lenzmann podziela zdanie Köhlera. Surowicę Maragliana poleca Ghedini wstrzykiwać wprost do stawów, jądra i t. p. Co do tuberkulin, to korzystne wyniki spostrzegano przy gruźliczem zajęciu otrzewnej, narządu moczowopłciowego, przyczem jednak nigdy o zabiegu chirurgicznym zapominać nie należy. Stara tuberkulina Kocha może mieć zastosowanie w chirurgii jedynie przy gruźlicy otwartej (ze względu na działanie odczynowe), a nie zamkniętej, zwłaszcza przy gruźliczych gruczołach należy jej unikać, spostrzegano bowiem po zastosowaniu tej tuberkuliny przebicie się ognisk z gruczołów do naczyń krwionośnych. Starą tuberkulinę Kocha stosować należy w bardzo małych początkowych dawkach (0·01—0·1 mg.). *K.*

Prof. Reichel: **Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen.** (Wiesbaden 1909, nakł. Bergmanna, stron 557 z 67 rycinami. Cena 14 kor. 40 hal.).

Pewnym podręcznikom już sam trafny wybór tematu zapewnia powodzenie, wypełniają one bowiem lukę, którą na każdym kroku się odczuwało. Taką lukę wypełnia właśnie książka Reichella. W przedmowie powiada autor: »Młodym asystentom klinik i szpitali, a jeszcze częściej lekarzom, mieszkającym daleko od wielkich miast, wydarza się często, że choć sami nie są chirurgami, to jednak nieraz obejmować muszą w leczenie następowe chorych, operowanych przez chirurgów. Wykłady chirurgii na uniwersytecie obejmują głównie przedstawianie chorych i operacyi, a leczenie następowe operowanych uchodzi uwagi słuchaczów i bywa lekceważone. Najczęściej słuchacz widzi operowanego potem już tylko przy wyjściu ze szpitala. Nie dziw też, że wielu sądzi, iż gojenie się ran po operacyi powinno zawsze przebiegać gładko i często dopiero w praktyce nagle trafia na różne »nadzwyczajne« powikłania u operowanych. Wizyty na salach chorych studenci sobie lekceważą, twierdząc, że słyszą na nich zwykle powtórzenie wykładu«. Podręcznik Reichla ma też na celu stać się poradnikiem dla lekarza praktycznego, zwrócić mu uwagę na możliwe powikłania i następstwa operacyi i pouczać o zapobieganiu tym powikłaniom. Cel wytknięty osiągnął Reichel w zupełności. Stylem jasnym, przystępnym, nie zanadto przeładowanym dodatkami teoretycznymi, kreśli najważniejsze punkta wytyczne. Zaczynając od ułożenia chorego do łóżka po operacyi, przechodzi kolejno całe leczenie pooperacyjne, uwzględniając wszystkie możliwe powikłania. Nadto znajdzie czytelnik w dziełku Reichla cenne uwagi w sprawie oceny niezdolności do pracy w przypadkach uszkodzeń, sposoby sporządzania prostymi środkami różnych przyrządów i protez, przepisy dyetetyczne i t. p.

Książka dzieli się na część ogólną i szczegółową. W ogólnej omawia R. leczenie pooperacyjne ran czystych i zakażonych, zatrucia, powikłania przyranne i ogólne po operacyach, a wreszcie leczenie poprawiające w razie niekorzystnego wyniku zgojenia się. W części szczegółowej przechodzi R. kolejno operacye na wszystkich częściach ciała, przyczem prócz ustępów czysto chirurgicznych znajdują się i rozdziały, traktujące o cierpieniach ucha, gardła, o chorobach kobiecych, moczowych i t. p.

A. Klęsk.

Dr Juliusz Franzos: **Praktyczny podręcznik do rozbioru moczu dla użytku aptekarzy, farmaceutów i medyków, jakoteż lekarzy.** (Lwów, nakł. Gal. Tow. Aptekarskiego).

W zwięzłej formie, bo na 53 stronicach, mieści się przebieg chemicznego i mikroskopowego rozbioru moczu. Główną zaletą tego podręcznika jest jasność i przejrzystość treści i jej wielka przystępność nawet dla zupełnie początkującego. Autor wyszedł z tego założenia, że w tego rodzaju podręczniku nie powinno się podawać wszystkich znanych metod badania, lecz że zadaniem autora (a nie czytelnika) jest wybrać metody wypróbowane i pewne, a przytem najprostsze tak, by przeprowadzenie ich było możliwe na stoliku lekarskim lub w pracowni aptecznej. W podręczniku swoim uwzględnił też autor rozmieszczone luźne komunikaty z rozmaitych czasopism fachowych, odnoszące się do ilościowego oznaczenia chlorków i kwasu moczowego, dalej metody oznaczenia acetonu, żółci i indykanu.

Tekst zaopatrzony jest 29 trafnie dobranemi rycinami.

Dr B.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Cramer: **Brak działania na świadomość przy niezwykle wielkich dawkach środka usypiającego.** (*Med. Klinik* 1909 Nr 13). C. zwraca uwagę, że są osoby, posiadające dziwną niejako odporność co do utraty świadomości przy usypianiu. O ile n. p. według Müllera wystarcza zwykle 5—7 gm. chloroformu do wywołania u dorosłego człowieka okresu tolerancyi, a zapomocą 30—50 grm. uzyskuje się już głębokie, trwające do godziny i dłużej uśpienie, to wydarza się czasem, że niektórych osób poprostu zupełnie uśpić nie można, choćbyśmy bardzo wielkie ilości środka usypiającego stosowali. Na szczęście u osób takich, mimo zachowanej świadomości, znika ból, tak, że niewielkie i krótkie zabiegi można u nich wykonywać. Tak n. p. spostrzegał C. chorą, u której miano zamiar wyrwać 17 zębów. W tym celu przystąpił C. do uśpienia. Z początku zaczął uśpienie mieszanką Witzla (chloroform, eter i chloretyl). Zużył przytem 80 grm., a gdy chora wcale nie zasypiała, przeszedł do chloroformu (50 grm.), a wreszcie do eteru (40 grm.). Mimo to chora cały czas rozmawiała, rozpoznawała podawane środki i twierdziła, że nie zaśnie. Wobec tego, za zgodą chorej, przystąpiono do wyjęcia zębów. Chora dokładnie zdawała sobie sprawę ze wszystkiego, jak wkładania kleszczy i t. p., bolu zupełnie jednak nie czuła. Po ukończeniu zabiegu wstała zaraz ze stołu i pojechała do domu. Odruchy, z wyjątkiem rogówkowego i źrenicznego, były przez ten czas zniesione. *K.*

Lerat: **O nowym sposobie wyjaławiania katgutu (tyndalizacya w waselinie).** (*Zentbl. f. Chir.* 1909 Nr 9). Do wyjałowionych probówek wkłada się nitki katgutu i napełnia je potem bezwodną waseliną (najlepiej w. Chesebrough), wyjałowioną przez godzinę przy 200—250°. Przez godzinę gotuje się rurki w rozczynie soli, sody lub boraksu i to przez 3 dni. Katgut, w ten sposób sporządzony, ma być zupełnie jałowy. Wadą jego jest może to, że jest tłusty, co jednak przy operowaniu w rękawiczkach nie wchodzi w rachubę. *K.*

Pullmann: **Krwawiączka a uraz.** (*Mediz. Klinik* 1909 Nr 13). W dziale ubezpieczeń od wypadków za mało zwraca się uwagi na krwawiączkę, a przecież cierpienie to utrudniać może bardzo nasze orzeczenia, czego dowodzi następujące spostrzeżenie. Pewien robotnik wśród pracy uderzony został z całej

siły ciężką beczką w bok lewy, przyczem poczuł tamże ogromny ból. Zawezwany lekarz polecił uszkodzonemu położyć się do łóżka. Przez tydzień stan chorego był wcale dobry i dopiero 8-go dnia zjawił się silny krwotok z moczem. Ponieważ okolica lewej nerki była ciągle bolesna, rozpoznał lekarz jej pęknięcie i odesłał chorego do szpitala. Tutaj stan chorego zaczął się poprawiać, krwawienie ustąpiło, wobec czego wstrzymano się od zabiegu na nerce. W kilka dni zjawiło się uporczywe krwawienie z nosa, które z trudem zatamowano tamponadą Bellocqua. Przy wstrzykiwaniach morfiny występowały w miejscach wbicia igły sińce. Mniej więcej w 4 tygodnie po urazie nagły zapad i śmierć. Sekcya wykazała nerki anatomicznie zupełnie prawidłowe, tylko w obu miedniczkach wiotkie skrzepy krwi. Wobec tych danych P. wyłączył wpływ urazu, albowiem obraz w obu nerkach był jednaki, krwawienie wystąpiło dopiero w 8 dni po urazie. Natomiast chodziło tu o typowy obraz krwawiączki i krwawienie nerkowe na tem tle. *K.*

Groedel: **Perystoliczna czynność żołądka w obrazie rentgenowskim.** (*Münch. med. Wochs.* 1909 Nr 11). Niedawno ogłosił Braeuning (spraw. »Przegl.lek.« Nr 12) na podstawie rentgenoskopii swe poglądy na trawienne rozszerzanie się żołądka. G. twierdzi, że zdanie B. jest zupełnie odosobnione. Przedewszystkiem na obrazie rentgenowskim nie daje się stwierdzić tej wybitnej różnicy, jaką podaje B., między dostawaniem się do żołądka pokarmów stałych i płynnych. Zwykle obraz przy badaniu jest typowy. W żołądku pustym u góry widać bańkę powietrza, kęs wpukla ją ku dołowi i w tem położeniu pozostaje parę sekund, a potem dość nagle (nieraz przy wdechu) przechodzi łukiem ku linii środkowej na prawo i ku dołowi. Następne kęsy wędrują tak samo, lecz znacznie krócej. Widać z tego, że pokarmy mając dostać się do dna żołądka, muszą pokonać pewien opór. Przy niedowładzie mięśniowym oporu tego zaś brakuje, podobnie po przecięciu nerwu błędnego w uśpieniu i t. p. (Kelling, Braun). Pokarmy układają się następnie w żołądku warstwowo, przyczem żołądek nie powiększa się na wysokość, lecz na szerokość, a ściany mają ciągle dążność do współśrodkowego obciągania się koło pokarmów, co Stiller nazwał: perystoliczną czynnością żołądka. Przy opróżnianiu się czynność perystoliczna odbywa się znowu w porządku odwrotnym. Żołądek zwęża się i bańka powietrza znika. W żołądku niedowładnym brak tej czynności perystolicznej, żołądek rozszerza się za bardzo i powoli się kurczy, przyczem pokarmy umieszczają się głównie w częściach dolnych, wskutek czego górna część żołądka jest pusta. *K.*

Braun i Boruttau: **Doświadczalno-krytyczne badania nad śmiercią wskutek niedrożności jelit.** (*Deut. Zeitschr. f. Chir.* T. 96. Z. 4—6). Z badań swych dochodzą autorzy do wniosku, że przyczyną śmierci przy niedrożności jelit nie jest samozatrucie ustroju, albowiem treść jelit nie jest wtedy więcej trująca, niż zwykle, ani też przepuszczalność jelit nie jest wtedy większa. Natomiast badania szczegółowe wykazują, że ciśnienie krwi przy niedrożności jelit zachowuje się podobnie jak u zwierząt, którym często upuszcza się krew. Podrażnienie jelit wiedzie do większego wydzielania z gruczołów i wywołuje silny zastój w jamie brzusznej, pociągający znów za sobą niedokrwienie mózgu i z tego powodu nieraz przy niedrożności jelit występuje śmierć nagle, n. p. po pompowaniu żołądka, wysiłkach, lekkich nawet zabiegach i t. p. *K.*

Grundzach: **Przypadek niedrożności kiszek spowodowanej uwięźnięciem kamienia żółciowego.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1909 Nr 9). U 47-letniego chorego, cierpiącego już od pewnego czasu na objawy wątrobne, zjawiła się nagle niedrożność jelit. Ponieważ stan ogólny zresztą był zupełnie dobry, odkładano operacyę, lecząc objawowo. 11. dnia choroby po lewatywie obfity stolec, a 12. odejście kamienia żółciowego, wielkości korka butelki od wina, ważącego 20 gramów. Kamień składał się przeważnie z cholestearyny i w niewielkiej ilości zawierał także bilirubinę i wapno. G. przypuszcza, że chory przeszedł ropne zapalenie pęcherzyka, w następstwie którego zrósł się pęcherzyk żółciowy z jelitem, poczem nastąpiło przeżarcie ściany i dostanie się kamienia do kiszki. Rzeczywiście dowiedziano się, że przed 9 miesiącami chory cierpiał na wątrobę i gorączkował 3 tygodnie. Podobny przypadek spostrzega G. w swej praktyce po raz drugi. *A.*

Fink: **Uwięźnięcie przepukliny, naśladowane przez zapalenie wyrostka robaczkowego i kamicę żółciową.** (*Prag. med. Woch.* 1908 Nr 46). F. przytacza dwa przypadki, które naśladowały uwięźnięcie przepukliny. W jednym dostał się do przepukliny, jako do najniższego punktu, kamień żółciowy, wywołując przez to obrzęk i nieodprowadzalność przepukliny, a w drugim przy zapaleniu wyrostka robaczkowego nastąpiło przebicie się ropnia do pustego worka przepuklinowego pachwinowego. Ropa rozszerzyła worek, szyjka worka zamknęła się i cała sprawa sprawiała zewnętrznie wrażenie uwięźniętej przepukliny. Z przypadków tych widać, jak należy nieraz zachować ostrożność co do odprowadzania. Z pewnością, gdyby w drugim przypadku kanał był się nie zamknął, próby odprowadzenia mogłyby pociągnąć za sobą fatalne skutki. *K.*

Clairmont: **Pozorne uwięźnięcie przepuklin.** (*Arch. f. kl. Chir.* T. 88. III.). U chorego na przepuklinę wystąpić może niedrożność jelit nieraz także z innego powodu. Jasną jest rzeczą, że przytem pętla, leżąca w worku, napełnia się, a nawet przepuklina staje się bolesną i nieodprowadzalną. Zawezwany lekarz rozpozna oczywiście uwięźnięcie przepukliny. Przystępuje się do operacyi i nieraz odprowadza się przepuklinę, a niedrożność oczywiście pozostaje nadal. Uchronić się od tej pomyłki można przez skrupulatne badanie stosunków. Bolesność i napięcie w przepuklinie w podobnych przypadkach nie bywają zwykle wielkie, przy operacyi nie znajdujemy właściwego miejsca zaciśnięcia, rozdęta jest wtedy nietylko pętla doprowadzająca ale i odprowadzająca, zmiany w krążeniu i naczyniach są większe w pętlach leżących w jamie brzusznej. Jeżeli po operacyi zwykłej przepukliny uwięźniętej niedrożność trwa dłużej niż 24 godzin, należy przypuszczać przeszkodę powyżej przepukliny. Przypadków podobnych zebrał C. z piśmiennictwa 95, do czego dodaje 10 własnych spostrzeżeń. Rokowanie w podobnych przypadkach jest niekorzystne (śmiertelność 70%), albowiem z powodu tej omyłki przystępujemy do właściwej operacyi zwykle już bardzo późno. *K.*

Franke: **W sprawie bakteryologii ostrego i przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego ze szczególnem uwzględnieniem wysięku otrzewnego.** (*Deut. Zeitschr. f. Chir.* T. 96. Z. 4—6). Z badań nad bakteryologią zapalenia wyrostka robaczkowego, wykonanych w klinice chirurgicznej w Rostocku, dochodzi F. do wniosku, że objawy kliniczne stoją w związku z rodzajem zakażenia. Najczęstsze zakażenia spotyka się prątkiem okrężnicy. Ostre ropienia, zwłaszcza paciorkowcowe, przebiegają bardzo groźnie, podobnie i zapalenia otrzewnej i spotyka się je głównie u osób młodych. Natomiast nawet zakażenia otrzewnej prątkiem okrężnicy przebiegają zwykle znacznie łagodniej i wobec tego można rokować przy nich znacznie lepiej. *K.*

Siegel: **Przypadek urazowej zgorzeli pęcherzyka żółciowego.** (*Münch. med. Woch.* 1909 Nr 7). Przypadki urazowego pęknięcia lub zgorzeli dróg żółciowych nie są wcale częste. W przypadku S. pewien cyklista upadł z roweru na stos kamieni, przyczem uderzył się z całej siły prawym bokiem o rączkę roweru. Mimo bolu szedł dalej pół godziny piechotą do blizkiego miasta, gdzie lekarz opatrzył go, a następnie odesłał koleją do domu. Zawezwany lekarz domowy rozpoznał złamanie kilku żeber po stronie prawej i krwotok do prawej jamy opłucnej. Przez 8 dni miał się chory dość dobrze, poczem wystąpiły kolki, a w 14 dni po wypadku objawy zapalenia otrzewnej. Operacya, wykonana 15. dnia, wykazała obrośnięcie pęcherzyka żółciowego siecią. Po usunięciu zrostów, stwierdzono na dnie pęcherzyka pęknięcie, zatkane siecią, na dolnej powierzchni liczne do 4 cm długie pęknięcia i zgorzel. Wycięcie pęcherzyka, tamponada, wyzdrowienie. *K.*

Bircher: **Operacya Talmy.** (*Med. Klinik* 1909 Nr 13). Operacyę Talmy wykonują obecnie: 1) przy zwężeniach żyły wrotnej, 2) przy schorzeniach rozgałęzień jej w wątrobie, 3) przy marskości wątroby i to tak zanikowej, jak i przerostowej z żółtaczką i postaciach mieszanych, 4) przy marskości sercowej i tak zwanej marskości rzekomej Picka, 5) przy chorobie Bantiego (III okres). Przy chorobie Bantiego dołączają jeszcze wycięcie śledziony. Właściwem jednak wskazaniem i najwdzięczniejszem polem dla operacyi Talmy są skutki marskości wątroby, a więc wysięk, obrzęk śledziony i krwawienia z przewodu pokarmowego, między innemi i wymioty krwawe, biorące początek z pękania rozszerzonych żył przełyku wskutek zastoju w żyle wrotnej. Przeciwwskazaniami do operacyi są: wszelkie zaburzenia ze strony wątroby (urobilinurya, stolce bezżółciowe, żółtaczka), powikłania sercowe i nerkowe. Do operacyi przystępować należy jak najwcześniej, według Talmy koniecznie, skoro wystąpią krwotoki jelitowe i nie należy wykonywać przedtem więcej nakłuć brzucha, niż dwa. Co do sposobu samej operacyi, to prócz zwykłego przyszycia sieci polecają także przyszywanie śledziony, wątroby i pęcherzyka żółciowego, śródotrzewne przełożenie nerek, a wło-

żenie sieci na ich miejsce, tamponadę jamy brzusznej celem wywołania licznych zrostów, zaotrzewne umieszczenie sieci, połączenie żyły wrotnej z główną dolną i t. p. Zwykłe przyszycie sieci o tyle jest najwięcej polecenia godne, że daje się wykonać w znieczuleniu miejscowem i przedstawia dla chorego najmniej niebezpieczeństwa. A dodać należy, że śmiertelność po operacyi jest dość znaczna, bo wynosi około 20%. Wyleczeń zyskuje się 30—50%. Czasem trudno jest przymocować sieć, jeżeli jest ona bardzo skurczona, a wtedy uciec się należy do jednej z wyż przytoczonych operacyi. Delagenière przyszywa wątrobę i pęcherzyk żółciowy do powłok, sieć przerzuca przez wątrobę i umocowuje przy przeponie. *K.*

Klauber: **Znaczenie odczynu Cammidgea** (*Med. Klin.* 1909 Nr 11). K. badał odczyn C. na przypadkach, które były zaraz kontrolowane przez operacyę i przekonał się, że odczyn C. może wypaść ujemnie mimo na pewno i operacyjnie stwierdzonego schorzenia trzustki. W początkach choroby nie należy się ograniczać do jednej próby, lecz trzeba ją powtarzać, bo wydarza się często, że po kilku dniach ujemnego wyniku próba wypada dodatnio. Bardzo często otrzymuje się dodatni wynik próby mimo zupełnie prawidłowych stosunków w trzustce przy poważnych zmianach sieci, n. p. przy jej zgorzeli, gruźlicy, przerzutowym raku i t. p., co naprowadza na myśl, że odczyn ten właściwie jest cechującym nietyle dla schorzeń trzustki, ile raczej dla rozpadu tkanki tłuszczowej, który to rozpad ma często swą przyczynę w ostrem zapaleniu trzustki. Jednak nawet zapatrywanie się na ten odczyn z tego stanowiska, nie zmniejsza jego wartości, przeciwnie, rozszerza jeszcze zakres jego wartości, gdyż odczyn może wobec tego często rozjaśniać stosunki w jamie brzusznej. *K.*

Krauze: **O wnętrostwie** (*cryptorchismus*) (*Med. i Kron. lek.* 1909 Nr 7—8). Jądra zstępować mogą do moszny nieraz bardzo późno, dlatego też u dzieci nie należy wnętrostwa operować, lecz przeczekać do 8—10. roku życia, ale nie dłużej, bo jądro w przypadkach wnętrostwa jest nieraz bardzo ruchome, może łatwo uwięznąć, skręcić się, uledz zanikowi lub też zwyrodnieniu nowotworowemu. Wnętrostwu często towarzyszy przepuklina i ta uledz może też łatwo uwięznięciu, albowiem paska chory taki nosić nie może. Nieobecność jądra w mosznie pociąga za sobą nieraz różne dolegliwości, jak bole w krzyżach, drgawki, zawroty głowy, omdlenia i t. p.

Sposobów operacyi wnętrostwa mamy wiele, a polegają one na różnem umocowaniu jądra w mosznie, do czego niektórzy dodają nawet wyciąganie, przez umocowanie jądra zapomocą nitki do skóry, wziętej z uda lub też samego uda. Witzel postępuje w ten sposób, że jądro ściągnięte zeszywa ze zdrowem, albo w razie cierpienia obustronnego po złączeniu jąder prawe umieszcza w lewej połowie worka, a lewe w prawej. K. poleca sposób Hahna, którym operował 3 chorych ze skutkiem pomyślnym. Z cięcia równoległego do więzadła Pouparta wyosabnia dokładnie jądro, następnie tworzy kanał w mosznie, na dnie robi cięcie, $2^1/_2$ cm długie, i przez ten otwór wyprowadza jądro na zewnątrz, poczem otwór zmniejsza kilku szwami. Ranę w pachwinie zaszywa. Po 6—7 dniach usuwa szwy moszny i wtłacza jądro pod skórę moszny, na którą nakłada kilka szwów.

Co do trwałości wyniku operacyi wnętrostwa, to ze statystyk odnosi się wrażenie, że nie jest ona jeszcze zupełną. *K.*

Prof. Lexer: **Przyczynek do leczenia złamań kości.** (*Münch. med. Woch.* 1908 Nr 12). W leczeniu złamań kości używamy obecnie głównie 4 sposobów: 1) operacyjnego połączenia, 2) zdejmowanych twardych opatrunków, 3) wyciągu, 4) odpowiednich zawijań. Dawny typowy opatrunek gipsowy znajduje rzadko już zastosowanie, albowiem doświadczenie kliniczne wykazało, że jest on najgorszym sposobem leczenia. Operacyjne łączenie kości uskuteczniamy najpewniej przez wbijanie w odłamki sztyftów, najlepiej z kości ludzkiej świeżej (n. p. z kończyny równocześnie u innego chorego amputowanej) lub ze zwłok wziętej, wygotowanej. Operacyjne łączenie stosujemy przy złamaniach rzepki, złamaniach przystawowych, dalej przy złamaniach łokcia, szyjki kości udowej i t. p. Już w tydzień po operacyi rozpoczynamy ostrożnie ruchy i dlatego umieszcza się kończynę po operacyi w wyciągu lub opatrunku gipsowym do zdejmowania. Nawet przy dużych złamaniach poleca się chorym już w drugim tygodniu wstawanie i chodzenie zapomocą przyrządów do chodzenia lub kul, a kończynę pilnie miesi się i kąpie. Każdy twardy opatrunek powinno się już 3—5. dnia rozciąć i codzień zdejmować na chwilę dla miesienia. Jeszcze lepiej spełniają zadanie przyrządy do chodzenia. Wogóle L. używa okrężnego opatrunku gipsowego do zdejmowania jedynie przy złamaniach goleni i ponadkostkowych i u dzieci przy złamaniach uda. U dzieci nie potrzebujemy się tak bardzo obawiać zesztywnienia stawów i zaników mięśni, albowiem wskutek wzrostu wszelkie zaburzenia wyrównują się rychło. Na kończynach górnych używa L. tylko szyn. Wyciąg odgrywa obecnie w leczeniu złamań bardzo ważną rolę i to albo jako wyciąg zwykły, lub też jako wyciąg sprężynowy. Nadaje się on znakomicie do leczenia złamań ramienia, uda, mnogich złamań jednej kości i t. p. Często sporządzamy wyciąg na kończynach górnych w ten sposób, że przez dzień chory chodzi z ciężarem, a na noc w łóżku zakładamy typowy wyciąg.

Czwarty wreszcie sposób leczenia t. j. zawijanie opaskami, poleca Lexer głównie przy leczeniu typowego złamania kości ramieniowej i kostek. Zwłaszcza dla pierwszego złamania jestto sposób idealny, a o jego skuteczności i zaletach przekonał się L. na 120 przypadkach. Wykonuje się to leczenie w następujący sposób: 1) Ustawienie odłamków odbywa się zawsze bez uśpienia. Asystent ustala łokieć zgięty pod kątem prostym, a operator chwyta za duży palec chorego i silnem pociągnięciem przeprowadza rękę w zgięcie, pronacyę i abdukcyę. Potem ustala się rękę w tem położeniu zapomocą zwykłej opaski flanelowej, którą zmienia się codzień przy miesieniu i kąpaniu ręki. (Ręka ustawiona jest w tem położeniu, jakie przybiera się n. p., chcąc końcami palców ręki dotknąć się tylnej powierzchni pachy po tej samej stronie. *Przyp. spraw.*). Opaska zaś biegnie w następujący sposób: zaczyna się od nasady kości łokciowej ręki, potem przeprowadza się opaskę przez grzbiet ręki do podstawy palca wskazującego, potem przez dłoń znowu na grzbiet ręki, a stąd pomiędzy palcem dużym a wskazującym przez dłoń na przedramię powyżej złamania aż do łokcia; ewentualnie powtarza się potem znowu te zwoje. Rękę układa się potem tylko na temblaku, ewentualnie u chorych niespokojnych dodaje się grzbietnią szynę. Leczenie trwa zwykle tylko 2 tygodnie. Podobnie postępuje L. przy złamaniach kostek, a tu używa zamiast opaski plastra, który biegnie od wewnętrznej powierzchni łydki skośnie ku kostce zewnętrznej, potem poprzecznie przez podeszwę do kostki wewnętrznej aż do guza kości goleniowej po wewnętrznej stronie goleni. Już na drugi dzień poleca przytem L. wstawanie i chodzenie zapomocą kul i ostrożne zginanie i wyprostowywanie palców i stopy. W trzecim tygodniu chorzy mogą już stawać na stopie, a w 4. chodzą z wkładką. Plaster zdejmuje L. w 5 tygodniu. Leczenie to oddaje dobre usługi i jest znacznie krótsze. Przy ciężkich złamaniach, n. p. przy równoczesnem zwichnięciu i złamaniach nadkostkowych uciekać się należy jednak do gipsowego opatrunku okrężnego, jak to wyżej wspomniano, ale tylko na 1—2 tygodnie, poczem wystarcza plaster. *K.*

König: **Przyczynki do historyi klinicznej zniekształtniającego zapalenia stawów** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 88. Z. II). K. uczynił spostrzeżenie, że u wielu oficerów z chwilą awansu na kapitana, t. j. gdy oficer stale zaczyna jeździć na koniu, pojawiają się bole w stawie biodrowym. Bole te występują głównie w razie jazdy wolnej, krokiem, gdyż wtedy stawy biodrowe nie są ustalone, jak to następuje przy jeździe prędszej. Badanie rentgenowskie takich chorych wykazywało stale początki zapalenia zniekształtniającego. Cierpienie przebiegało zwykle zwolna, n. p. u jednego chorego śledzi je K. od lat 12. Przyczyny cierpienia upatrywać należy podług K. w niezupełnem dostosowaniu się powierzchni stawowych w następstwie zmian wrodzonych, lub też w dzieciństwie nabytych, n. p. krzywiczych. *K.*

Freund: **W sprawie kliniki urazowych schorzeń torebki barkowej.** (*Med. Klinik.* 1909 Nr 11). F. opisuje 2 przypadki pourazowego schorzenia torebki barkowej (*bursa acromialis*), potwierdzające zupełnie 11 podobnych spostrzeżeń Stiedy i Bergmanna (obacz »Przegl. lek.« Nr 52. 1908). I w przypadkach Freunda cierpienie rozpoczęło się po urazie, dotyczyło starszych kobiet. Okolica stawu obrzękła, ruchy, zwłaszcza ku tyłowi, bardzo bolesne, wyraźne trzeszczenie, a na obrazie rentgenowskim widać było wyraźny cień na zewnątrz od główki kości ramieniowej. F. osiągnął wyleczenie przez stosowanie spokoju, a potem miesienia i leczenia gorącem powietrzem. Bergmann i Stieda zalecają operacyę z obawy przed nawrotami; przy operacyi znajdowali złogi wapniowe. W przypadkach F. cień w obrazie rentgenowskim z czasem znikł tak, że F. wątpi, by pochodził on od złogów wapniowych, a odnosi go raczej do wylewu krwawego w torebkę lub włókna mięsne. *K.*

Frangenheim: **Urazowe kostniejące zapalenie ścięgna mięśnia trójgłowego.** (*Med. Klinik* 1909 Nr 8). Dotąd spostrzegano tworzenie się typowej kości tylko w ścięgnie Achillesa. F. opisuje przypadek typowego kostnienia w ścięgnie mięśnia

trójgłowego tuż przy stawie łokciowym. Przy rentgenizacyi rozpoznawano ognisko kostnienia jako mysz stawową, zwłaszcza, że nagle przy ruchach zjawiające się bole za tem także przemawiały. Dopiero operacya rozjaśniła sprawę. Cierpienie powstało po urazie. Kostnienie ścięgien przy przyczepie kostnym znane jest anatomom oddawna, jednak wytłómaczenia tej sprawy dotąd brak. Jedni sądzą, że te ogniska kostne uważać należy za dodatkowe zakończenia kostne danej nasady kości, a więc za twory prawidłowe, inni znów uważają je za twory chorobowe, które powstać mogą po urazie, gośćcu, wiewiórze, dnie i t. p. Popiera to zdanie fakt, że sprawa rozwija się często nagle po urazie po jednej stronie i że ogniska te nie mają łączności z kością kończyny, lecz leżą oddzielnie w ścięgnie. Od tych spraw odróżnić należy dość częste tworzenie się w ścięgnach zwykłych złogów wapniowych, nieraz mnogich. *Klęsk.*

Becker: **O niedomodze stopy**. (*Med. Klinik* 1909 Nr 12). W cennej dla lekarza praktyka pracy, omawia B. etyologię, rozpoznawanie i leczenie niedomogi stopy, zwalczając utarte szablonowe poglądy na rzekome przypadłości z powodu stopy płaskiej. Płaskonóg zwykle już nawet wybitnych dolegliwości nie sprawia, bo jest nieraz końcowym wyrazem niedomogi. Niedomoga stopy występuje najczęściej na tle urazu stopy, dalej pod wpływem statycznym, na tle zapalnem i poraźnem, a prócz tego często bywa wyrazem chorób kości (gruźlica), stawów (gościec), lub innych cierpień, jak kiły, wiądu rdzenia i t. p. Badanie rentgenowskie oddaje tu nieocenione usługi i powinno być o ile możności zawsze stosowane. Niedomogę stopy cechują: 1) Bole występujące głównie przy dłuższem staniu, mniej przy chodzeniu. 2) Ulga, jaką odczuwa chory przy noszeniu dobrze przylegającego trzewika. 3) Znikanie bolów, gdy chory siedzi lub leży. Zwracać też należy uwagę na stan mięśni goleni (napięcie ich przy stopie płaskiej ustalonej, zanik i t. p.). W leczeniu najlepsze usługi oddaje odpowiednia i indywidualnie zastosowana wkładka, dalej miesienie, ewentualnie przyrząd Hessinga (przy porażeniach) lub sprostowanie bezkrwawe. Rzadko uciekać się trzeba do operacyi (Gleich, Ogston), lub przeszczepiania ścięgien. Zapobiegać przypadłościom należy już od dziecka, przez stosowanie odpowiednich trzewików (strona trzewika od palca dużego powinna przebiegać zupełnie prosto). Rokowanie bywa, zwłaszcza u ludzi młodych, zupełnie dobre, należy jednak zdać sobie sprawę, jaka jest przyczyna niedomogi i tę usunąć i nie zapomnieć o możliwości gruźlicy (badanie rentgenowskie). *K.*

Höring: **W sprawie raka sutka i jego trwałego leczenia przez operacyę.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 61—I). Na podstawie 195 przypadków dochodzi H. do następujących wniosków: Dziedziczność raka sutka daje się wykazać w 7·5%. W 66% chore karmiły, 24·8% przebyło ropienie lub zapalenie sutka. Najczęściej usadawia się rak w górnym zewnętrznym odcinku gruczołu. H. dzieli klinicznie raki sutka na 3 odmiany: 1) Raki wzrastające powoli; guz wielkości najwyżej śliwki, skóra przesuwalna, w pasze gruczoły bardzo małe. 2) Raki rosnące szybciej, ze skórą zrośnięte; wyraźne gruczoły pod pachą. 3) Guzy bardzo duże, zajmujące prawie cały sutek: zajęte także gruczoły nadobojczykowe. Grupa pierwsza daje zwykle zupełnie dobre wyniki operacyjne, druga wątpliwe, trzecia nie nadaje się do operacyi. *K.*

Okulistyka.

Snell. **Dłutko do ciał obcych, połączone z lampką elektryczną.** (*Ophthalmology* 1908, Vol. II., Nr 4). Autor zaleca obmyślany przez siebie przyrząd, będący dłutkiem do wydobywania ciał obcych, które ma ze swym trzonkiem stale połączoną miniaturową lampkę elektryczną. Lampkę tę zamyka z przodu soczewka zbierająca, która ogniskuje jej światło dokładnie na końcu dłutka, oświetla zatem w chwili operacyi i ciało obce i narzędzie. Trzymając w jednem ręku dłutko i lampkę zarazem, możemy palcami drugiej ręki swobodnie rozchylać powieki, a zatem obejść się bez rozwórki. Wszelkie inne korzyści, jakie zapewnia przyrząd Snella, wynikają wprost z powyższego opisu. *K. W. Majewski.*

Darier. **O wskazaniach do miejscowego stosowania leków drogą podspojówkową.** (*Ophth. Klinik* 1908, Nr 20). Jeżeli dowiedziona jest skuteczność rtęci w kiłowych chorobach ocznych, a także przy zapaleniu współczulnem, a przetworów salicylowych w zmianach na tle gośćca, to skutek będzie pewniejszy i wydatniejszy, jeśli się te środki zamiast leczenia ogólnego lub zresztą równolegle z leczeniem ogólnem, będzie wstrzykiwać podspojówkowo w odpowiednich rozczynach. Tożsamo, gdy chodzi o działanie przeciwgnilne, n. p. przy wrzodach rogówkowych, ranach zakażonych, lub zakażeniach pooperacyjnych, wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu lub sinku rtęciowego bardzo dobre oddają usługi. W przypadkach środkowego zapalenia naczyniówki (*chorioiditis centralis*) na tle krótkowidztwa wstrzykiwania sinku rtęciowego 1: 5000, jak wykazał Seen, o wiele lepiej działają, niż wstrzykiwania soli. Dla wyjaśnienia zaćmień rogówkowych wstrzykuje autor 2% rozczyn będźwinianu litowego, często też w różnych cierpieniach stosuje wstrzykiwania jodku lub jodanu sodowego, lub potasowego. W zapaleniach gruźliczych i zołzowych przedniego odcinka gałki ocznej wskazane są wstrzykiwania podspojówkowe wyjałowionego powietrza, ale jeszcze wyżej ceni autor swoiste wprost działanie gwajakolu [*guaiacolum cacodylicum* 2%], któremu przypisuje zarazem znaczenie środka rozpoznawczego, dorównującego conajmniej odczynowi Calmettea lub Pirqueta. Nareszcie wszystkie używane dotąd surowice (przeciwgronkowcowa, przeciwtężcowa, przeciwbłonicza) powinny być wstrzykiwane, zdaniem autora, nietylko podskórnie, ale równocześnie i podspojówkowo. *K. W. Majewski.*

Vigier: **Zapalenie wiewiórowe spojówki i ropnie spojówkowe na tle przerzutu** (*Arch. d'Opht.* 1909. Nr. 7 i 8). Autor nie ma tu na myśli wiewiórowego zapalenia tęczówki, ale sprawy zapalne i ropne na spojówce powiekowej i gałkowej, mające tyle analogii z zajęciem błony maziowej stawów, że Ricord określił je mianem *arthritis gonorrhoica oculi*. Należy rozróżnić dwie postacie tych zapaleń, lżejszą, polegającą tylko na przekrwieniu spojówki z nieznaczną wydzieliną, i cięższą, w której powstają ropnie pod spojówką gałki. Autor przytacza szereg spostrzeżeń, nie pozostawiających co do związku z tryprem żadnych wątpliwości, gdyż badanie bakteryologiczne w ropie spojówkowej stwierdzało obecność dwoinek Neissera. *K. W. Majewski.*

Borghetti: **Przyczynek do leczenia zapalenia współczulnego.** (*Ophthalmology* 1908, *Vol. II.* Nr. 4). Oko z rozwiniętem zapaleniem współczulnem uchodzi w oczach przeważnej liczby operatorów za *noli me tangere*. Autor potępia tę wstrzemięźliwość i zaleca dla ratowania resztek wzroku bardzo energiczne-zabiegi operacyjne, mające na celu usunięcie niekorzystnego wpływu akomodacyi, zmniejszenie przekrwienia i otwarcie dróg dla wessania wysięków zapalnych. Potrójny ten cel osiąga autor przez wycięcie jak największego kawałka tęczówki, nie cofa się nawet, jeśli to tylko możebne, przed wydobyciem całej tęczówki. Następnie usuwa w całości soczewkę wraz z torebką. W ten sposób stwarza przestrzeń wolną, którą wypełnia ciecz wodna. Wszystkie drogi odpływowe stoją szeroko otworem. Masy wysiękowe nie mają punktu oparcia, nie mogą organizować się w zrosty i rozpuszczają się powoli w cieczy wodnej. Ułatwione krążenie i szybka odnowa cieczy śródocznych sprawiają, że zapalenie przygasa i oko ostatecznie się uspokaja. *K. W. Majewski.*

Tooke: **Przypadek ropnego zapalenia tęczówki w przebiegu nagminnego zapalenia opon.** (*Ophthalmology* 1908 *Vol. II.* Nr. 4). Autor opisuje przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowych u dwuletniego dziecka, u którego w ostatnich dniach życia wystąpiło ropne zapalenie tęczówki lewego oka. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie co do zapalenia opon. Oko wyjęto i poddano dokładnemu badaniu mikroskopowemu, nadto hodowle wykazały w ropie z przedniej komórki i osłonkach nerwu wzrokowego obecność swoistych dwoinek. Zdaniem autora zapalenie tęczówki wystąpiło na drodze przerzutowej. *K. W. Majewski.*

D' Allessandro: **Gruźlica tęczówki, stwierdzona i wyleczona za pomocą tuberkuliny.** (*Ophth. Klinik* 1908. Z. 12 i 13). Autor podaje opis przypadku gruźlicy tęczówki u trzynastoletniej dziewczynki, leczonej z początku przez czas dłuższy bezskutecznie zapomocą wcierań rtęciowych. Dopiero odczyn, jaki wystąpił tak miejscowo, jak i ogólnie po próbnem wstrzyknięciu tuberkuliny, utwierdził autora w przekonaniu, że chodzi o gruźlicę przedniego odcinka gałki ocznej, za czem przemawiał zresztą i obraz kliniczny i przeszłość chorej, która przebyła już raz zapalenie opłucnej. Dalsze wstrzykiwania tuberkuliny (pierwotnej, a nie nowej T. R.) doprowadziły w stosunkowo krótkim czasie do wygojenia zmian w tęczówce i w rogówce z pozostawieniem niezbyt znacznych blizn i zaćmień. *K. W. Majewski.*

Veasey: **Leczenie przewlekłej jaskry prostej.** (*Ophthalmology* 1908. *Vol. V.* Nr. 1). Autor skłania się do leczenia operacyjnego i to zapomocą irydektomii. Co do sklerotomii i jej różnych odmian, nie ma V. własnego doświadczenia. Operacyi nie wykonuje wcale tylko w tych przypadkach, gdzie jedno

oko straciło już poczucie światła, a drugie widzi tylko cząstką pola widzenia. W tak daleko posuniętych przypadkach utrata tej szczupłej resztki wzroku ściąga zwykle »odium« na głowę operatora. Autor nie operuje również osób bardzo starych w nadziei, że zapomocą pilokarpiny i ezeryny uda się zazwyczaj wystarczający wzrok zachować do końca życia. We wszystkich innych przypadkach zaczyna V. od kropli, gdy jednak mimo ich stosowania stwierdzi choćby najmniejsze pogorszenie się wzroku, wtedy nie zwlekając wykonuje irydektomię. *K. W. Majewski.*

Würdemann: **O prześwietlaniu oka.** (*Ophthalmology* 1908. Vol. II. Nr 4). Autor podaje i zaleca swój mały, lekki i poręczny transluminator i z opisem tego przyrządu łączy jasny wykład o zasadach dyagnostyki dyafanoskopowej.

Pracę zdobi piękna chromolitografia, przedstawiająca szereg dyafanoskopowych obrazów i objaśniająca ich znaczenie rozpoznawcze. Między innemi podkreśla autor znaczenie koła jasnego, jakie przy odpowiedniem ustawieniu transluminatora daje tak zwana przestrzeń około-soczewkowa (*spatium circumlentale*). Autor wykazał, że zgodnie z teoryą Priestley-Smitha w oczach skłonnych do jaskry, szerokość tego jasnego pierścienia jest wybitnie zmniejszona. Po wybuchu jaskry znika ów pierścień prawie zupełnie. *K. W. Majewski.*

Berger: **O użyciu stereoskopu do badania naośnej bystrości wzroku.** (*Rev. gen. d'Opht.* 1908. Nr 11). Dla oznaczenia ściśle naośnej bystrości zaleca autor badanie zapomocą stereoskopu. Oko lepsze wpatruje się w czarny kwadracik na białem tle, przez co drugie oko, o ile nie okazuje zeza, zniewolone jest skierować swoją oś widzenia ku znakom, znajdującym się po drugiej stronie karty i służącym do wyznaczania bystrości wzrokowej. Są to również czarne kwadraciki, rozdzielone białem polem. Odstępy pomiędzy kwadracikami stanowią *minimum separabile* dla danej bystrości wzroku. Dla badania używa się całego szeregu kartoników z kwadracikami różnej wielkości. Odstęp między kwadracikami równa się zawsze długości ich boków. Wyszukuje się najmniejsze, które oko zdolne jest jeszcze rozdzielić, poczem łatwo już obliczyć stopień bystrości wzrokowej, odpowiadającej w tym razie ściśle plamce żółtej. *K. W. Majewski.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Leczenie twardzieli rentgenizacyą zalecał Rydygier (jun.) naprzód w artykule, ogłoszonym w »Gazecie lekarskiej« (Nr 3 r. b.), na co zwraca uwagę redakcya tego pisma w Nrze 11. Dopiero później ukazała się praca R. w tym przedmiocie w »Berliner klin. Wochenschrift« (Nr 4). *R.*

Raka rentgenowskiego (opisano dotąd 33) spostrzegał Coenen u pewnego technika (zajmującego się od lat 10 rentgenizacyą) na 2 palcach ręki. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 7). *K.*

Zatrucie bizmutem przejściowe (75 grm podanych celem badania rentgenowskiego) spostrzegał Kiät u 50-letniej osoby. (*Hospitalst.* Nr 41, 1908). *A.*

Dwa nowe przypadki zatrucia bizmutem (zapad, sinica, methemoglobinemia) przy badaniu rentgenowskiem podaje Meyer z Monachium i poleca zamiast używanego zwykle przetworu węglan bizmutu. (*Ther. Mon.* Nr 8, 1908). *A.*

Leczenie przetok wstrzykiwaniami masy bizmutowej podług E. Becka daje zdaniem Rosenbacha bardzo wątpliwe wyniki. R. spostrzegał przytem wystąpienie ostrego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 7). *K.*

W sprawie operacyjnego leczenia gruźlicy kości i stawów postawił Ludloff następujące tezy: 1) Ponieważ ognisko kostne jest bardzo często z początku jedynem w ustroju, przeto powinno się je operacyjnie usuwać. 2) Operacya powinna być doszczętna i nie liczyć się zanadto z czynnością danego stawu. 3) Lepiej nie operować zupełnie, niż operować niedoszczętnie. 4) Zachowawczo leczyć wolno jedynie formy ściśle śródstawowe (synovial). 5) Przeciwwskazaniem do zabiegu nie jest ani wiek młody, ani późny. (*Tow. chirurg. Wrocław*, 11. I. 1909). *K.*

Gościec gruźliczy, opisany przez Ponceta, uznaje także Schäffer, przytaczając 11 swoich spostrzeżeń. Cierpienie przebiegać może trojako: 1) najczęściej jako tak zwane bole stawowe; 2) jako sprawa wysiękowa, przypominająca żywo zapalenie gośćcowe wielu stawów, 3) jako postać przewlekła, przypominająca gościec przewlekły. W leczeniu wchodzą w rachubę: zastoina, miesienie, wodoleczenie i t. p. (*Zeitschr. f. Tub.* T. 13, Zeszyt 1). *A.*

W cierpieniach gośćcowych poleca Kraus (Wiedeń) do zewnętrznego użytku salen (mieszanina metyl-etylowego estru kwasu glykolowego i salicylowego) w postaci smarowań z alkoholem, chloroformem lub oliwą, kilka razy dziennie. Miejsce posmarowane pokrywa się potem flanelką lub watą. (*Allg. Wiener med. Ztg.*, Nr 32, 1908). *A.*

Nowe i bardzo proste przyrządy do leczenia mechanicznego w użytku domowym podaje Heermann, zwracając przytem uwagę na korzystne działanie stałego ucisku elastycznego gąbek gumowych w leczeniu różnych spraw, jak wysięków, obrzmień, skrzywień, krwawnic i t. p. Zamiast zwykłych elastycznych opasek i pończoch poleca H. swoje t. zw. grzebieniowate opaski, składające się z pojedynczych rzemyków, które się osobno zaciąga. (*Med. Klinik*, Nr 11). *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 24. marca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 40.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Piltz przedstawia chłopca chorego na **mimowolne moczenie** (*enuresis nocturna*), którego leczy hypnozą i którego na posiedzeniu hypnotyzuje.

W dyskusyi zaznacza Dr Borzęcki, że obok przypadków takich, jak przedstawiany, bywają przypadki mające tło anatomiczne, przypadki, polegające na przeczulicy odcinka tylnego cewki i zapytuje, jakie są w tym kierunku doświadczenia. — Prof. Bujwid zapytuje, czy hypnoza nie oddziaływa niekorzystnie na stan psychiczny i zdolności. — Prof. Lewkowicz sądzi, że nie można leczenia całego tłómaczyć głębokością snu. — Kol. Rapaport podaje metody leczenia mimowolnego moczenia, lecz sądzi, że wszystkie te zabiegi są psychoterapią. Najważniejszą rzeczą jest odpowiednie wychowanie. — Kol. Rydel zaznacza, że usunięcie trzeciego migdałka usuwa niekiedy moczenie mimowolne. — Kol. Nelken w jednym przypadku stosował wstrzykiwania nadoponowe; polepszenie tylko przez 2 tygodnie. — Prof. Piltz zaznacza, że nie miał zamiaru przedstawiać hypnozy, jako środka leczniczego przeciw moczeniu mimowolnemu, jedynie chciał przedstawić stan hypnotyczny i pojedynczy przypadek. Powołując się na autorów, uważa, że hypnoza nie przynosi żadnej szkody dla psyche danego osobnika; sam też nigdy złych skutków nie widział.

3) Prof. Lewkowicz zdaje sprawę z dalszego przebiegu choroby dziecka, które przedstawiał 3 b. m., a u którego rozpoznano **spazmofilię**. Dziecko to zmarło. — Doc. Gliński podaje wynik sekcyi.

4) Dyskusya nad wykładem Prof. Nowaka.

Prof. Bujwid: Wdzięczny jestem kol. Nowakowi za poruszenie tego tak ważnego tematu. Gruźlica jest tak rozpowszechniona, że każde usiłowanie jej zwalczenia musi być powitane z uznaniem. Z drugiej strony jednak, właśnie przy badaniach gruźlicy popełniono dużo ciężkich omyłek. Po odkryciu działania tuberkuliny przy gruźlicy miejscowej i toczniu odrazu zbyt pośpiesznie zaczęto stosować tuberkulinę w celach leczniczych, wywołano też wprędce reakcyę przeciw tej robocie niedość wystudyowanej i zatracono to, co było istotnie pożyteczne i co dotychczas daje wyniki pomyślne przy ostrożnem dawkowaniu. W ten sposób sprawa tłumienia gruźlicy ucierpiała na długie lata.

Szczepienia bydła gruźlicą ludzką, polecone przez Behringa bez dokładnego wystudyowania w pracowni i odrazu zastosowane na szerszą skalę w praktyce, — nasuwają inne myśli. Tego rodzaju szczepienia, po których, jak to kol. Nowak zaznaczył, w mleku i mięsie po kilku i kilkunastu miesiącach pojawia się żywy zarazek gruźlicy ludzkiej, są wprost groźne dla zdrowia ludności i autor ich, oraz jego naśladowcy za takie stosowanie szczepień bez wypróbowania, winni być pociągnięci przed kratki sądowe.

Odczyt kol. Nowaka dowiódł naocznie, że od szczepień tych niczego więcej spodziewać się nie możemy. Cóż więc dalej robić z gruźlicą u bydła, która jest tak znacznie rozpowszechniona u krów? Wiadomo przecież z licznych spostrzeżeń, potwierdzonych przez niemiecki Urząd zdrowia i inne badania, że gruźlica bydlęca czyli perlica jest zakaźną dla człowieka jeżeli nie zawsze, to jednak dość często: na 50 przypadków gruźliczego zakażenia u człowieka znaleziono przecież w 5 »typus

bovinus«, zaś w 10 przypadkach gruźlicy pierwotnej przewodu pokarmowego u ludzi aż 5 razy tenże typ gruźlicy.

U bydła gruźlica dosięga, jak to stwierdziłem w oborach galicyjskich, 50—80%, a nawet 100%, co zapewne kol. Nowak potwierdzi.

Jeszcze w 1894 r., gdy Bang polecił stosowanie tuberkuliny w Danii, wprowadziłem, jak to zaznaczył kol. Nowak, tuberkulinę w celu rozpoznawczym w Galicyi — i właściciele obór, którzy ją u siebie zastosowali, mają teraz bydło wolne od gruźlicy. Takich obór jednak mamy mało. Szczególnie mleko krakowskie, jak to udowodniły moje badania, zawiera bakterye gruźlicze. Jest więc koniecznem poczynić dalsze kroki w tym kierunku. Sprawę tę winni ująć w ręce lekarze; — w pierwszym rzędzie powołane jest do tego Tow. lek. krakowskie, któremu już przed 10 laty przedłożyłem memoryał w sprawie walki z gruźlicą u bydła. Sprawę tę powinni poprzeć i właściciele obór w interesie własnym i całego społeczeństwa.

Zwracam się z prośbą do Prezydyum Towarzystwa lekarskiego o postawienie tej sprawy na porządku dziennym obrad naszych w szeregu referatów o gruźlicy i wniosków zmierzających do jej stłumienia. Muszę tu zaznaczyć, że gruźlica u nas od 1875 r. wzrasta, gdy w Niemczech stale się zmniejsza. Ale w Niemczech jest już teraz 96 sanatoryów ludowych, gdy u nas niema żadnego z wyjątkiem sanatoryum Bratniej Pomocy akademickiej.

Gdy w r. 1873 u nas umierało rocznie na gruźlicę 29·7‰, w Niemczech 1877 było 35‰. W r. 1904 natomiast w Niemczech umarło 19·12‰, u nas w 1905 liczba doszła do 37·0‰.

Są to liczby dające bardzo wiele do myślenia i wymagające szybkiego działania całego społeczeństwa. (Streszczenie własne).

Kol. Eisenberg podnosi szczegół przechodzenia bakteryi gruźlicy ludzkiej do mleka krów. — Kol. Borzęcki zapytuje o mięso zwierząt gruźliczych. — Prof. Bujwid wskazuje na obszerne badania w sprawie poruszonej przez kol. Eisenberga. Kol. Borzęckiemu odpowiada, że gruźlica prawie nigdy w mięśniach się nie sadowi. — Prof. Nowak podnosi konieczność urządzenia odczytów o gruźlicy i odpowiada na zapytania. — Nadto zabierali głos w dyskusyi Prof. Lewkowicz i kol. Herman Hirsch.

5) Odczyt kol. Nelkena odłożono z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu

(Wydział lekarski).

IV. ogólne posiedzenie z dnia 17 (30) października 1908 r.

Przewodniczący prezes prof. Zaleski. Obecnych członków 32, gości 14.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto. Prezes przed wygłoszeniem własnego odczytu zaprasza na przewodniczącego wiceprezesa prof. Ziemackiego.

I. Prof. St. Zaleski wygłosił rzecz p. t.: »Wrażenia z IV Zjazdu czeskich lekarzy i przyrodników w Pradze«. Mowca zwrócił przedewszystkiem uwagę na przełomowe chwile, które od pewnego czasu cała Słowiańszczyzna żywiej, niż kiedykolwiekbądź odczuwa i na warunki, wśród których powstał »Zjazd« między 6 i 10 czerwca r. b., po bytności w Petersburgu posła Kramarza i jego towarzyszy i bezpośrednio przed zebraniem się delegatów słowiańskich w Pradze. Na tem tle rozwinął prelegent obraz tego, co uczestnikom Praga przedstawiła. Aby mieć pojęcie o rozwoju wiedzy i kultury u Czechów, o rozwoju tego dzielnego narodu we wszystkich kierunkach, należy porównać poprzednie trzy zjazdy, które odbyły się w r. 1880, 1882 i 1901, z obecnym. Gdy na I. Zjeździe w r. 1880 było tylko 83 wykłady i 357 członków, na obecnym IV. Zjeździe liczba członków dobiegła do 1127, a liczba wykładów przeniosła 700. Samo wydawnictwo obecnego Zjazdu »Vestnik IV. Sjezdu przyrodosp. i lekaru céskych« dzięki zasługom redaktorów prof. Dr B. Kučery i Dr D. Panyrka i Doc. Dr Fr. Slavika dochodzi do 69 arkuszy druku. Nadto, począwszy od r. 1882, stały się Zjazdy czeskie poniekąd czesko-polskimi, a obecnie nadto i słowiańskimi, gdyż obok przeważającej liczby Polaków (53% ogólnej liczby innych Słowian, nie Czechów), uczestniczyli w Zjeździe Rosyanie, Chorwaci, Serbowie, Słoweńcy, Bułgarzy, Ukraińcy. Przedstawiciele wysłało 12 polskich instytucyi, gdy z Rosyi tylko 6. Na 61 odczytanych telegramów (w tej liczbie od cesarza i następcy tronu po czesku), 29 pochodziło wyłącznie od Polaków i polskich instytucyi, które nie przysłały swych przedstawicieli. Każdy ze Słowian przemawiał w swym języku narodowym. Jeszcze więcej, niż w sekcyach Zjazdu, (których było 17, w przeciwieństwie do 6 na pierwszych Zjazdach) czesko-słowiański charakter Zjazdu uwidocznił się na obydwóch zebraniach ogólnych. Widać to najdowodniej z przemówień delegatów. Mowca przytoczył przemówienia delegatów polskich: prof. Dra Wicherkiewicza z Krakowa, Dra Kurtza z Warszawy i swoje, jako przedstawiciela Związku, a także przemówienia delegatów rosyjskich. Na pierwszem ogólnem zgromadzeniu honorowym prezesem był prof. Wicherkiewicz, zaś na drugiem obrano prof. Otta, a ponieważ tenże wyjechał, zastąpił go prof. Pietrow. Na ostatniem posiedzeniu pożegnalną i dziękczynną mowę w imieniu wszystkich przybyłych delegacyi polskich i Polaków wypowiedział prof. Zaleski. Świetność Zjazdu podniosła praska wystawa jubileuszowa, na którą gromadnie spieszyli Polacy ze wszystkich 3 dzielnic polskich. Polaków wszędzie przyjmowano entuzyastycznie i zaznaczano tradycyjność przyjaźni i sympatyi czesko-polskich. Gorącego przyjęcia doznali Polacy ze strony »Czeskiego Klubu politycznego« i »Towarzystwa słowiańskiego« w Pradze, w których imieniu przyjmowali Polaków ich prezesi, poseł Dr Kramarz i Dr Czerny, a także wiceprezes czeskiego klubu Dr Klumparz. Podczas Zjazdu zebrał się dwukrotnie na posiedzenie ukonstytuowany w Paryżu podczas wystawy 1900 r »Komitet lekarzy słowiańskich« i powziął doniosłe uchwały, mające się urzeczywistnić na przyszłorocznym Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Budapeszcie. Mowca podniósł dalej zasługi organizatorów Zjazdu prof. Maixnera, Héverocha, Vesely'ego, ich najbliższych współpracowników, a także pań i młodzieży czeskiej.

Na podstawie przytoczonych danych mówca wysnuwa ogólne wnioski co do szybkiego rozrostu czeskiej kultury i wiedzy i podniesienia ogólnego ducha narodowego, co tem bardziej zdumiewa, że postępy te poczynili Czesi wśród najcięższej walki z zakusami germanizacyjnymi, i zakończył swe przemówienie przytoczeniem słów głośnego czeskiego uczonego i patryoty prof. Purkyniego, wypowiedzianych w 1862 r. na niemieckim Zjeździe lekarskim w Karlsbadzie, a które mogą przyjąć za hasło wszyscy bez wyjątku Słowianie: »Nie zapominałem i nie zapominam nigdy, żem się uczył od Niemców, ale też nie zapominam, że jestem Czechem. Wyznaję, że było zawsze mojem życzeniem, aby rodacy moi wyzwolili się z ustawicznego terminatorstwa i opieki, i raz nareszcie mogli urzeczywistnić dążenia do stania się samodzielnymi mistrzami«. (Streszczenie własne).

Przewodniczący wiceprezes prof. Ziemacki w imieniu »Związku« najserdeczniej dziękuje prof. Zaleskiemu za nader zajmujący wykład, wnosząc, aby prezes raczył przesłać Czechom powitanie od zgromadzenia. Następnie wzywa prof. Ziemacki obecnych, by uczcili pamięć prof. Eiselta przez powstanie.

II. Kand. chem. p. Ant. Ossendowski wygłosił rzecz p. t.: **Chemia światła (fotochemia) i jej znaczenie w ekonomii przyrody** (z pokazami). Oprócz całego szeregu zjawisk z dziedziny statystyki fotochemicznej, której zjawiska są związane ze stałym składem chemicznym ciał, istnieje wielka liczba zjawisk dynamicznych, t. j. takich, gdzie akcya światła wyraża się pewnemi procesami chemicznymi. Oprócz takich dynamicznych zjawisk istnieje cała sfera objawów świetlnych, których objaśnienia współczesna nauka niestety nie posiada. Są to zjawiska, t. z. fotoluminiscencyi, do której można odnieść takie zjawiska, jak tribo- i krystallo-luminiscencyę, chemiluminiscencyę, fosforo-fluoro-termo- i elektro-luminiscencyę. Te wszystkie zjawiska mają wielkie znaczenie w przyrodzie, gdyż działają dodatnio na rozwój drobnoustrojów morskich i wywierają znaczny wpływ na niektóre procesy chemiczne. Z fotodynamicznych zjawisk najważniejsze są procesy w roślinach, które przy pomocy świetlnych drgań eteru rozkładają kwas węglowy na węgiel, który idzie na budowę ciała roślin i na tlen, podtrzymujący życie na kuli ziemskiej. Procesy, które spostrzegamy przy rozkładzie czułej na światło warstwy płyty fotograficznej, utlenienia alkoholów, aldehydów, fenolów i t. d. są wszystko zjawiska przyrody fotodynamicznej.

Prof. Luthes z Berlina dowiódł, iż na podtrzymanie życia $1\frac{1}{2}$ miliardów ludzi i wszystkich stworzeń żyjących potrzeba tylko $\frac{1}{2}$000.000 część tych wszystkich promieni, które spływają na naszą planetę. Gdyby prawa fotochemiczne oprócz jednego nam znanego prawa Grottusa nauczyły nas korzystać jeszcze z $\frac{1}{2}$000.000 części energii świetlnej, obraz życia na ziemi zmieniłby się tak, iż narysować go nie zdołałby ani poeta, ani uczony marzyciel. (Streszczenie własne).

Przewodniczący w imieniu zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za ciekawy odczyt.

W administracyjnej części posiedzenia 1) prezes prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu Rady »Związku« uchwalono przesłać list do hr. L. N. Tołstoja z powodu jego 80-letniego jubileuszu. O ułożenie listu uproszono prof. Zaleskiego. Prezes prof. Zaleski odczytuje list, który brzmi następująco: »Wielki Mistrzu, mężu i obywatelu wszystkich krajów i narodów! Nietylko naród rosyjski, którego chwałę i chlubę stanowisz, lecz i cały świat cywilizowany w dniu osiemdziesięciolecia żywota Twojego, opromienionego zasługami pomnikowemi a niespożytemi, zwraca się ku Tobie ze słowami najwyższej czci i uwielbienia, gdyż widzi w Tobie świecznik ludzkości całej i jednego ze swych proroków. Jako nieskruszona tarcza bezwzględnej życiowej i dziejowej prawdy a sprawiedliwości, jako obrońca uciśnionych, jako ucieczka gnębionych, pokrzywdzonych, byłeś zawsze i wszędzie i w każdej życia okoliczności tem, czem jest wyrzut sumienia dla najzakamienialszego grzesznika, także i wtedy, gdy o nas, Polakach, głos Tobie zabierać wypadało. To też z wdzięcznością uchylamy czoła przed Tobą, mężem ze spiżu i kryształu, my, Polacy, z uwielbieniem przekazujemy potomstwu imię Twoje. »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, zebrawszy się na pierwsze ogólne posiedzenie powakacyjne, jednomyślnie postanowił, składając Ci powyższy wyraz uczuć swych, połączyć się z tymi, którzy, wielbięc w osobie Twojej największego ze współczesnych humanistów, życzą Ci, byś jeszcze w jak najdłuższe lata był tym, kim jesteś!« List podpisali: prezes prof. Zaleski, wiceprezes prof. Ziemacki, sekretarze Doc. Dr Sowiński i Dr K. Uliński. List jednomyślnie uchwalono. 2) Jednomyślnie uchwalono następujący tekst telegramu jubileuszowego, wysłanego do Al. Świętochowskiego. »Wielki Mistrzu-Myślicielu! Po ciężkich klęskach w chwili przełomowej narodu naszego, silne Twe a trzeźwe słowa były świetlnym promieniem, przedzierającym się przez pomrokę, oświecającym nowe widnokręgi, dającym wytyczne drogowskazy zgnębionemu społeczeństwu. Podniosłeś je, zagrzałeś do pracy, na nowe, pewniejsze wprowadziłeś tory. Słuchały Cię wtedy młode pokolenia, dziś Cię wieńczą dojrzałe. Tutejszy »Związek polski lekarzy i przyrodników« łączy się z obywatelami kraju całego, składającymi Ci w dzień jubileuszowy zasług Twych pomnikowych wyrazy czci, uznania, uwielbienia». List podpisali: prezes prof. Zaleski, wiceprezesi: prof. J. Ziemacki, Edmund Chrzanowski, sekretarze: Doc. Sowiński, Dr K. Uliński. 3) Na członków rzeczywistych wybrano jednomyślnie: Dra Groera Franc, lek.-dent. Totwena Konst., prowizora Zaleskiego Winc., przyrod. Gajewskiego Bol.; na członków korespondentów: prof. antropologii Uniw Jagiell. Jul. Talko-Hryncewicza i Dra med. Wand. Kossowskiego. 4) Uchwalono wydać skarbnikowi Drowi Al. Karnickiemu pełnomocnictwo na otwarcie rachunku bieżącego w »Ruskim dla wniesznej torgowli banku«.

Sekretarz: *Zdzisław Sowiński.*

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Posiedzenie z dnia 31. października 1908.

Przewodniczący kol. H. Fidler. Obecnych 12 członków i 2 gości.

Kol. prezes wita obecnych na posiedzeniu gości kolegów: K. Mulier (z Radomia) i K Goderskiego (z Kozienic).

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. prezes zawiadomił, iż z powodu jubileuszu 50-let. działalności lekarskiej profesora Juliana Kosińskiego wysłany został w imieniu Towarzystwa do Jubilata telegram z życzeniami, za który Szan. Jubilat podziękował Towarzystwu w serdecznych słowach.

3. Przedstawiciel Towarzystwa Akcyjnego Pabjanickiego p. Rosner wypowiedział rzecz p. t.: **Kilka uwag o leczeniu fosforem** (rzecz nie nadaje się do streszczenia).

W dyskusyi przemawiali koledzy: Fidler, Petrzyński, Ryl oraz prelegent.

Pamięci Teodora Ernesta Hamy.

Koniec r. z. przyniósł kilka niepowetowanych strat Francyi, a razem z nią i wszechświatowej nauce. Mam tu na myśli śmierć jednego z wybrańców nauki, Teodora Ernesta Hamy. Był on kontynuatorem prac długiego szeregu znamienitych przyrodników z Muzeum historyi naturalnej w Paryżu, którzy w znacznej części, jak i Hamy, z wykształcenia lekarze, podtrzymywali zasłużoną tradycyę stanu lekarskiego, uprawiającego nietylko wiedzę fachową, lecz od czasu do czasu wydającego z pośród siebie i takich, którzy przodowali w nauce ścisłej, zgłębiając tajemnice przyrody.

Hamy urodził się w Boulogne-sur Mer w r. 1842. Początkowo studyuje medycynę i w r. 1868 uzyskuje doktorat. Zawód praktycznego lekarza nie zadowalnia go, oddaje się więc studyom teoretycznym. W r. 1869 bawi w Egipcie podczas otwarcia kanału Suezkiego, poświęcając się archeologii przedhistorycznej, a wróciwszy, oddaje się z całym młodzieńczym zapałem wiedzy, wówczas tylko co rozkwitającej, antropologii, pracując pod kierunkiem chirurga Broca, jako asystent, razem z naszym znakomitym ziomkiem, ś. p. Drem Teofilem Chudzińskim. Z tego okresu życia Hamy zasługują na uwagę monografie: »O ości nosowej«, »O proporcyach kończyn górnych, względnie do wieku i płci«, »O rozwoju zrazów mózgowych u prymatów« i t. d. W r. 1870 wydaje »Materyały do paleontologii człowieka«, które zwracają uwagę świata uczonego i Hamy w r. 1872 zostaje mianowany asystentem Quatrefages'a w Muzeum historyi naturalnej. Instytutu tego Hamy już do śmierci nie opuszcza; tu pracuje jako uczony, a następnie wykłada jako profesor.

Znaczną część prac wydaje Hamy w Muzeum wespół z Quatrefages'em. Kraniologia, stworzona w Niemczech przez Blumenbacha, rozwija się we Francyi dzięki Broca w osobną gałąź wiedzy; dla niej Quatrefages i Hamy ustanawiają pewne prawa, na których opierają cechy, charakteryzujące rasy ludzkie. Wielką pracą wymienionych autorów, uważaną za fundamentalną w badaniach tego rodzaju, jest »Crania ethnica« (1873—1882). Z niej to osiągnęliśmy wiadomości o anatomicznej budowie pierwotnych ludów Europy: Celtów, Germanów, Liguryjczyków i Kimbrów. Uczeni ci systematycznie ugrupowali ludność zachodniego śródziemno-morskiego basenu z czasów przedhistorycznych i późniejsze antropologiczne charaktery narodów spółczesnych, odziedziczone po mieszkańcach pierwotnych i tych ludach napływowych, które na podobieństwo wezbranych fal zalewały ze Wschodu zachodnią Europę. Nie mniejsze zasługi położyli ci badacze przez studya nad ludnością Laponii, Chińskiego Turkestanu, Melanezyi, Afryki środkowej i Ameryki.

Polegając na wynikach swych badań antropologicznych, Quatrefages i Hamy dla oznaczenia pierwiastków, składających narodowość, dzielili ją na grupy etniczne, przyjmując za podstawę charaktery życia socyalnego każdego z nich, w związku z pierwiastkami fizyologicznymi, wpływami klimatu i otoczenia aż do danych lingwistycznych i archeologicznych. Ze względu na znaczenie, jakie mają w tych badaniach prace Hamy, może on być uważany za twórcę etnologi. Bardzo liczne w tym zakresie prace jego, rozsiane w »Bibliotece etnologicznej«, przez niego wydawanej, przekonują nas o oryginalności jego umysłu. Te same cechy mają opisy jego licznych podróży, jak i badania starożytnych szczątków ludzkich w południowym Tunisie i t. d. Uwieńczeniem prac etnograficznych Hamy jest stworzone przez niego wspaniałe Muzeum Trocadero. W sprawach, dotyczących ludów pierwotnych Nowego Świata, ich pomników dziejów historycznych i cywilizacyi, Hamy uchodził za największego znawcę. Wogóle obejmował on w badaniach swych ludzkość od czasów pierwotnych do pierwszych przebłysków cywilizacyi, przechodząc z prahistoryi do czasów historycznych, obejmując tak cechy fizyczne, jakoteż duchowe, lingwistykę, folklor, ogromny zakres wiedzy ludzkiej, historyę z geografią. Opisywał on dzieje odkryć w starożytnym i nowym świecie, wydawał mapy żeglarzy; w biografiach wielkich podróżników XVI i XVII w. przedstawił ciche zawojowanie świata przez naukę geografii, co cywilizacya zawdzięcza rasie romańskiej.

Wielkie zasługi Hamy zyskały mu szeroką popularność w świecie naukowym, czego dowodem był wybór na członka Akademii paryskiej, Akademii lekarskiej i innych instytucyi i towarzystw naukowych Francyi. Umierając, był prezesem paryskiego Towarzystwa geograficznego, Towarzystwa badaczy Ameryki, francuskiego Towarzystwa historyi medycyny i paryskiego Towarzystwa antropologicznego. Oprócz tego przewodniczył Hamy w r. 1906 na Zjeździe antropologii i archeologii przedhistorycznej w Monaco i na innych zjazdach naukowych. Wyróżniał się on nietylko ogromną wiedzą i nadzwyczajną erudycyą, lecz i wielką przystępnością i uprzejmością; nie odmawiał nikomu chętnej pomocy i rady, słynął jako człowiek wielkich zalet i wyjątkowej dobroci.

J. Talko-Hryncewicz.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zach.-galic. i Prezydyum Związku krajowego lekarzy wzywają ponownie wszystkich P. T. Kolegów, by o posadę lekarza przy Kasie chorych uczniów krawieckich w Krakowie się nie ubiegali, ani też posady w tejże kasie nie przyjmowali.

Dr Schoengut mp., *Dr Ackermann* mp., *Dr Damski* mp.

Z organizacyi lekarzy powiatu chrzanowskiego. Do zarządu organizacyi zostali wybrani: Prezesem Dr Alfred Berggrün z Chrzanowa, wiceprezesem Dr Kazimierz Dobrzyński z Trzebini, sekretarzem Dr Kazimierz Woynarowski z Chrzanowa; do komisyi kontrolującej Dr Oskar Hochbaum z Chrzanowa i Dr Kazimierz Miszke z Jaworzna, do komisyi dla umów Dr Józef Bednarski z Alwerni, Dr Kazimierz Budzyński z Jaworzna i Dr Jan Walkowski z Krzeszowic, delegatem na zgromadzenia Związku lekarzy Dr Józef Bednarski.

„Pomoc koleżeńska“ w Poznaniu liczy obecnie 152 członków, przewodniczącym jest Dr Heliodor Święcicki, sekretarzem Dr Pomorski, skarbnikiem Dr Krysiewicz, nadto należą do zarządu Dr Krzyżagórski i Radojewski. W roku 1908 udzielono 8 wsparć w łącznej kwocie 1640 marek, w ciągu zaś 13 lat istnienia Towarzystwa wydano na wsparcia 10.960 marek. Dochody wynosiły w roku 1908 2859,91 marek, wydatki 2404 marki. Fundusze żelazne wynoszą 15,074,31 marek. Sprawozdanie, przedstawione na Walnem Zebraniu 6-go marca b. r., zawiera ciekawą statystykę udziału lekarzy polskich w Poznańskiem w Towarzystwach lekarskich, Towarzystwach ubezpieczeń i t. d. Na 145 lekarzy, którzy w tym względzie podali wiadomości, nie należy do żadnego towarzystwa naukowego 37, a do żadnego towarzystwa ubezpieczeń na życie 43. »Nowiny lek.« 4). *R.*

W Izbie lekarskiej poznańskiej wybrano do zarządu z Polaków Dra Wróblewskiego. W r. 1908 odbył sąd honorowy poznański 3 posiedzenia, na których załatwiono 34 spraw; kara pieniężna wynosiła najwyżej 150 marek (w całych Prusiech nałożyły sądy honorowe w r. 1908 wśród 118 wyroków 59 grzywien, dochodzących do 2000 marek). Majątek Izby poznańskiej z końcem roku 1908 wynosił 11.707 marek. Komisya ugodowa Izby, do której z Polaków należy Dr Pomorski, załatwiła 22 spraw (Nowiny lek. 4). *R.*

Opłacanie pośredników przez lekarzy berlińskich, postawione pod pręgierz opinii przez Towarzystwo lekarskie w Berlinie — Schönebergu, nabiera coraz większego rozgłosu i od paru już tygodni nie schodzi z łamów niemieckiej pracy lekarskiej i politycznej. Niejaki dr Lipliawski i dr Weisbein założyli w Berlinie »rosyjskie biuro porad lekarskich«, które podobno przez swych agentów wyławiało chorych, przybywających z Rosyi, aby oddając ich z rąk do rąk — jaknajwięcej wyzyskać. W brudy te zamieszani byli podobno nawet niektórzy profesorowie uniwersytetu. Sprawa ta do dziś dnia nie jest dostatecznie wyjaśniona, choć leżałoby to w interesie całego stanu lekarskiego. Na razie, oprócz spraw sądowych między kilku lekarzami o oszczerstwo, wywołała ona ze strony prof. Senatora protest przeciw czynionym mu zarzutom, jakoby opłacał faktorów, oraz dochodzenie dyscyplinarne przeciw szeregowi lekarzy ze strony Izby lekarskiej i Rady honorowej uniwersytetu. *R.*

Z dziejów partactwa w Niemczech. Przeciwko »cudownemu lekarzowi«, pastorowi Felkemu, wytoczyła prokuratorya proces, albowiem udowodniono, że u chorego, który cierpiał na zapalenie wyrostka robaczkowego i w 3 dni umarł, rozpoznał Felke »z oczu« zapalenie wątroby i polecił środki homeopatyczne, okłady z gliny i lodowe kąpiele. Mimo, że znawcy dowiedli, iż odpowiednia opieka lekarska i wczesna operacya mogły chorego uratować, sąd w Cleve uwolnił Felkego od winy i kary, ponieważ partacz ten na odpowiednich tablicach »udowodnił«, że prawie na pewno można »z oczu« chorobę rozpoznawać, albowiem »źrenica pozostaje zapomocą nerwów współczulnych w ścisłym związku z narządami wewnętrznymi«! *X.*

Sprawę dostawy zdrowego mleka do miast omawiano na posiedzeniu Tow. lek. (15/XII) w Lipsku. Eber podniósł, że przed odkryciem tuberkuliny liczono średnio częstość gruźlicy u bydła na 8—10%. Obecnie po wprowadzeniu szczepień tuberkuliną, przekonano się, że niemal 80—90% bydła oddziaływa na tuberkulinę. Gdybyśmy usunęli wszystkie oddziaływające krowy, wtedy o mleko byłoby trudno. Na szczęście badania wykazują, że głównem źródłem zakażenia mleka jest tylko gruźlica wymion i gruźlica otwarta. W krajowej stajni rasowej odbywa się co miesiąc szczegółowe kliniczne badanie krów, a potem badanie bakteryologiczne mieszaniny ogólnej mleka. Zapomocą doświadczeń na zwierzętach okazało się, że kontrola ta jest wystarczająca i raz tylko wydarzyło się, że próba zawierała prątki, mimo, że krowy przy badaniu uznano za zdrowe. Dla niemowląt jednak powinno się używać mleka ile możności od krów nie oddziaływających na tuberkulinę. Riedemann podniósł, że mleko używane specyalnie dla niemowląt, powinno mieć odpowiednią markę urzędową. Według Hohlfelda przez badanie cena mleka podniosłaby się i H. sądzi, że litr wypadłby na 60 fenigów. Soltmann zwrócił uwagę, że producenci stosujący się do przepisów i poddający mleko badaniu, będą mogli żądać wyższych cen za mleko. Z pewnością każda rodzina chętnie ofiaruje przez te kilka tygodni dla dziecka i 60 fenigów dziennie, skoro będzie mieć pewność, że mleko dostanie napewno dobre. Badania mleka na targach nie mają wielkiej wartości, jedynie wykryć tu można zafałszowania, a stan chorobowy chyba wtedy, gdy, jak to podał Seiffert, w mleku znajduje się prawie $^1/_5$ zawartości ropy. *A.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków.	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca lutego 1909	452,952	246,100
W lutym 1909	2,500	7,000
Razem	455,452	253,100

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 23. III. do 3. IV. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 10, Markowa 5, Bitków 3, Kryczka 3), Buczacz (Zadarów 2), Czortków (Panszówka 1, Bazar 5), Horodenka (Hawrylak 5, Targowica 4, Czortowiec 2, Głuszków 2, Niezwiska 7), Jaworów (Sarny 2, Lubienie 3), Kamionka (Kamionka 1), Kolbuszowa (Trzeboś 2), Kołomyja (Słobódka polna 9, Siemakowce 6, Gwoździec stary 7), Mościska (Czerniawa 1, Małnów 5), Przemyśl (Przemyśl 1, Miżyniec 1), Rawa (Ulhówek 3), Skałat (Hlebów 2, Kołodziejówka 1, Poznanka hetm. 2), Śniatyn (Trościaniec 10), Stanisławów (Chomiaków 9), Stryj (Korostów 1), Tarnopol (Kozówka 2), Żółkiew (Mosty wielkie 5), Zborów (Jarczowce 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 28. III. do 3. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4, płonicy 14 † 1 (w tem obcych 1 † —) odry 1, duru brzusznego 3 † 1 (1 † —), nagminnego zapalenia opon 2 † 2 (— † 1). *Dr Kielanowski.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. III. do 3. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † 2 (w tem obcych 5 † 2), ospy 6 (1), płonicy 3 (1), gorączki połogowej 1 (1), nagminnego zapalenia opon 1 (1), jaglicy 20 (18). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 14. III. do 20. III. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 4, odry 1, płonicy 8, róży 7, duru osutkowego 50 † 3, duru brzusznego 11 † 3, duru powrotnego 10, błonicy 2, grypy 6. (*Gaz. lek.* 14).

Wiadomości bieżące.

Kraków. W Zakopanem ma się odbyć z inicyatywy Dra Żychonia ankieta w sprawie potrzeb i zadań Zakopanego, jako całorocznej stacyi klimatycznej.

— W Zakopanem zamierza urządzić miejscowa sekcya Tow. lek. gal. w lecie r. b. wystawę balneologiczną, połączoną ze zjazdem balneologicznym. Wiadomości udziela Dr Żychoń.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Lucyan Gruszczyński z Królestwa Polskiego.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-gal. odbył d. 23 marca 1909 posiedzenie, na którem wydano przychylną opinię w sprawie koncesyi na aptekę, uchwalono zwrócić się do Wydziału krajowego o informacye, jakie stanowisko mają zająć lekarze okręgowi wobec sprzeczności między obowiązującą ustawą o zabezpieczeniu urzędników prywatnych a niesankcyonowaną

jeszcze ustawą krajową o emeryturach dla lekarzy okręgowych, i do Koła polskiego z prośbą o przyspieszenie sankcyonowania tej ustawy krajowej, dalej uchwalono wnieść rekurs przeciw rozporządzeniu Namiestnictwa, znoszącemu uchwały Izby w sprawie Kasy chorych w Drohobyczu, a wreszcie odczytano pismo wydziału Kasy chorych lekarzy w sprawie postępowania jednego z członków Towarzystwa.

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 3/IV 1909 sprawą koncesyi na droguerye, uchwaliła poprzeć podanie o subwencyę »Domu Zdrowia izr. uczącej się młodzieży« w Szczawnicy, rozpatrywała rekurs lekarza od wyroku Rady honorowej, wydała opinię w sprawie »Elementarza higienicznego«, wreszcie przyjęła wnioski, które będą przedstawione władzom, jako wynik sprawozdania Rady za r. 1907.

— W klinice położniczo-ginekologicznej lwowskiej wakuje od dnia 1 maja 1909 posada asystenta klinicznego. Podania należy wnosić do dziekanatu Wydziału lekarskiego we Lwowie do dnia 25 kwietnia b. r.

— Dyplom doktorski uzyskali: pani Marya Zofia Oktawia Pogonowska, rodem ze Lwowa, pp. Jan Saphier, rodem z Brzeżan i Samuel Lehm, rodem ze Lwowa.

— Towarzystwo ratunkowe wydało sprawozdanie za rok 1907 i 1908. W roku 1907 wzywano pogotowie 6410 razy, w 1906 6868 (od założenia w roku 1893 udzielono pomocy w 57.571 przypadkach). Główną rubrykę stanowiły jak zwykle przypadki chirurgiczne. Służbę lekarską w dzień pełniło 8 lekarzy, zmieniając się co $1^1/_2$ godziny, nocną służbę zawsze jeden tylko lekarz. Personal lekarski i dobrze wyuczona służba sanitarna były doskonałe. Pod względem materyalnym Towarzystwo znajduje się w warunkach bardzo trudnych. W roku 1907 przy obrocie 17.531 koron pozostało jako nadwyżka tylko 14 koron. W r. 1908 przy obrocie 15.494 koron pozostał niedobór kasowy 943 koron. Główną przyczyną trudności finansowych jest obojętność społeczeństwa, gdyż mimo nieco żywszego zainteresowania się Pogotowiem w latach ostatnich, przynoszą wkładki członków i dary Towarzystwu tylko około półpięta tysiąca koron rocznie. Zarząd miejski dostarcza Pogotowiu lokalu, koni i wspiera je kwotą 6315 koron rocznie. Sejm mimo wnoszonych petycyi, popiera Towarzystwo kwotą tylko 600 koron rocznie, takąsamą, jak przed laty 12. Prezesem Towarzystwa jest Dr Edward Stroynowski, sekretarzem był do końca końca roku 1908 Dr Karol Haisig, który ustępuje, poświęciwszy Towarzystwu 10 lat pracy.

— Sekcya samborsko-drohobycka Towarzystwa lekarzy gal. odbędzie się 8 kwietnia 1909 posiedzenie w Drohobyczu, na którem prof. Dr Kučera ze Lwowa będzie miał wykład p. t.: »Pogląd na fakta i teorye w nauce o odporności«.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego znajdowały się m. i.: »Wspomnienie pośmiertne i ocena działalności naukowej ś. p. T. Dunina« przez sekretarza Towarzystwa doc. Wł. Janowskiego; »Spostrzeżenia nad jajami podwójnemi bez blastoderm« p. J. Tura.

— Kierownictwo oddziału ś. p. Dunina w szpitalu Dz. Jezus powierzono najstarszemu z jego asystentów, Dr Leonowi Butkiewiczowi.

— W Warszawie organizuje się drugie Towarzystwo dentystyczne.

— W ostatnich dniach września lub z początkiem października odbyć się ma w Warszawie 3-dniowy Zjazd neurologiczno-psychiatryczny.

— Wkrótce zacznie wychodzić pod redakcyą Dra B. Dębińskiego z Warszawy i Dra Seweryna Sterlinga z Łodzi czasopismo p. t. »Gruźlica«.

— Według orzeczenia komisyi, utworzonej przez magistrat warszawski dla sprawy szkoły felczerskiej, kosztowałaby szkoła rocznie 15.000 rb. i musiałaby mieć prawo korzystania z klinik uniwersyteckich, a miasto mogłoby objąć szkołę, gdyby rząd dostarczał na nią przynajmniej 14.000 rb. rocznie.

Z różnych stron. W Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu został ogłoszony konkurs na zajęcie katedry higieny i policyi lekarskiej. Termin podań do 17 kwietnia st. st. (30/IV).

— Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie otrzymało od pp. Stanisławowstwa Syroczyńskich 40.000 rbs. na fundusz założenia w Kijowie szpitala dla ludności katolickiej. Na razie odsetki od ofiarowanej sumy przeznaczono na utrzymanie jednego łóżka przy lecznicy prywatnej.

— Uniwersytet w Saratowie zostanie otwarty w jesieni r. b. i składać się będzie zrazu tylko z Wydziału lekarskiego. Rektorem mianowany został chirurg Prof. Rasumowskij z Kazania.

Mianowani: asystent U. J. Dr Nelken asystentem kantonalnego zakładu obłąkanych w Zurichu; Dr Jan Landau asystentem kliniki neurologiczno psychiatrycznej U. J.

Zmarli: Dr Henryk Dowiakowski w Hrybkach na Podolu w 73 r. ż.

Redakcya otrzymała: Wiczkowski: O polyserositis. Odb. »Tyg. lek.« 1909. — Sprawozdanie lwowskiego Towarzystwa ratunkowego za r. 1907 i 1908. Lwów 1909. — Giedroyć: Nauka o chorobach wenerycznych w piśmiennictwie polskiem. Odb. »Przegl. chor. skór. i wen.« 1908/9. — Spira: A contribution to the treatment of acute catarrh of the nose. »Journ. of Laryng. Rhin. etc.« 1909. — Krokiewicz: 1) Über die konjunktivale Tuberkulinreaktion. 2) Über die Behandlung der Tuberkulose. Odb. »Wiener klin. Woch.« 1909. 3) Konjunktivale Tuberkulin reaktion bei Krebskranken. Odb. »Wiener klin. ther. Woch.« 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

1) **Almateina**, przetwór wydobyty przez dra Lepetita z hematoksyliny pod działaniem formaldehydu, posiada własności przeciwgnilne, ściągające i pobudzające ziarninę, nadaje się do stosowania zewnętrznego i wewnętrznego, w postaci proszku, 10% gazy, 20% maści i pastylek po 0,5 g.

Neralteina, również przez Dra Lepetita otrzymany paraaetoxy-phenylamido-metanowy siarczan sodu, w wodzie rozpuszczalny środek przeciwgorączkowy i kojący ból, wreszcie środek przeciw rwie i gośćcowi. Nie działa drażniąco, nie wpływa niekorzystnie na serce. Wpływa korzystnie przy bolesnem miesiączkowaniu. Bywa sprzedawana w postaci pastylek po 0,5 g.

Oba powyższe przetwory wyrabia firma: Lepetit, Dollfus et Gansser, Medyolan—Wiedeń. *W.*

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok LXVIII. Kraków, dnia 17. kwietnia 1909. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. Dra W. Jaworskiego.

O wartości leczniczej surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.

Na podstawie doświadczeń poczynionych w klinice lekarskiej Uniw. Jag. w roku 1907/8.

Podał

Dr Stanisław Szurek,

asystent kliniki.

Usiłowania wytworzenia skutecznej surowicy przeciwgruźliczej przez uodpornianie zwierząt prątkami lub tuberkuliną, albo innymi jadami prątka gruźliczego, są dosyć liczne i datują się już oddawna. Dotychczas atoli, a sąd taki obecnie jest już możliwy, nie uzyskano pewnych i niewątpliwych wyników. Pierwsi Richet i Héricourt pracowali na tem polu, potem Vicquerat, Maragliano, Niemann, Behring i inni. Najwięcej jeszcze zainteresowania obudził Maragliano, który uodporniał zwierzęta gruźliczą toksalbuminą, a którego zasługi około stworzenia surowicy leczniczej są niewątpliwie bardzo wielkie. Po dziś dzień przetwór ten jego stosuje się we Włoszech na wielką skalę, jak podają, z dobrym wynikiem; w Niemczech jedynie Hager miał uzyskać zapomocą tego przetworu zachęcające wyniki. Od roku 1905 stosuje Maragliano równocześnie obok swojej surowicy i wyciągi z prątka gruźliczego.

W roku 1903 podał do wiadomości Marmorek, że powiodło mu się wytworzyć nową surowicę przeciwgruźliczą, nieszkodliwą, a swoistą. Wedle jego zapatrywania (Serum et vaccin antituberculeux. Arch. gen. de méd. Nr 47, 1903), tuberkulina jest jadem, który wprowadzony do ustroju, zmusza prątek gruźliczy do wydzielenia właściwego jadu gruźliczego. W hodowlach napotykamy zwykle tylko tuberkulinę. Młode jednak prątki w bulionie, złożonym z surowicy cielęcia i glicerynowo-wątrobianym bulionie, wytwarzają właściwy jad gruźliczy, który świnki morskie bezzwłocznie zabija. Tym jadem uodporniał Marmorek konie i uzyskał w ten sposób surowicę, która w doświadczeniach na zwierzętach okazała się skuteczną, i którą zastosował do leczenia ludzkiej gruźlicy.

Wedle zapewnień Marmorka surowica jego jest surowicą swoistą, która na wszystkie schorzenia, wywołane prątkiem Kocha, ma działać skutecznie. Można ją stosować zarówno przy ogólnej, jak i miejscowej gruźlicy, a więc w gruźlicy płuc, otrzewnej, stawów, kości, opłucnej etc. Im wcześniej się surowicę zastosuje, tem skuteczniejszą ma być jej siła lecznicza. Stosuje się ją w seryach, tak że dwie serye są oddzielone od siebie dłuższą pauzą, a stosuje się jużto podskórnie, jużto przez odbytnicę. Przy metodzie podskórnej wstrzykuje się przez 3 tygodnie co 2-gi dzień po 5 cm³, po tej seryi następuje przerwa 3—4 tygodni, poczem rozpoczyna się nową seryę 10 wstrzykiwań. W przypadkach ciężkich z wysoką ciepłotą i szybkim przebiegiem, jak n. p. w ostrych lub podostrych suchotach, gruźlicy prosówkowej, można podnieść dawkę na 10 cm³. Wówczas wstrzykuje się taką dawkę przez 6 dni codziennie, potem przez 12 dalszych dni co drugi dzień; po przerwie 3—4-tygodniowej rozpoczyna się na nowo leczenie surowicą, i to wedle metody, podanej powyżej dla przypadków wolniej przebiegających. Surowica ma być nieszkodliwą i niema dla jej stosowania żadnych przeciwwskazań. Jedynem powikłaniem, i to rzadkiem, ma być szybko przemijający rumień, pokrzywka, bole stawowe etc. Tam, gdzie wyjątkowo odczyn miejscowy jest silniejszy, tam radzi Marmorek stosować surowicę przez odbytnicę. Tą drogą wstrzykuje się codziennie przez dni piętnaście 5—10 cm³ surowicy, a po przerwie 10—15-dniowej rozpoczyna się na nowo takąsamą seryę. Podskórne wstrzykiwania robi się w tkankę podskórną brzucha; albo po zewnętrznej stronie uda. W ostatnim czasie zaleca Marmorek metodę kombinowaną, zwłaszcza w ciężkich przypadkach: przez 6 dni codzienne wstrzykiwania podskórne, poczem przez 8 dni codziennie po 5 cm³ do odbytnicy, poczem znów przez 6 dni codzienne wstrzykiwania podskórne; następnie przez 8—10 dni przerwa, poczem podejmuje na nowo lewatywy z surowicy. Obecnie stosuje się surowicę Marmorka prawie wyłącznie przez odbytnicę, jak to zalecili Frey z Davos i Mannheim z Berlina równocześnie, ze względu na nieprzyjemne przypady uboczne, jakie wstrzykiwania podskórne u większości chorych wywoływały. Nadto surowica, dostarczana obecnie przez Marmorka, nie jest czystą surowicą przeciwgruźliczą, ale surowicą podwójną (serum double), t. j. przeciwgruźliczą i przeciwpaciorkowcową, uzyskaną przez uodpornianie koni paciorkowcami, wyhodowanymi z plwociny suchotników, a to z tego względu, że zakażenie mieszane drobnoustrojami ropnymi jest prawie stałym towarzyszem gruźlicy, a paciorkowcowi przypisuje

się doniosłą rolę w całości objawów ciężkiej gruźlicy płuc, a zwłaszcza w jej postaci gorączkowej.

Surowicę Marmorka przyjęto początkowo nawet we Francyi z wielkiem niedowierzaniem. Pierwsze doniesienia o jej wartości leczniczej pochodziły z daty 1. grudnia 1903, kiedy to na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Paryżu Dieulafoy, le Dentu, Hallopeau, wydali o niej sąd niekorzystny, natomiast Monod, który leczył nią gruźlicę chirurgiczną, okazał się dla niej łaskawszym. A za tymi pierwszymi głosami poszedł cały szereg dalszych doniesień, tak sprzecznych we wnioskach ostatecznych, że sądu co do swoistego działania surowicy przeciwgruźliczej Marmorka jeszcze dotąd wydać nie można.

Marmorek sam wykonał przeszło 2000 wstrzyknięć, i to w lekkich i ciężkich przypadkach, i wyleczyć miał liczne przypadki choroby Potta, powikłanej przetokami i ropniami opadowymi. Latham (The Lancet 1904, Nr 4204) leczył surowicą tą 39 ciężkich przypadków, uważa ją za nieszkodliwą i przypisuje jej swoiste korzystne działanie. Klein i Jacobsohn (Bull. génér. de thérap. 1904) wyleczyli przypadek krwioplucia z prątkami gruźliczymi w plwocinie 120 cm³ surowicy na 13 wstrzyknięć. La Nocle i Cornières (Bull. génér. de thérap. 1904) w jednym przypadku daleko posuniętej gruźlicy mieli uzyskać wyleczenie 720 cm³ surowicy rozdzielonej na 45 wstrzyknięć z dodatkiem 200 cm³ surowicy przeciwpaciorkowcowej ze względu na obecność paciorkowców w plwocinie. Rotschild i Brunier (Le progrès méd. 1904, Nr 17) w 4 przypadkach ciężkich gruźliczych zachorzeń spostrzegali jedno całkowite wyleczenie, a we wszystkich poprawę stanu ogólnego i przyrost ciężaru ciała. Montalli (Le progrès med. 1904, Nr 17) miał mieć w 6 przypadkach całkowite wyleczenie, a w 4 poprawę stanu ogólnego i sprawy miejscowej. W tym samym czasie w dniu 13. maja 1904 mówił Wiczkowski o wartości surowicy Marmorka na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego na podstawie doświadczeń, poczynionych na swoim oddziale szpitalnym. Podjął on próby u 8 chorych ze stosunkowo nieznacznemi zmianami w płucach, a ani w jednym przypadku nie mógł stwierdzić korzystnego wpływu tej surowicy na przebieg cierpienia. Klein i Jacobsohn (Bull. génér. de therap. 1904) na dalszych 44 przypadkach potwierdzili nieszkodliwość surowicy i wyrazili się o niej korzystnie; tożsamo Mannheim (Berl. klin. Wochs. 1904), który stosował ją w przypadkach 50. Richer (Montreal med. journ. 1904) wnosi na podstawie swoich 6 przypadków, że surowica zawiera rzeczywiście antytoksynę, ponieważ wkrótce po rozpoczęciu leczenia występowała wybitna poprawa. Tożsamo Frey (Münch. med. Wochs. 1904) twierdzi na podstawie doświadczenia, uzyskanego w 12 przypadkach, że surowica nie działa toksycznie, a w przypadkach nie zadaleko posuniętych wywołuje wybitną poprawę. Bosanquet i French (Brit. med. Journ. Nr 2415) spostrzegali przy regularnem stosowaniu surowicy Marmorka przez odbytnicę stopniowe podnoszenie się opsonicznego wskaźnika równolegle z poprawą stanu ogólnego i zmniejszaniem się wahań ciepłoty; w kilka dni po odstawieniu surowicy opadać miał napowrót współczynnik opsoniczny. Stefani (Progrès méd. 1905) doniósł o dalszych 7 pomyślnie zakończonych przypadkach. Röwer (Brauers Beitr. z. Klin. d. Tubercul. Bd. V.) stosował surowicę tę w 25 przypadkach równocześnie z leczeniem powietrznem (Freiluft-Behandlung), a najwyraźniejszą poprawę zauważył w obrazie chirurgicznej gruźlicy, jak znikanie i kurczenie się powiększonych gruczołów chłonnych, ustawanie bolów napadowych w gruźliczem zapaleniu kręgów, znaczną poprawę w gruźlicy pęcherza. Według Bassano (The Lancet, Nr 4280), surowica Marmorka okazuje się szczególnie skuteczną, a zwłaszcza ma ona łagodzić bole i po największej części wieść do spadku ciepłoty. Korzystny sąd o niej wydali dalej Dubartt (Bull. génér. de terap. 1905) i Veillard (Thèse de Genève 1905), który na 22 nawet ciężkich przypadków widział mimoto u większości korzystny wynik. Również Hoffa (Berl. klin. Wochs. 1906) w 40 przypadkach chirurgicznej gruźlicy, leczonej przez odbytnicę, stwierdził korzystne działanie surowicy na wessanie i znikanie ropni. Na polecenie rządu szwedzkiego prowadził w r. 1905 (Bull. génér. de ther. 1905) Lewin w Paryżu badania nad surowicą Marmorka, a swoje doświadczenie streścił w tem, że wprawdzie surowica nie zdoła wszystkich przypadków gruźlicy płuc wyleczyć, że jednakowoż doświadczenia na zwierzętach, jak i spostrzeżenia u ludzi, zalecić każe jak najszersze stosowanie jej tembardziej, że ona nigdy szkody przynieść nie może w przeciwieństwie do tuberkuliny Kocha, niezawsze wolnej od niebezpieczeństwa wyswobodzenia drobnoustrojów ze starych ognisk; ponieważ surowica Marmorka nie zawiera żadnej toksyny gruźliczej, ale przeciwnie antytoksynę, więc można zawsze przy jej pomocy osiągnąć osłabienie sprawy początkowej.

W przeciwieństwie do powyższych De la Camp (Berl. klin. Wochs. 1905) widział po surowicy tylko nieprzyjemne uboczne przypady, ale nie spostrzegał żadnego wyleczenia. Stadelmann i Benfey (Berl. klin. Wochs. 1906) w 5 przypadkach gruźlicy płuc spostrzegali takie niepomyślne działanie na stan ogólny, jak i zmiany przedmiotowe, że zarzucili dalsze próby z tą surowicą. Tożsamo Krokiewicz i Engländer (Wiener klin. Wochs. 1906) na podstawie 8 leczonych podskórnie przypadków odmówili surowicy Marmorka wszelkiej wartości leczniczej, a w czasie leczenia spostrzegali tak zatrważające objawy, że od tego sposobu leczenia musieli odstąpić. W tym samym roku Mann (Wiener klin. Wochs. 1906) doniósł o dalszych 23 przypadkach leczonych tą surowicą, z których tylko 4 doznało poprawy.

Korzystniej wyraża się o surowicy tej Lewin (Berl. klin. Wochs. 1906), który mniema, że w pewnych przypadkach ostrej lub przewlekłej gruźlicy płuc z zaostrzeniem może surowica Marmorka postęp choroby przez swe wybitnie podniecające i wykrztuśne działanie wstrzymać; szczególnie uwagi godnym ma być jej wpływ pomyślny na duszność, a także w chirurgicznej gruźlicy było w niektórych przypadkach jej działanie zastanawiającem. W r. 1907 Baer (Münch. med. Wochs. 1907) przytoczył przypadek, gdzie pod wpływem surowicy Marmorka stosowanej p. d. po 5 ctm³ uległa wygojeniu sprawa swoista w stawie, przypadek pouczający i z tego względu, że w przebiegu i pod wpływem leczenia pojawiły się zastraszające objawy, jak zapad, oddech Cheyne-Stockesa, utrata przytomności, które szczęśliwie minęły; i Baer także stwierdził w ciągu stosowania surowicy wzrost opsonicznego współczynnika. W roku 1907 na 79. Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy Schenker wydał o surowicy Marmorka sąd korzystny na podstawie 57 przypadków, leczonych przez siebie, i zalecił głównie stosowanie jej przez odbytnicę; już wkrótce po rozpoczęciu leczenia. stwierdzał poprawę; pomyślny wynik widział także w gruźlicy kości i pęcherza moczowego, a nawet w ciężkich przypadkach uważa próbę z surowicą za wskazaną. Frey z Davos również na tym samym Zjeździe podał do wiadomości, że wykonał 1500 podskórnych i przeszło 5000 odbytniczych wstrzyknięć surowicy. Wedle jego zapatrywania surowica Marmorka jest czystą antytoksyczną surowicą, która umierających oczywiście nie uratuje, ostre przypadki leczy częściowo w ciągu tygodnia, a przewlekłe leczy po największej części z wybornym skutkiem. Wohlberg (Berl. klin. Wochs. 1907) uważa surowicę tę za bardzo użyteczny środek w zwalczaniu zołzów, wzgl. gruźlicy, a zwłaszcza zaleca ją w ciężkich postaciach zołzów. Neumann (Ärztl. Praxis, 1907) w gruźlicy chirurgicznej, leczonej lawatywami z surowicy, nie widział żadnych ubocznych szkodliwych działań, ale też i w żadnym przypadku nie widział wyleczenia. Landau (Ärztl. Praxis, 1907) spostrzegał w trzech przypadkach gruźlicy narządów płciowych kobiecych, leczonych operacyjnie, pomyślny wpływ na przetoki, a w 2 przypadkach nawet wyleczenie pod wpływem surowicy Marmorka. Hoffa (Ärztl. Praxis, 1907) jest z niej również bardzo zadowolony, i chwali działanie tej surowicy w gruźlicy kości i stawów. Natomiast Meyer i Stadelmann (Ärztl. Praxis, 1907) widzieli po surowicy tak niekorzystne wyniki, że musieli przestać jej stosowania. Ullmann (Zeitschr. f. Tub., 1907), który stosował tę surowicę na 30 przypadkach, jest z niej bardzo zadowolony i zaleca ją szczególnie w gruźlicy kości, stawów, gruczołów, jądra i w zołzowych zapaleniach oczu. Hymans i Daniels (Berl. klin. Wochs., 1907) używali surowicy Marmorka w 21 przypadkach częścią wewnętrznej, częścią chirurgicznej gruźlicy, również pod postacią lawatyw. W ciężkiej gruźlicy płuc uzyskiwali w niektórych przypadkach tak dobre wyniki, jakich prawdopodobnie nie dałoby się osiągnąć żadnym innym środkiem; w chirurgicznej zaś gruźlicy zauważyli we wszystkich prawie przypadkach lecznicze działanie surowicy, tak że wedle ich mniemania nie można już wątpić w swoistość surowicy Marmorka. Wedle Schenkera (Münch. med. Wochs., 1907) surowica Marmorka w gruźlicy wywiera antytoksyczne działanie na ustrój ludzki, za czem przemawia zmniejszanie się, względnie znikanie prątków

gruźliczych w plwocinie suchotników i moczu przy gruźlicy pęcherza i nerek. Szczególniej korzystnie działać ma surowica w gruźlicy płuc pierwszego i drugiego stopnia, toż samo w gruźlicy kości i otrzewnej; w gruźlicy zaś trzeciego stopnia daje tak dobre wyniki, jak żaden inny środek; jakkolwiek nie zawsze działa lecząco, to jednak postęp choroby wstrzymuje i dalsze niszczenie ustroju czasowo hamuje. Także w zakażeniach mieszanych wywołuje surowica wielokrotnie poprawę, jednak wolniej i rzadziej, niż w czystej gruźlicy. Natomiast Elsässera (Deutsche med. Wochs., 1907) nie zadawalniają wyniki, uzyskane przy pomocy surowicy Marmorka i dlatego ponad nią przekłada czynne uodpornianie zapomocą nowej tuberkuliny; wyraża on mniemanie, że niektóre z dotychczas znanych korzystnych wyników działania surowicy przypisać należy zawartości w surowicy podwójnej antytoksyn przeciwpaciorkowcowych, a nie istot leczniczych przeciwgruźliczych.

W r. 1908 Uhry (Revue de méd., 1908) zdaje sprawę z leczenia przez rok cały 48 przypadków gruźlicy chirurgicznej i płucnej surowicą Marmorka; uważa on surowicę tę za zupełnie nieszkodliwą, wpływ leczniczy jej za niewątpliwy, a tem wybitniejszy, im sprawa chorobowa jest świeższa; surowicę tę uważa on za swoisty lek przeciwgruźliczy. Hohmeier (Münch. med. Wochs. 1908) w 14 przypadkach gruźlicy chirurgicznej spostrzegał, że w lekkich gojenie się przy stosowaniu zwykłego leczenia chirurgicznego przebiegało szybciej i korzystniej, natomiast w cięższych surowica ani nie chroniła od tworzenia się nowych ognisk, ani nie wpływała korzystnie na przebieg choroby, ani też nie poprawiała stanu ogólnego. W tym samym roku Sokołowski na posiedzeniu warszawskiego Towarzystwa lekarskiego zdawał sprawę ze swoich spostrzeżeń nad działaniem surowicy Marmorka u 20 chorych, dotkniętych gruźlicą płuc, a u 3 chorych z powikłaniami krtaniowemi. Na przebieg gruźlicy krtani surowica nie wywierała wpływu żadnego, w gruźlicy zaś płuc wynik stosowania surowicy był napozór dodatni, i to tylko u tych chorych, którzy leczeni byli w lecie i stale leżeli na werendach, ujemny u drugiej połowy chorych, która leczyła się w zimie i na sali szpitalnej. W tym samym roku Strauss na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Norymberdze, na podstawie przypadków gruźlicy chirurgicznej, leczonej lawatywami z surowicy Marmorka, dochodzi do wniosku, że surowica jest środkiem bezwarunkowo nieszkodliwym, w pewnej liczbie przypadków zdaje się okazywać swoiste działanie, musi być jednak przez czas dostatecznie długi stosowana, ażeby bierne uodpornienie uczynić jaknajsilniejszem. Przeciwnie Grüner (Wiener klin. Wochs., 1908) odmawia tej surowicy wszelkiej wartości, zarówno w gruźlicy płuc, jak i w gruźlicy kości. Surowica nie może wstrzymać powstawania świeżych ognisk chorobowych, ani też wpłynąć korzystnie na stan ogólny. Nawet w stokrotnie większej ilości z tuberkuliną zmieszana, nie zdołała surowica w ani jednym przypadku znieść odczynu skórnego na tuberkulinę, albo osłabić. W ostatnim czasie Sokołowski i Dembiński (Gaz. lek., 1908) na podstawie doświadczeń klinicznych wzbraniają się wydać stanowczy sąd co do swoistości surowicy Marmorka w gruźlicy płuc.

W powodzi tych sprzecznych sprawozdań, wiedzeni ciekawością, po czyjej stronie jest słuszność, i pragnąc w sprawie tak ważnej, a trudnej, zdobyć sąd własny, postanowiliśmy zeszłego roku za zachętą Prof. Jaworskiego wypróbować surowicę Marmorka na naszym materyale klinicznym. Potrzebnej do tego celu surowicy w ilościach dostatecznych z uprzedzającą gotowością dostarczyła nam pracownia Dra Marmorka, za co na tem miejscu, jak i za wskazówki pisemnie nam udzielane, składamy mu podziękowanie.

Surowicę stosowaliśmy przedewszystkiem w kilkunastu przypadkach gruźlicy płuc drugiego i trzeciego stopnia, taki materyał bowiem głównie w klinice naszej się nasuwa, w 3 przypadkach gruźlicy gruczołowej (*lymphoma colli*) i w jednym przypadku tocznia (*lupus vulgaris*), początkowo podskórnie, później prawie wyłącznie przez odbytnicę. Podskórne wstrzykiwania robiliśmy pod skórę brzucha lub w okolicę pośladków kolejno po obu stronach po dokładnem odkażeniu skóry, zwykłą strzykawką o 10 ctm³ pojemności przez szereg dni codzień rano, robiąc po każdej seryi przepisaną przerwę. Do odbytnicy wprowadzaliśmy zazwyczaj codziennie 10 ctm³ surowicy rozcieńczonej małą ilością letniej wody po poprzedniej lawatywie oczyszczającej, w razie gdy stolca nie było, małą strzykawką z nasadzoną na końcu miękką rurką kauczukową. Surowica, przez nas używana, była oczywiście surowicą podwójną. Każdego chorego z chwilą wstąpienia do kliniki poddawano ścisłemu badaniu, spisywano dokładny stan, a przy następnych w kilka dni, a najwyżej w tydzień powtarzanych badaniach, porównywano stan przedmiotowy pierwotny z kolejno następnym. Każdego chorego ważono co tydzień, a ciepłotę jego mierzono co 2 godziny. Plwociny w każdym przypadku poddawano badaniu bakteryologicznemu. Chorych, leczonych surowicą, umieszczano po 2 lub 3 w separatkach wprawdzie małych, ale wysokich, na południe zwróconych, mających obfitość światła i powietrza, co dla naszych chorych, rekrutujących się po największej części z klasy ubogiej, było wielką higieniczną korzyścią. U każdego gorączkującego, choćby nawet nieznacznie, stosowano bezwzględny spokój i leżenie w łóżku. O werandowaniu i leczeniu na wolnem powietrzu dla braku najprostszych nawet w tym kierunku urządzeń marzyć nawet nie można było; jedynie w lecie, o ile warunki atmosferyczne na to pozwalały, trzymano okna dzień i noc otwarte i stwarzano w ten sposób z każdej separatki rodzaj jak gdyby werandy. Dyeta naszych chorych w porównaniu z poprzednimi warunkami ich bytu była obfita i posilna i składała się, zależnie od łaknienia, z 9 do 12 dań, rozdzielonych na 5 posiłków dziennie. Rzecz oczywista, że na czas stosowania surowicy usuwano wszelkie inne lekowania, jak n. p. środki narkotyczne, a tylko w razie bardzo dokuczliwych przypadłości przy równoczesnem stosowaniu surowicy uciekano się do nich.

(C. d. n.).

Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Uwagi nad operacyą Talmy.

Podał

Dr Tadeusz Ostrowski

asystent kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego na XV Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 10. lipca 1908).

Istnieje cały szereg cierpień, gdzie zmiany anatomopatologiczne, zachodzące w sąsiedztwie żyły wrotnej, jej pnia lub też rozgałęzień, wywołują poważne zaburzenia w krążeniu krwi w zakresie tej żyły i całym jej układzie. Bezpośrednim wynikiem tego jest zastój w tym układzie, który wywołuje z jednej strony rozszerzenie żył, powstawanie żylakowatych rozszerzeń w żyłach jamy i ścian brzusznych, z drugiej przesięk do jamy brzusznej i tworzenie się puchliny brzusznej, polegającej na nagromadzaniu się wolnego płynu przesiękowego w jamie brzusznej. Sprawy chorobowe, od których zależą te zaburzenia w krążeniu i ich następstwa, mogą być rozmaite; należy tu wspomnieć: marskość

zanikową wątroby na pierwszem miejscu, dalej zakrzep w żyle wrotnej, powstający wskutek ostrego lub przewlekłego zapalenia ścian żyły, uciśnięcie pnia żyły wrotnej lub jej rozgałęzień przez nowotwory złośliwe wątroby, sieci, żołądka, trzustki, dalej przez powiększone gruczoły chłonne okołowrotne, wreszcie zmiany zachodzące w sąsiedztwie żyły wrotnej na skutek spraw zapalnych toczących się w otaczającej ją tkance łącznej. Wszystkie te sprawy chorobowe, z wyjątkiem nagłego zakrzepu żyły wrotnej, powstającego wobec ostrego zapalenia ścian tej żyły, w którym to przypadku mamy zwykle przed sobą burzliwy obraz chorobowy, cechujący się ciężkim stanem ogolnym, z typową gorączką, przerywaną dreszczami i wszystkimi innymi objawami ropnicy, — wszystkie zresztą sprawy chorobowe w początkowych okresach cechuje zwykle zupełny brak objawów przedmiotowych a nieraz i podmiotowych, dostrzegalnych za życia chorego. Dopiero, gdy wobec wspomnianych wyżej zaburzeń w krążeniu w układzie żyły wrotnej, występują objawy tego powikłania, sprawa chorobowa zasadnicza (np. marskość wątroby) objawia tem swą obecność i teraz dopiero badanie odsłania cały obraz chorobowy cierpienia, nieraz już daleko posuniętego. Jednem słowem bywa często tak, że nie cierpienie zasadnicze zniewala chorego do szukania pomocy lekarskiej, lecz rozwijające się następowo dolegliwości; a co gorsza, mogą się one stać przyczyną zejścia śmiertelnego, jak tego dowodzą przypadki Charcota i Strümplla, których chorzy, cierpiący na marskość zanikową wątroby, poginęli wskutek gwałtownych krwotoków z żylaków przewodu pokarmowego, powstałych wobec zastoju w układzie żyły wrotnej. Nie potrzeba jednak tych tragicznych przykładów wyżej wspomnianych autorów, aby zrozumieć, że leczenie, mające na celu tylko wyrównanie tych zaburzeń w krążeniu w układzie żyły wrotnej, a nie zmierzające bezpośrednio do usunięcia zła zasadniczego (w wyżej podanych przypadkach — marskość zanikowa wątroby), że takie leczenie łagodzące (paliatywne) ma zupełną racyę bytu. Leczenie zdążające do usunięcia »objawu« puchliny brzusznej, przestaje być leczeniem »objawowem«, skoro uwzględnimy groźne i ciężkie dla chorego następstwa tego »objawu«, że wymienię tylko najważniejsze: duszność wskutek zmniejszenia pojemności klatki piersiowej i rozległości ruchu przepony, przemieszczenie serca i zaburzenia w jego czynności, obrzęk ścian jelit i kiszek i stąd pochodzące zaburzenia, zastój w nerkach, zmniejszający ilość wydzielanego moczu i wpływający przez to jeszcze bardziej na powiększanie się ilości wolnego płynu w jamie brzusznej. Zważywszy więc, jak groźnym dla życia chorego może się stać »objaw« zastoju w obrębie żyły wrotnej z jego następstwami, będziemy uważali za usprawiedliwione i posiadające zupełną racyę bytu leczenie, mające na celu w pierwszej linii usunięcie tylko tego zła, nie przesądzającego jednak, jak to postaram się niżej wykazać, sprawy cierpienia zasadniczego. Chodzi mi o zaznaczenie tego, że leczenie, zdążające do usunięcia puchliny brzusznej, t. j. jednego tylko z objawów cierpienia zasadniczego, może mieć pewien wpływ na ogólny obraz chorobowy, np. w przypadkach marskości wątroby wpływać na polepszenie czynności tego narządu (Majocchi).

Z metod leczenia puchliny wodnej brzucha wspomnieć należy metodę farmaceutyczno-dyetetyczną, — wiadomą bowiem jest rzeczą, że w początkowych okresach puchlina brzuszna, zależna od zastoju w układzie żyły wrotnej, ustępuje często przy takiem leczeniu. Sasaki otrzymywał dobre wyniki przy leczeniu puchliny brzusznej wobec marskości wątroby i kiły wątroby podając w wielkich dawkach winian potasowy (*cremor tartari*), Miura zaleca i chwali środki napotne i t. d. te jednak metody leczenia puchliny brzusznej nie wchodzą w zakres niniejszej pracy i dlatego przejdziemy do omówienia metod operacyjnych.

Tu wymienić należy przedewszystkiem nakłucie jamy brzusznej i wypuszczenie płynu. Usuwając z jamy otrzewnej znaczną ilość nagromadzonego w niej płynu, odrazu stwarzamy w niej warunki zbliżone do prawidłowych i dlatego zabieg ten w znaczeniu leczenia objawowego ma wartość niepospolitą; z drugiej jednak strony, jak wykazują Murchison i Küssner, stosowany we wczesnych okresach, kiedy ilość płynu wolnego nie jest zbyt wielka, może on dać wyniki lecznicze trwałe. Wyraźnie jednak zaznaczyć trzeba, że zabiegiem istotnie leczniczym, a nie łagodzącym (paliatywnym), staje się nakłucie w okresach początkowych, kiedy zwykle leczenie chorego pozostaje wyłącznie w rękach internistów; chirurdzy dostają do leczenia przypadki zastarzałe-zaniedbane, kiedy nakłucie jamy brzusznej jest już zabiegiem tylko łagodzącym.

Dlatego też za metodę operacyjną leczenia przepukliny brzusznej można uważać taką, która ma na celu wytworzenie nowej drogi ubocznej dla krwi, krążącej w układzie żyły wrotnej, gdzie spotykając znaczny opór i przeszkodę, mogłaby swobodnie odpływać do układu żyły głównej, przez co uniknięto by fatalnych skutków zastoju krwi w układzie żyły wrotnej. O takiej operacyi myślał Eck, kiedy w roku 1877 przez połączenie żyły głównej z żyłą wrotną chciał wyłączyć wątrobę z obiegu krwi, krążącej w układzie żyły wrotnej. Doświadczenia wykonane na psach, przekonywały go o racyi bytu takiej operacyi i sądził, że znalazł rozwiązanie sprawy leczenia puchliny brzusznej, powstającej wobec zastoju w układzie żyły wrotnej. Trudności techniczne i późniejsze wyniki ujemne doświadczeń, wykonywanych na psach, które ginęły przy objawach mocznicy sprawiły to, że operacya Ecka, a także odmiany jej, podane przez Queirolo, Bielka v. Karltreu, Tansiniego i in. nie zostały przyjęte przez ogół chirurgów i zastosowania praktycznego nie znalazły.

Opierając się na spostrzeżeniach klinicznych i anatomopatologicznych — stwierdzających znaczne rozszerzenie sieci naczyń żylnych, sąsiadujących z układem żyły wrotnej w przypadkach zastoju w tym układzie, podał Talma nową metodę operacyjnego leczenia puchliny brzusznej. Porozszerzane żyły układów, sąsiadujących z układem żyły wrotnej, przedstawiają to nowe koryto, którem krew z układu żyły wrotnej może przelewać się do żyły głównej; spostrzeżenia kliniczne stwierdzają również fakt, że w przypadkach zastoju w układzie żyły wrotnej wytwarzają się nowe połączenia żylne pośrednie pomiędzy tymi dwoma głównymi układami przez tworzenie się bogato unaczynionych zrostów otrzewnych, głównie pomiędzy wątrobą, a przeponą i otrzewną ścienną.

W warunkach prawidłowych są następujące drogi żylne, łączące oba układy: a) górna lewa żyła wieńcowa żołądka (*vena coronaria ventriculi sup. sin.*) łączy się z ży-

łami przewodu pokarmowego (*v. oesophageae)*, te zaś z żyłami przepony, międzyżebrowemi, z żyłą nieparzystą *(v. azygos)*, przy pośrednictwie zaś tych żył z żyłą główną; z żyłą główną dolną łączy się żyła żołądkowa za pośrednictwem żyły przeponowej dolnej; b) dolna żyła krezkowa (*v. mesenterica inf.)* za pośrednictwem żył odbytniczych (*v. hemorrhoidales super.* z jednej strony i *v. h. mediae* i *inferiores* z drugiej) łączy się z żyłą główną dolną przy pośrednictwie żyły sromnej wewnętrznej i podlędźwiowej wewnętrznej; na to krążenie uboczne zwracał uwagę Charcot i znaczne mu przypisywał znaczenie; wreszcie istnieje c) układ żył Retziusa — żył ścian przewodu pokarmowego, które nie wpadają do układu żyły wrotnej, a skierowują się przez niewielkie gałązki albo wprost do żyły głównej lub do którejkolwiek jej gałęzi.

Oprócz podanych powyżej 3 dróg dla ubocznego krążenia odkrył Sappey jeszcze szereg innych żył, nazwanych przez niego »dodatkowym układem żyły wrotnej«, ponieważ każda z nich jest jakby żyłą wrotną w miniaturze, składając się popierwsze, z początkowych naczyń włosowatych, powtóre, z niewielkiego naczynia żylnego, po trzecie, z rozgałęzień w miąższu wątroby, jeżeli samo to naczynie żylne nie łączy się z żyłą wrotną. Tak zwanych przez Sappeya »układów dodatkowych« mamy pięć; trzy z nich, mianowicie: grupa żołądkowo-sieciowa, grupa żył pęcherzyka żółciowego i naczynia odżywcze żyły wrotnej, jako nie łączące się z żyłą wrotną lub mające bardzo skąpe połączenia, nie mogą przyczynić się do wytworzenia się krążenia obocznego. Daleko większe znaczenie mają pod tym względem dwie pozostałe grupy: żyły więzadła wieszadłowego wątroby, posiadające swe początkowe korzenie w przeponie, gałązki w wiązadle, a rozgałęzienia w przylegających do wiązadła zrazikach wątroby; w stanie prawidłowym są te gałązki bardzo cienkie, w przypadkach zaś puchliny brzusznej, zależnej od zastoju krwi w układzie żyły wrotnej, opisanych przez Sappeya i Talmę dosięgały one grubości pióra wroniego i małego palca, a ilość ich była dosyć znaczną (10—12). Najważniejsza jest grupa żył okołopępkowych *(vv. paraumbilicales)*, które idą w okolicy pępkowej przedniej ściany brzusznej; korzenie tej grupy łączą się z żyłą nadbrzuszną, powierzchowną nadbrzuszną i wewnętrzną sutkową, wchodzą do jamy brzusznej i biegną wzdłuż więzadła okrągłego wątroby, tworząc splot dookoła zarośniętej żyły pępkowej, po wejściu do wątroby jedna część gałązek rozprzestrzenia się między zrazikami brózdy podłużnej, druga wpada do żyły wrotnej, trzecia do odcinka żyły pępkowej, który pozostał nie zarośnięty. Krew, płynąca do tych żył, dąży z góry na dół i skierowuje się do żył kończyn dolnych przez żyły górne nadbrzuszne i powierzchowne nadbrzuszne, tworząc wokoło pępka, t. zw. *caput medusae*, objaw, tak często spotykany przy marskości wątroby. Zdawałoby się, że istnienie tak licznych połączeń żylnych pomiędzy dwoma układami żylnemi nie powinno pozwolić na wystąpienie objawów zastoja krwi w jednym z nich i rzeczywiście tak bywa nieraz, znaną bowiem jest rzeczą, że anatom patologiczny często znajduje na sekcyi daleko posuniętą postać marskości wątroby, kiedy zupełnie brak puchliny brzusznej i klinicznie cierpienia tego, powodującego znaczną przeszkodę w krążeniu krwi w układzie żyły wrotnej, rozpoznać nie było można. Nie zawsze jednak natura daje sobie z cierpieniem radę i w tych przypadkach zadaniem naszem jest dopomódz jej w wytwarzaniu nowych dróg ubocznych. Z tego założenia wychodząc, Drummond i niezależnie od niego Talma zalecili wykonać przyszycie sieci i woreczka żółciowego do ścian brzusznych, aby tą drogą stworzyć nowe połączenie żylne, wiadomą bowiem jest rzeczą, że w tego rodzaju zrostach otrzewnych rozwijają się spore naczynia żylne, o czem możemy nieraz przekonać się, rozdzielając przy operacyach w jamie brzusznej zrosty, powstałe wbrew naszej woli i pierwotnym zamiarom; i w przypadkach zastoju w układzie żyły wrotnej, zrosty te z ich naczyniami nabierają wartości dodatniej i znakomite oddają ustrojowi usługi. O wartości tych nowowytworzonych sieci żylnych przekonywują nas przypadki badane anatomopatologicznie, gdzie na sekcyi osób zmarłych z powodu marskości wątroby nie znajdujemy w jamie otrzewnej nagromadzonego płynu przesiękowego, spostrzegamy natomiast znacznie porozszerzane żyły układu żyływrotnej i żyły przebiegające w sąsiedztwie. Szczególną uwagę zwrócił Talma na przypadki samowyleczenia puchliny brzusznej — sekcya w tych przypadkach potwierdziła nasze przypuszczenia o wartości nowowytwarzających się splotów żylnych; — w protokołach Talmy wyraźnie zaznaczono, że »wskutek rozwoju pobocznego obiegu krwi niema puchliny brzusznej — z szerokich żył wpustu żołądka biegnie dużo grubych żył (do 1 ctm. średnicy) do błony podśluzowej przewodu pokarmowego, żyły wokoło wpustu łączą się z żyłami przepony, między ubocznemi i lędźwiowemi«. Zjawisko takie nie jest wcale rzadkie, o czem przekonać się możemy z opisów chorób chorych, operowanych z powodu marskości wątroby (patrz niżej wyciągi z opisów chorób naszych chorych) i już Charcot, w swych »wykładach o chorobach wątroby i dróg żółciowych«, mówiąc o tej współzależności pomiędzy rozwojem takiego ubocznego krążenia krwi, skierowującym krew żyły wrotnej do układu żyły głównej i powstawaniem puchliny brzusznej, dochodzi do wniosku, że »najprawdopodobniej postać zanikowa marskości wątroby nigdyby nie wywołała puchliny brzusznej, jeżeliby rozwój wspomnianego krążenia ubocznego nie spotykał przeszkód, najczęściej nieprzezwyciężonych«.

Okazać pomoc w przezwyciężaniu tych przeszkód stało się celem chirurgów, którzy poprostu naśladując przyrodę, trafili na dobrą drogę rozwiązania sprawy. Pierwsze próby w tym kierunku podjął van der Meulen i Schelkly za radą Talmy, następnie Lens, Morison Drummond; wyniki operacyi tych *(omentofixatio)* początkowo były ujemne, dopiero kiedy Talma opisał szczegółowo w roku 1898 przypadek, operowany z pomyślnym wynikiem i jako następstwo tego pojawiły się prace doświadczalne, — operacya uzyskała pewniejsze i gruntowniejsze podstawy i wyrobiła sobie prawo obywatelstwa. Z prac doświadczalnych na pierwszem miejscu należy postawić pracę Tillmana z r. 1899. W pierwszych próbach wszywał on sieć pomiędzy mięśnie brzuszne i skórę, otrzewnę zaś jelitową wycierał 1‰ rozczynem sublimatu; po ośmiu dniach drugie otwarcie jamy brzusznej i podwiązanie żyły krezkowej *(vena mesaraica)*; przez pierwsze dni zwierzęta operowane były przygnębione, cierpiały na krwotoki kiszkowe, wzdęcie brzucha, lecz potem stan ich poprawiał się; znowu po ośmiu dniach trzecie otwarcie jamy brzusznej i podwiązanie żyły

wrotnej — przebieg pooperacyjny jak i po drugiej operacyi; wreszcie zwierzęta powracały do stanu prawidłowego. Natomiast te zwierzęta (psy i króliki), którym pierwotnie nie dokonywano wszycia, wszycia sieci pomiędzy skórę i mięśnie, wszystkie po podwiązaniu żyły krezkowej i żyły wrotnej poginęły. Sekcya zwierząt, wykonana po upływie 12 tygodni, wykazała prawie zupełne zarośnięcie światła żyły wrotnej, żyła krezkowa była przemienioną w postronek łącznotkankowy; w wątrobie znaleziono porozrzucane wysepkowo miejsca nacieku tłuszczowego. Te doświadczenia Tillmana dowiodły ponownie słuszności twierdzeń — Claude-Bernarda i Schiffa, którzy uczyli, że nagłe podwiązanie żyły wrotnej i żyły krezkowej sprowadza niechybną śmierć. »Si l'on fait brusquement la ligature la mort en est la conséquence inévitabl«, twierdzi Claude-Bernard. Z drugiej strony doświadczenia te dowiodły, że drogą operacyjną można stworzyć nowe połączenie układu żyły wrotnej z ogólnym obiegiem krwi, naśladując to, co nieraz natura sama stwarza, to znaczy bogato unaczynione zrosty pomiędzy narządami jamy otrzewnej, z których krew zbiera się do układu żyły wrotnej, i ścianą brzuszną, zaopatrzoną w żyły, należące do układu żyły głównej. Następne prace doświadczalne Schmitza, Kuźniecowa, Ito i Omi potwierdziły wyniki poprzednie i łącznie z klinicznem opracowaniem omawianej sprawy sprawiły to, że operacyjne wytwarzanie dróg ubocznych dla krążenia krwi w przypadkach zastoju w układzie żyły wrotnej stało się metodą leczniczą coraz częściej stosowaną; kiedy w roku 1900 Friedländer mógł zebrać tylko 15 takich przypadków, Bunge w roku 1902 opisał już 90, Greenough w tymże roku 122, Kozłowski w 1904 — 161, nam udało się zebrać 280 przypadków stosowania operacyjnego leczenia objawów zastoju w układzie żyły wrotnej. Jakkolwiek nie we wszystkich przypadkach wykonywano zabieg operacyjny według jednego wzoru, podanego i szczegółowo opisanego przez Talmę, to jednak, ze względu na to, że myśl przewodnia dla wszystkich była jedna i ta sama, za słuszne uważam określanie tej operacyi mianem *»operacyi Talmy«*.

Modyfikacye tego zabiegu wprowadzone przez innych autorów nie zmieniały jej zasadniczo, a były tylko mniej lub więcej uzasadnionymi dodatkami, a mianowicie: Neumann zeskrobywał ostrą łyżeczką śródłonek otrzewnej w sąsiedztwie rany, w celu uzyskania rozleglejszych zrostów z siecią, Weir nakłuwał w tymże celu ostrą igłą powierzchnię wątroby i otrzewnę ścienną, jakoteż pokrywającą przeponę. Morison pocierał wątrobę, śledzionę i pętle jelit, jakoteż otrzewnę ścienną gąbką, wszywał sieć do rany a przez otwór nad spojeniem łonowem wprowadzał do jamy otrzewnej mały sączek. Eiselsberg robił cięcie u dolnego brzegu wątroby i wszywał w nie woreczek żółciowy i sieć, Narath oddzielał skórę w okolicy śledziony od mięśni i w kieszeń tym sposobem utworzoną wszywał śledzionę, Rolleston i Turner, zrobiwszy cięcie ukośne wzdłuż prawego łuku żebrowego, wszywali w nie sieć i brzeg wątroby, założywszy poprzednio sieć pomiędzy przeponę i wypukłą powierzchnię wątroby. Schiassi, zrobiwszy cięcie pionowe wzdłuż prawego mięśnia prostego, przeprowadza jeszcze poziome prostopadłe do pierwszego na granicy górnej i środkowej $^1/_3$, i oddzieliwszy płat skórnomięśniowy od otrzewnej, wszywa podeń sieć (*extraperitoneal)* i zaszywa ranę nad siecią; Kozłowski przymocowuje sieć kilku szwami węzełkowymi do otrzewnej, oprócz tego wszywa sieć w ranę brzuszną. Omi i Ito nie zadawalniają się przyszyciem sieci; w celu uzyskania rozleglejszych zrostów narządów jamy otrzewnej z powłokami zalecali »przyszycie śledziony i nerki«, aby drogą nowotworzących się naczyń krwionośnych wyrównać przeszkody w krążeniu w układzie żyły wrotnej. Przeglądając wyniki, otrzymywane przez różnych autorów, nie można zauważyć, aby która z tych metod wyróżniała się przed innemi swemi zaletami, różne te dodatki, jak się okazuje, odgrywają tu nieznaczną rolę i rozstrzygającego wpływu na przebieg leczenia nie mają.

Chcąc mówić o wartości operacyi Talmy trzeba rozpatrzyć nietylko wyniki otrzymane po tej operacyi, lecz także, co zdaniem mojem najważniejsze, warunki w których operacya ta została wykonaną; w przeciwnym bowiem razie postępowalibyśmy według błędnej formuły logicznej: *post hoc ego propter hoc,* i wnioski nasze, aczkolwiek oparte na faktach, nie miały wartości realnej. Na ogół biorąc wyniki po operacyi Talmy są dosyć dobre: Zesas w swem zestawieniu przypadków, zebranych do r. 1904 w ogólnej liczbie 210, podaje 67 przypadków wyleczeń zupełnych, 42 — znacznych polepszeń, 19 — bez polepszeń i 82 przypadki zejścia śmiertelnego. Tak się przedstawiają dane liczbowe; kiedy jednak rozpatrzymy te przypadki bliżej, przekonamy się, że te dobre wyniki operacyi Talmy tracą na swej sile przekonywającej o rzeczywistej wartości tej operacyi. Jak wiemy, ma ona na celu wytworzenie nowego układu ubocznego żylnego dla krwi, spotykającej znaczny opór w krążeniu w układzie żyły wrotnej. Oparta jest ta metoda operacyjna na szeregu badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych, przekonujących nas, że rzeczywiście wszywając sieć w ścianę jamy brzusznej stwarzamy warunki, przy których zaburzenia krążenia w układzie żyły wrotnej mogą zostać wyrównane. Na tem mechanicznem działaniu ogranicza się znaczenie operacyi Talmy i w tych przypadkach, gdzie usunięcie przeszkody w krążeniu krwi jest celem leczenia możemy się z góry spodziewać, że wyniki jej będą dobre. Jak wiadomo, operacya Talmy znalazła najszersze zastosowanie w przypadkach puchliny brzusznej przy marskości wątroby; spodziewano się, że tą drogą uzyskamy nowe koryto dla krwi spotykającej wzmożony opór w wątrobie, usuniemy więc przyczynę powstawania puchliny brzusznej. W rzeczywistości jednak nie zawsze się sprawdzały nasze nadzieje i, jak słusznie wskazują Oettinger, Lastaria, Murrel, Lieblein i inni, często spotyka nas zawód tam, gdzie byliśmy pewni powodzenia; tam gdzie krążenie uboczne dla krwi z układu żyły wrotnej wytworzyło się znakomicie, puchlina brzuszna nie przestawała istnieć i po wypuszczeniu płynu szybko występowała powrotnie. Przypadki takie, gdzie operacya Talmy dała wynik niepomyślny pomimo pomyślnego przebiegu pooperacyjnego spotykaliśmy też i w lwowskiej klinice chirurgicznej. W przypadku Nr 1. podczas operacyi już widzieliśmy znacznie porozszerzane żyły, przebiegające w zrostach wątroby i sieci z otrzewną ścienną. Po wykonanej operacyi sieć żył okołopępkowych i brzusznych wystąpiła wybitnie — operacya jednem słowem udała się — wynik ostateczny jednak był niepomyślny — sprawa zakończyła

się zejściem śmiertelnem. Protokół sekcyjny wykazuje znacznie porozszerzane żyły w powłokach brzusznych, które były bardzo bogato unaczynione, narządy jamy brzusznej, a głównie wątroba, sieć i śledziona pozrastane z otrzewną ścienną — zrosty te obfitują w szerokie naczynia żylne — w jamie zaś brzusznej znaczna ilość wolnego płynu. Tego rodzaju ujemny wynik operacyi Talmy zniewala do zwrócenia baczniejszej uwagi na czynniki, od których zależy taki przebieg: pomimo usunięcia przeszkody w krążeniu krwi żyły wrotnej nagromadzanie się płynu wolnego w jamie brzusznej nie ustaje. (C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Gudzent. **O leczeniu maską płucną Kuhna.** (*Berliner klin. Wochenschr.* Nr 5, 1909). Kuhn polecił leczyć gruźlicę płuc maską, która, utrudniając wdech, wywołuje temsamem przekrwienie bierne w płucach. G. badał wpływ leczniczy maski w 7 przypadkach niedokrwistości i blednicy i potwierdza w zupełności jej wyraźnie dodatni wpływ na wzrost ilości hemoglobiny, krwinek czerwonych i wagi ciała. Stan podmiotowy chorych ulega również wybitnemu polepszeniu. Ilość krwinek białych podczas leczenia maską nie zmienia się. Dalej stosował G. leczenie maską u 7 chorych na gruźlicę płuc. Dwóch z nich uznaje za wyleczonych, u trzech stwierdza znaczne polepszenie, dwaj ostatni wreszcie za krótko pozostawali w leczeniu, by można o nich wyrokować. K. nie zauważył u żadnego z tych chorych pogorszenia, ani jakichkolwiek niemiłych objawów ubocznych.

W. Kluger.

Doc. Jagić. **W sprawie leczenia dychawicy oskrzelowej (nerwowej).** (*Berliner klin. Wochenschr.* Nr 13, 1909). Od 3 lat używa autor dla przerywania ostrych napadów dychawicy oskrzelowej, adrenaliny, i stwierdza szybkie i niespodziewanie dobre działanie tego środka. Tłómaczy je prawdopodobnem podrażnieniem nerwu współczulnego przez adrenalinę i sądzi, że podrażnienie nerwu współczulnego idzie w parze z obniżeniem się napięcia w nerwie błędnym. Jak wiadomo, atropina działa bardzo skutecznie w dychawicy oskrzelowej dzięki temu, że poraża nerw błędny. Działanie obu tych środków jest zatem do pewnego stopnia podobne. Autor wstrzymuje się na razie od orzeczenia, czy adrenalina nadaje się do stałego, dłuższego leczenia dychawicy oskrzelowej. *Wł. Kluger.*

Curschmann. **Grypa na tle pneumokokowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 8). Autor zajmował się bakteryologicznem badaniem chorych, którzy w Lipsku zapadali w roku zeszłym epidemicznie na typową, — przynajmniej klinicznie, — grypę. Pokazało się przytem, że bakterye Pfeiffera ani razu nie były w czasie tej epidemii powodem choroby, ale, że sprawa toczyła się niemal wyłącznie pod wpływem dwoinek Fraenkla-Weichselbauma. Mimoto autor, opierając się na analogii z innemi chorobami, jak czerwonka i błonica, (których etyologia też niezawsze jest jedna), nie waha się i tej sprawie chorobowej nadawać nazwę grypy. *Dr M. Godlewski.*

Prof. Kraus. **Sposoby oznaczania ciśnienia krwi u chorego i ich znaczenie dla praktyki lekarskiej.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr 6, 1909). Przyrządy Gärtnera, Riva-Rocciego i Recklinghausena, zbudowane na zasadzie całkowitego zamknięcia światła tętnicy przy użyciu dającej się zmierzyć siły, pozwalają lekarzowi praktycznemu zmierzyć dokładnie skurczowe, a raczej największe, maksymalne, i rozkurczowe, a raczej najniższe, minimalne ciśnienie tętnicy obwodowej. Pozwalają dalej oznaczyć amplitudę wahania ciśnienia przez obliczenie różnicy między ciśnieniami. Wobec tego, iż wyczuwanie tętna zależy jedynie od wahania się ciśnienia, jest ono tylko podmiotową metodą i do oznaczania ciśnienia się nie nadaje; używanie przyrządów mierzących ciśnienie jest niezbędne. Ciśnienie maksymalne u człowieka zdrowego, mierzone przyrządem Recklinghausena, waha się stosunkowo nieznacznie i wynosi 125 do 130 mm sł. rtęci. Ciśnienie stale zwiększone spotykamy przy zapaleniu przewlekłem nerek, w początkowych okresach miażdżycy, toksycznej duszności, hyperglobulii, zastoju »przy wysokiem ciśnieniu«, niestale przy chorobie Basedowa. Chwilowo podnoszą ciśnienie: praca mięśniowa, ból, wyskok, środki podniecające, kąpiele bezwodnikowe, dalej środki trujące; takież chwilowe podniesienia spotykamy w neurastenii, przy przełomach żołądkowych w wiądzie rdzenia, przy miażdżycy. Chwilowo obniżone ciśnienie spotykamy przy zapadzie i u neurasteników, stale w chorobie Addisona, w chorobach i niedomodze serca. Wskazanem byłoby prócz mierzenia ciśnienia posługiwać się innymi sposobami do określenia pracy serca. Do tego celu zmierzają doświadczenia Plescha, oparte na pomyśle Ficka obliczenia ilości krwi, przez serce przy skurczu wypartej. Gdy znamy ilość zużytego tlenu i wydalonego bezwodnika w płucach, gdy oznaczymy zawartość ich w dwu próbkach krwi tętniczej i żylnej, to możemy obliczyć z różnicy, ile tlenu zabiera w płucach 1 cm krwi, a ile oddaje bezwodnika; a wiedząc, ile tlenu w płucach zostało zużyte, a bezwodnika wydalone, możemy obliczyć, ile centymetrów sześciennych krwi przez płuca w danym czasie przeszło. Dzieląc ilości otrzymane przez ilość skurczów serca w danym czasie, otrzymamy ilość krwi wypartej podczas skurczu.

Dr Skórczewski.

Goldberg: **Kształt krwinek białych w moczu przy gruźlicy dróg moczowych.** (*Deut. mediz. Wochenschr.* Nr. 4. 1909). Autor w celu sprawdzenia twierdzenia Colombina, iż kształt krwinek białych wieloboczny, ząbkowany, wydłużony, z wypustkami, jest dla gruźlicy dróg moczowych rozpoznawczo ważny, zwracał uwagę na ich kształt w moczu we wszystkich przypadkach, w których mocz zawierał ropę i rzeczywiście na 17 chorych z gruźliczemi zmianami w drogach moczowych 13 razy stwierdził wymienione charakterystyczne zmiany, 4 razy zaś krwinki białe były okrągłe. U 8 chorych z kamicą nerek lub pęcherza krwinki były zawsze okrągłe, natomiast u ośmiu chorych ze zmianami ropnemi potrypowemi ciałka były zawsze zniekształcone, tak jak u gruźliczych. Mimo, iż nie można zapatrywań Colombina w całości przyjmować, nie jest badanie krwinek ze względu na ich kształt pozbawione znaczenia rozpoznawczego, zwłaszcza jeśli sprawę tryprową można wyłączyć. *Dr. Skórczewski.*

Bruck i Gessner. **Badania surowicy przy trądzie.** (*Berlin. klin. Wochenschr.* Nr. 13. 1909). Wedle dzisiejszych naszych wiadomości istnieją tylko dwie choroby, przy których surowica daje podobny odczyn, jak przy kile. Są to: framboezya podzwrotnikowa i trąd. Część badaczy otrzymywała odczyn dodatni bez względu na postać trądu; Meier twierdzi, że występuje on prawie wyłącznie tylko przy postaci guzkowej. Autorowie badali surowicę u 10 ludzi chorych na trąd. Odczyn wykonywano z wyciągiem z płodu kiłowego. Na 7 przypadków trądu guzkowego: w 5 odczyn był dodatni, w 2 ujemny, w 3 przypadkach trądu znieczulającego odczyn był ujemny. W okolicach, dotkniętych trądem, wyniki te powinny być uwzględnione; może uda się i tu przez równoczesne badanie podejrzanych surowic przy pomocy tuberkuliny umożliwić rozróżnianie trądu od kiły.

Wł. Kluger.

Comessati. **Przyczynek do chemicznego wykrywania adrenaliny w surowicy krwi.** (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 8. 1909). 6—8 cm^3 surowicy lub przesięku, wysięku i t. d., zawierających adrenalinę, miesza się z podwójną ilością wyskokowego rozczynu sublimatu, (95% wyskoku : 200 cm^3 + 10 gr. sublimatu), centryfuguje i odstawia. Po 12—24 godzinach występuje rozlane, różowe zabarwienie płynu, znajdującego się ponad osadem. Próbę kontrolną wykonywał C. z surowicą, nie zawierającą adrenaliny i z taką, do której dodawał rozczynu brenzkatechiny. Próby kontrolne nie dawały nigdy rzeczywistego odczynu. Autor uważa odczyn za swoisty. *W. Kluger.*

Beyer. **Błędy w sposobie oznaczania wskaźnika opsoninowego według Wrigtha.** (*Deut. med. Wochenschr.* Nr. 8. 1909). Autor, kontrolując metodę Wrigtha, przy poprzedniem dokładnem zapoznaniu się z tegoż techniką w jego pracowni, dochodzi do przekonania, że różnicę przy przeliczaniu poszczególnych preparatów przy użyciu tych samych hodowli i ciałek są tak wielkie, iż należałoby metodzie tej odmówić znaczenia.

Dr Skórczewski.

Amrein. **Gruźlicze zapalenie okostnej i toksyczne zapalenie tkanki tłuszczowej, leczone surowicą Marmorka.** (*Deut. med. Wochenschr.* Nr. 6. 1909). Autor spostrzegał przypadek rozległych zmian naciekowych w tkance podskórnej z silnymi bólami i bolesnością dotykową u osoby z niewielką zmianą gruźliczą w szczycie lewego płuca. Zmiany te obejmowały rozległe przestrzenie skóry, na twarzy, plecach, kończynach dolnych, wywołując bardzo znaczne zniekształcenia i upośledzając możność chodzenia. Stwierdzić było można bolesność dotykową w okolicy

7. kręgu szyjnego z obrzmieniem tkanki podskórnej, podobnież zachowywała się kość krzyżowa, kości goleniowe, szczęki dolnej. Ciepłota ciała wahała się pomiędzy 37·4 a 38° C. Wstrzykiwanie rozpoznawcze tuberkuliny wywołalo podniesienie ciepłoty już po dawce 0·0001 do 39° C. i wybitny odczyn miejscowy w częściach sprawą naciekową zajętych. Po zastosowaniu surowicy Marmorka w postaci lawatyw (poprzednio bezskuteczne leczenie jodypiną) wystąpiła nagle poprawa, polegająca na zmniejszeniu się nacieków i zniekształtnień, znacznej poprawie podmiotowej i opadnięciu podniesionej ciepłoty. Chora znajduje się jeszcze obecnie w leczeniu surowicą, przyczem między seryami lawatyw robi się kilkotygodniowe przerwy. *Dr Skórczewski.*

Oeder. **O zużytkowaniu proporcyonalnej długości ciała, jako miary obliczania ciężaru ciała ludzi dorosłych przy prawidłowem odżywieniu.** (*Med. Klinik* 1909 Nr 13). O. przekonał się, że ciężar ciała u osób dorosłych pozostaje zwykle w związku z długością, a zwłaszcza z t. zw. długością proporcyonalną, przez którą O. rozumie nie długość od szczytu głowy do stóp, lecz podwójną odległość szczytu głowy od środka spojenia łonowego. Długość ta różni się zwykle o kilka centymetrów od istotnej długości (osobnika ze względu na różną długość kończyn dolnych w stosunku do tułowia). Z tej długości proporcyonalnej obliczyć można dość dokładnie u mężczyzn t. zw. prawidłowy ciężar ciała podług wzoru: C = Pw (prop. wysok.) — 100. Np. odległość od szczytu głowy do spojenia wynosi u danego mężczyzny 80 cm. Osobnik ten ważyć więc będzie: C = 2 × 80 — 100 = 160 — 100 czyli 60 kg. U kobiet ze względu na rozwój piersi podaje O. inny wzór, do którego wchodzi wartość: S, t. j. średnia objętość piersi (przy wdechu i wydechu). Np. kobieta ma średni obwód piersi 78 cm, proporcyonalna długość 76 cm. Wzór opiewa:

$$C = \frac{(Pw - 100) + \frac{(Pw \times S)}{240}}{2}$$ czyli w danym przypadku

$$C = \frac{(152 - 100) + \frac{(152 \times 78)}{240}}{2} = 54 \cdot 2 \text{ kg.}$$ W ten sposób możemy podług O. wcale dokładnie bez wagi oznaczyć w danej chwili prawidłowy ciężar badanego i porównać z wagą obecną. *K.*

Schimmelpfennig. **Wygodny okład ciepły.** (*Deut. med. Woch.* Nr. 7. 1909). Okład ten składa się z trocin korkowych ujętych w przepuszczalną wewnętrzną i nieprzepuszczalną dla płynów zewnętrzną materyę. Okład napełniamy przez polanie bezwodnym lub, co tańsze, denaturowanym wyskokiem. Wyskok denaturowany można pozbawić przykrej woni przez dodatek kilku kropli olejku bodziszkowego (*ol. geranii*). Okład przymocowujemy opaską. Okłady takie wyrabia C. Küchmann (Berlin, Dorotheenstrasse 83), a kosztuje 6 marek. *Dr Skórczewski.*

R. von der Velden. **Leczenie wewnętrzne i śródżylne krwotoków wewnętrznych solą kuchenną.** (*Deutsche med. Wochenschr* Nr 5, 1909). Autor badał przyrządem Bürkera krzepliwość krwi u królików po podaniu soli kuchennej i stale stwierdzał znaczne jej przyspieszenie, dość szybko występujące, a mijające po upływie 1 do 1½ godziny. Zachęcony temi doświadczeniami, zaczął autor stosować sól kuchenną w dawce do 5 gr przy krwotokach wewnętrznych u ludzi. I tutaj stwierdził podobne wyraźne zwiększenie się krzepliwości krwi. W razie zbierania się na wymioty, podrażnienia nerek, można również stosować z podobnym wynikiem sole bromowe. Materyał autora składał się przeważnie z krwotoków płucnych (29 przypadków). Przy krwotokach przewodu pokarmowego, aby uniknąć jego podrażnienia, poleca autor wstrzykiwania śródżylne 3—5 cm 10% rozczynu soli kuchennej. Jak dowiodły doświadczenia na królikach i próby u 7 chorych z krwotokami płucnymi, działanie tu jest jeszcze szybsze, jednak nieco krótsze. Działanie, zwiększające krzepliwość krwi, ma polegać na działaniu soli kuchennej na tkanki, które ma dostarczać składników do krzepnięcia krwi potrzebnych (trombokinaza). Autor gorąco poleca swoją metodę leczenia wobec krwotoków płucnych. *Dr Skórczewski.*

Pototzky. **Częściowe kąpiele z bezwodnikiem węglowym.** (*Deutsche med. Wochenshr.* Nr 7, 1909). Autor przypisuje zbawienny wpływ kąpielom częściowym, n. p. kąpielom obu rąk przy dusznicy bolesnej, dychawicy, miażdżycy, nasiadowym przy zaparciu stolca, krwawnicach, wysiękach okołomacicznych. Kąpiele przyrządzamy przez dodatek do wody najpierw zasady, a następnie kwasu, tuż przed kąpielą. Jako najodpowiedniejsze poleca P. »Hafusi-Bäder«, (Kohlensäure, Hand-Fuss-Sitzbäder), składające się z dwuwęglanu sodowego i kwasu winnego, wyrabiane przez Maxa Elba w Dreźnie. *Dr Skórczewski.*

Schweissinger. **Nowy tran z fosforem.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr 5, 1909). Autor dla uniknięcia rozkładania się fosforu w tranie zaproponował już w roku 1901 dodanie niewielkiej ilości limonenu (terpen. olejku pomarańczowego). S. zastrzega się przeciw naruszaniu swych praw autorskich co do tego »Oleum jecoris asell. phosphorat. desoxygenatum«. Środek ten okazał się bardzo trwałym. *Dr Skórczewski.*

Friedmann. **Jodomenina, nowy przetwór jodowy, w ogólnej praktyce.** (*Berlin. klin. Wochschft* 1909 Nr 11). »Jodomenina« zawiera jod w połączeniu, uzyskanem za pośrednictwem bizmutu i przechodzi bez wpływu przez żołądek, a działa dopiero w jelitach. Jodomenina nie rozpuszcza się zatem nawet w słabo kwaśnych płynach, dopiero pod wpływem zasadowego soku jelitowego rozkłada się na jodek potasu i białczan bizmutu. Tabletka jodomeniny półgramowa odpowiada mniej więcej 0·06 g. jodku potasu. Autor stosował jodomeninę u 32 chorych i poleca ją używać w praktyce ze względu na dobry smak (ważne w praktyce dziecięcej) i bardzo rzadkie powstawanie objawów ubocznych. 12 chorych, którzy nie znosili jodku potasu, leczył autor z bardzo dobrym wynikiem jodomeniną. *Wł. Kluger.*

Zabel. **Kazuistyczne przypadki otrucia podazotanem bizmutu.** (*Deut. med. Wochs.* Nr 5, 1909). Autor w 3 przypadkach po podaniu 7,5—40 gr. bizmutu spostrzegał ciężkie zatrucie, stosunkowo szybko przemijające, a polegające na wzmagającym się upadku sił, z nudnościami, potami zimnymi, ćmieniem w oczach, szumem i zawrotami głowy. Autor objawy te odnosi do działania grupy azotowej i poleca przy zdjęciach rentgenologicznych podawanie zupełnie nieszkodliwego węglanu bizmutu w dawce do 50 gr. Zatrucie to musi być dość częste, jeśli je autor 3 razy spostrzegał, a zazwyczaj po zdjęciu rentgenowskiem przepłukuje żołądek. *Dr Skórczewski.*

Pedyatrya.

Lotsch F. **Wyniki stosowania intubacyi w błoniczem zwężeniu krwi.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* Październik 1908). W szpitalu w Magdeburgu spostrzegał autor 71 przypadków zwężenia błoniczego krtani. W 61 przypadkach stosowano zabieg operacyjny, w 59 przypadkach intubacyę pierwotną z zejściem śmiertelnem, w 11 przypadkach tracheotomię pierwotną, w 2 przypadkach zakończoną niepomyślnie. W 9 przypadkach dokonano tracheotomii wtórnej, z tych 7 zakończyło się śmiercią. Po szczegółowem omówieniu techniki intubacyi i tracheotomii, dochodzi autor do wniosku, że obie metody operacyjne mogą istnieć współrzędnie i powinny się wzajemnie dopełniać. Gdzie niema przeciwwskazań, należy stosować pierwotną intubacyę, o ile ona zawodzi lub dokonaną być nie może, trzeba wykonać tracheotomię. *T. Mogilnicki.*

F. Siegert. **Nerwowość a odżywianie w wieku dziecięcym.** (*Münchener med. Wochenschrift.* Nr 38 1908, str. 1963). Na zasadzie spostrzeganych 60 przypadków występuje autor gorąco przeciw zdawkowej, tak zwanej »dyecie wzmacniającej«, szeroko i bezkrytycznie stosowanej w odżywianiu dzieci. Polega ona na podawaniu zbyt wielkich ilości białka i tłuszczu w postaci mięsa, jaj, mleka i na zupełnem zaniedbywaniu owoców i jarzyn, obfitujących w zasady i drzewnik. Ofiarą powyższej dyety padają najczęściej dzieci hotelarzy, cukierników, restauratorów, rzeźników, a także niestety i lekarzy. Skutkiem nieodpowiedniego odżywiania wywiązuje się »nervositas dystrophica«, która zdaniem autora objawia się: fizycznem i duchowem osłabieniem, tem dziwniejszem, że chory spożywa wielką ilość »pożywnych« pokarmów, żółtą cerą, zaparciem, cierpieniami skóry (lichen urticatus i in.), usposobieniem do częstego zapalenia gardła, zapalenia oskrzeli, usposobieniem do chorób zakaźnych, wzrastającą nerwowością, niepokojem we dnie i w nocy, słabymi postępami w nauce. Autor opisuje szczegółowo 4 takie przypadki, wyleczone podawaniem w wielkich ilościach owoców, jarzyn i ograniczeniem do minimum mleka, jaj, mięsa. Wyniki nader pomyślne już po kilku tygodniach. Większość wyliczonych objawów ustąpiła. Autor nie stosował w powyższych przypadkach żadnych środków aptecznych. *Miecz. Michałowicz.*

Prof. Hopmann. **Obawa przed wycinaniem migdałków.** (*Münch. med. Woch.* Nr 38 1908, str. 1970).

Autor jest gorącym zwolennikiem wycinania migdałków

przy przeroście i przy skłonności do chorób zakaźnych; dokonał osobiście 300 wycięć i sądzi, że im dłużej chory posiada powiększone migdałki, tem więcej sposobności do zakażenia przez drobnoustroje chorobotwórcze. Autor uważa częściowe wycinanie migdałków za chybiające celu, ponieważ pozostałe cząstki są również zdolne do wchłaniania drobnoustrojów chorobotwórczych. W obec tego żąda całkowitego i starannego usunięcia migdałków w powyższych przypadkach. Da się to zdaniem autora wykonać tylko w uśpieniu. *Miecz. Michałowicz.*

Tollens. **O odżywianiu osesków kefirem w przewlekłych chorobach trawienia.** (*M. med. W.* Nr 45 1908. str. 2334).

Zachęcony wynikami Dra Dreslera, (Med. Klinik. Nr 27 1908) stosował Tollens kefir u dzieci z przewlekłemi chorobami trawienia i otrzymywał dobre wyniki. Autor zwraca przedewszystkiem uwagę na stosowanie rzeczywiście dobrego kefiru i dosyć szczegółowo podaje technikę jego przygotowania. Dobre wyniki zależą prawdopodobnie z jednej strony od rozmnażania się w przewodzie pokarmowym obfitej i nieszkodliwej flory bakteryjnej, która działa na wszelkie inne szkodliwe drobnoustroje, z drugiej strony — od niezwykle pulchnego i drobnego sernika w kefirze. Autor słusznie nie uważa jednak kefiru za lek jedyny w chorobach trawienia. *Miecz. Michałowicz.*

K. E. Weiss. **O zupełnej poprawie krótkowidztwa w wieku dziecięcym.** (*Münch. med. W.* Nr 45 1908).

Jeszcze niedawno zdania okulistów co do poprawy krótkowidztwa w wieku dziecięcym były zupełnie sprzeczne. Jedni zalecali noszenie szkieł, inni odradzali. Obecnie większość dochodzi do przekonania, że noszenie szkieł nie wzmaga krótkowidztwa, lecz przeciwnie powstrzymuje jego rozwój. Pomijając względy fizycznej natury, autor gorąco zaleca szkła, przedewszystkiem ze względów czysto wychowawczych. Dziecko krótkowidz jest narażone w szkole i w życiu na tysiączne przykrości, wskutek tego wywiązuje się niepewność siebie, lękliwość, unikanie ludzi (n. p. z obawy niepoznania i nieukłonienia się) i t. d. Obowiązkiem szkoły, jako wychowawcy, jest zbadać wzrok ucznia, by zapobiedz zboczeniom w układaniu się charakteru powierzonego jej opiece dziecka. *Miecz. Michałowicz.*

Otto Neustätter. **O zupełnej poprawie krótkowidztwa w wieku dziecięcym.** (*M. m. W.* Nr 47, 1908, str. 2540).

A. zupełnie się zgadza na wypowiedziane przez Weissa (w Nr 45 Münch. med. Wochschr.) poglądy i dodaje od siebie, że przy określaniu krótkowidztwa trzeba zwracać pilną uwagę, by nie przeoczyć niezborności, o ile ona w danym przypadku istnieje. *Miecz. Michałowicz.*

Otto Aronade i Albert Fuchs. **Wpływ przekrwienia biernego na miejscowy odczyn tuberkulinowy.** (*M. m. W.* Nr 50 1908, str. 2605).

Dokonane w 90 przypadkach badania stwierdziły, że przekrwienie, wywołane zastosowaniem opaski gumowej lub bańki, pociąga za sobą przekrwienie wyraźne nakłuć igłą Pirqueta, o ile one dały poprzednio dodatni odczyn tuberkulinowy. Nakłucia kontrolujące w powyższych przypadkach nie wykazały przekrwienia. Takiż sam wynik dały badania nad przekrwieniem miejsc, gdzie poprzednio wcierana była maść tuberkulinowa Moro. *Miecz. Michałowicz.*

I. K. Friedjung. **W sprawie etyologii zapalenia okątniczego (perityphitis) w wieku dziecięcym.** (*Wiener med. Wochenschrift.* Nr 47, 1908, str. 2566).

Od chwili powszechnego wybuchu grypy w roku 1890 zwiększyła się znacznie, zdaniem autora, ilość cierpień rozmaitych narządów naszego ustroju. Między innymi Francuzi Faisans i Gagnière zwrócili pierwsi uwagę na związek pomiędzy grypą a zapaleniem okątniczem. Następnie zjawiły się prace chirurgów Adriana i Höncka. Prace powyższe zwróciły uwagę autora, który podczas epidemii grypy 1906/7 w Wiedniu badał specyalnie stan wyrostka robaczkowego u chorych na grypę dzieci i w wielu przypadkach stwierdził znaczną bolesność w prawej okolicy nadbiodrowej. W 4 zaś przypadkach chorzy musieli po pewnym czasie poddać się operacyi wycięcia wyrostka. Wobec tego Fr. zaleca zwracanie w przypadkach grypy pilnej uwagi na stan wyrostka robaczkowego. *Miecz. Michałowicz.*

F. Hecht. **Osobliwa postać braku soku żołądkowego (achylia gastrica) w wieku dziecięcym.** (*Wiener klinische Wochenschrift.* Nr 45 1908).

Cierpienie powyższe spotyka się przeważnie w wieku starszym, u dzieci zaś prawie nie było opisane dotychczas. Autor spotkał 9-letnią dziewczynkę, cierpiącą na brak soku żołądkowego. Dziecko cierpi na stałą przewlekłą i uporczywą biegunkę, przy badaniu treści żołądkowej stwierdza się brak kwasu solnego, podpuszczki i nieznaczną czynność pepsyny. Wobec tego zwraca H. uwagę na konieczność badania treści żołądkowej przy uporczywych przewlekłych biegunkach. Tegoż samego zdania jest przytoczony przez autora Brauner. *Miecz. Michałowicz.*

Higiena.

Prof. Prausnitz. **O naturalnem przesączaniu się wody w gruncie.** (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskr.*, 1908, T. 69). W maju 1907 zapadło wiele osób w Gracu na ostry nieżyt żołądka i jelit. Poprzedził te gromadne zachorowania niezwykły wylew rzeki Mury (nad którą położone są studnie miejskiego wodociągu gruntowego) i równoczesne znaczne wzmożenie się bakteryi w wodzie wodociągowej. Zdaniem Prausnitza czynnikiem usposabiającym do choroby była niezwykła susza, poprzedzająca powódź i w następstwie jej wzmożone pragnienie, zniewalające do używania wielkiej ilości wody bardzo zimnej i miękkiej, bo pochodzącej w znacznej mierze z roztopów śnicżnych, bezpośrednią zaś jej przyczyną była wzmożona ilość bakteryi w wodzie. Wodociąg starszy Gracu, dostarczający do r. 1907 prawie wyłącznie wody dla miasta, złożony z 6 studzien murowanych, położonych wśród łąk w odległości 18—43 m od brzegu Mury, czerpie wodę z gruntu, zdążającą ku rzece od położonych w jej sąsiedztwie wzniesień, w części zaś — jak już dawniejsze badania Hamerla stwierdziły — pobiera ją z rzeki, jako przesączoną. Powódź w maju 1907, wywołana bardzo znacznymi opadami śnieżnymi podczas zimy, wysoką ciepłotą powietrza i wielkim deszczem na terenie opadowym rzeki w maju, była w porównaniu do lat ubiegłych niezwykle wielka i trwała znacznie dłużej, niż zwykle. Woda wszystkich studzien, nawet studni położonej od rzeki o 18 m, nie zmieniła nigdy swej przejrzystości, a pod względem chemicznym zawsze odpowiadała wymaganiom higienicznym; natomiast wzrastała liczba bakteryi w wodzie poszczególnych studzien — już dawniej 1—2 razy do roku — (najwyżej do 440) podczas wzniesienia się wody w rzece, zaś w roku 1907 wzmogła się powyżej 2000, a nawet 8000. Również badanie suchej pozostałości, oraz przewodnictwa elektrycznego w poszczególnych wodach studziennych stwierdzało w maju bardzo wyraźnie, że do studzien dostaje się woda rzeczna. Wysokie liczby bakteryi, napotykane w poszczególnych studniach, nie odpowiadały odległości ich od rzeki, przeciwnie największą liczbę bakteryi i najwcześniej posiadała woda studni, najbardziej odległej od rzeki, lecz najwyżej wysuniętej ku jej biegowi od góry. Przyczyną tego była przerwa umocnionego tamami brzegu rzecznego przez rzekę, tworzącą na odległości 100 m. powyżej owej studni kolano, przez którą to wyrwę wniknęła woda rzeczna do gruntu, a z tego bez dostatecznego przesączenia do studni pierwszej. Rozpulchnienie gruntu wzdłuż położonego rurociągu ułatwiło przenikanie wody rzecznej do studzien dalszych, w których po kolei wzrastała liczba bakteryi. *L. Bier.*

Bitter i Gotschlich. **Zastosowanie chemicznych środków, stwarzających we wodzie stręty przy sączeniu jej przez piasek ze szczególnem uwzględnieniem filtrów amerykańskich o filtracyi szybkiej.** (*Zeitschr. f. Hygiene* T. 59, 1908). Niektóre wody powierzchowne nie wytwarzają, stojąc przez godzin kilka, osadu, czyli błonki na filtrze piaskowym, a przez to nie nadają się do zaopatrzenia wodociągów miejskich równie dobrze, jak wody, tworzące dobrą błonkę filtracyjną. Własności tej brak również i wodzie Nilu i pochodnego zeń kanału Mahmudieh, dostarczającego wody dla Aleksandryi, a to z powodu zawartych w nich bardzo delikatnych cząsteczek gliny, przechodzących łatwo do przesączu. W celu uzyskania dobrej błonki filtracyjnej dodawał Bitter na 1 m^3 wody 1—1,5 mg nadmanganianu potasowego, przez co wskutek utlenienia części organicznych utworzył się tlenek manganowy nierozpuszczalny i porywający ze sobą do osadu delikatną zawiesinę gliny; tworzenie się osadu odbywa się zwolna i wymaga do ukończenia doby. Zawartość bakteryi w przesączu z filtru próbnego, na który nalewano w ten sposób zaprawioną wodę, była dostatecznie mała nawet w razie zwiększenia w nim szybkości filtracyi 17-krotnego, t. zn. 1700 mm na godzinę. Projekt filtrowania wody dla wodociągu Aleksandryi, oparty na doświadczeniach Bittera, gotowy do przeprowadzenia, nie został wykonany z powodu podjęcia prób z nowym a wiele obiecującym amerykańskim sposobem szybkiej filtracyi, wprowadzanym przez Jewel 114 Export Filter Company. Sposób ten polega na dodawaniu do wody surowej ałunu i sączeniu następowem wody

podczyszczonej we filtrach piaskowych o specyalnej budowie przy szybkości 4—5000 mm na godzinę. Wskutek silnego strątu, wywołanego dodatkiem ałunu, filtr staje się szybko nieczynnym, łatwo go jednak oczyścić mechanicznie wodą czystą, odwracając w nim kierunek ruchu wody, przyczem równocześnie osobny przyrząd mieszający miesza dokładnie piasek. Do wytworzenia nowej warstwy filtrującej (błonki) potrzeba około $1/2$ godziny, poczem filtr pracuje dobrze. Doświadczenia, dokonane przez autorów z tym filtrem, wypadły dlań nader korzystnie i zalecają go też jako znacznie lepszy od zwykłych filtrów piaskowych z powodu nadzwyczajnej sprawności w zatrzymywaniu bakteryi, szybkiej i pewnej regeneracyi filtra w początkowym okresie działalności, przedewszystkkiem zaś dla nader prostego i szybkiego automatycznego czyszczenia. Zielenice, tworzące nieraz znaczną przeszkodę filtracyi, zwalczać można skutecznie dodatkiem małych ilości siarkanu miedziowego 1: 300.000 do 1,000.000. Dodatek miedzi niema zdaniem autorów znaczenia higienicznego z powodu strącenia się jej w zbiorniku jako połączenia nierozpuszczalnego, brak go przeto w wodzie rurociągów. Zdaniem B. i G. nie należy zachowywać się opornie przeciw obcym dodatkom do wody, jak długo nie zmieniają smaku wody i nie pozostawiają składników, któreby ujemnie na zdrowie wpływać mogły. *L. Bier.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Gwajakol, a zwłaszcza preparat tegoż monotal (10%), poleca gorąco Hecht do stosowania zewnętrznego przy bolach, n. p. gośćcowych, wysiękach stawowych i przeciw swędzeniu skóry. (*Zblt. f. d. ges. Ther.* 1908, maj). *A.*

Zatory tłuszczowe w płucach wystąpić mogą podług Fuchsa i bez złamania kości przy silnem wstrząśnieniu kośćca jak o tem miał F. sposobność przekonać się na sekcyi jednego przypadku. (Tow. lek. Hamburg, 8. XII., 1908). *A.*

Nowy sposób plastyki nosa podaje Gomoiu. Z czoła bierze się odpowiedni płat skóry razem z blaszką kostną, i opuszcza go wprost na ubytek nosa tak, że skóra tworzy potem wewnętrzny przewód nosa. Następnie krwawiącą powierzchnię nowego nosa i ubytek czoła pokrywa się skórą, uzyskaną z ramienia. Po 6—8 dniach uwalnia się płaty. (*Revis. d. chir.* XI., 1908). *A.*

Zmiany przysadki mózgowej wywołują podług Kona często sprawy zanikowe w częściach rodnych. U 8 trzebionych kobiet stwierdził K. przy sekcyi dość znaczne powiększenie przysadki. (*Ziegl Beitr.* T. 44, Z. II). *A.*

Przy schorzeniach przysadki mózgowej spostrzega się podług Frankl-Hochwarta bardzo często bardzo wysokie stopnie ciepłoty (Tow. lek. wiedeńskie). *A.*

Przy nakłuciu lędźwiowem wobec guza mózgu poleca Sicard zachowywać następujące ostrożności: 1) Przed nakłuciem powinien chory 48 godzin leżeć w łóżku, z głową nizko ułożoną. 2) Zabieg sam wykonywać należy, ułożywszy chorego na bok z obniżoną głową. 3) Po nakłuciu ma chory zachowywać to położenie 12—24 godzin, a potem 48 godzin leżeć na wznak. 4) Nie wolno wykonywać nakłucia u osób, u których przy położeniu na wznak zjawiają się zawroty, bole głowy, szumy i t. p. (*Press. med.* S. 704, 1908). *A.*

Przypadek fosforowej martwicy szczęki dolnej u robotnika z fabryki zapałek przedstawił Jordan w Tow. lek. w Heidelbergu. (25. I. r. b.). Przypadek ciekawy o tyle, że robotnik ten pracował w fabryce przy zupełnem zdrowiu 30 lat i cierpienie pojawiło się dopiero w $1^3/_4$ roku po porzuceniu tej pracy. *A.*

W dwu przypadkach rozpoczynającego się wola, powstałego z picia wody z pewnego źródła (już kilka osób zapadło z tego na wole), miał otrzymać Weiss rychłe wyleczenie (w 4 tygodnie) przy smarowaniu 2 razy dziennie szyi jothionem. (*Ther. Ber.* Nr 2). *A.*

Tężyczkę napadową (po wycięciu wola) pokazywał Eiselsberg 11. II. r. b. w Tow. med. wewnętrznej w Wiedniu. Chorą operował E. w r. 1905. Piątego dnia po operacyi wystąpiła tężyczka, którą usunięto przez podawanie gruczołu tarczowego, podobnie jak i późniejsze napady. Obecnie chora zaszła w ciążę i w 8 miesiącu ciąży wystąpiła tężyczka na nowo. *K.*

Przeszczepiać gruczoł tarczowy najlepiej jest podług Sermana w szpik kostny. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 96, Zeszyt 4—7). *K.*

Przy silnym krwotoku żołądkowym z wrzodu na małej krzywiźnie udało się Herczelowi zatrzymać krwawienie przez podwiązanie obu górnych tętnic wieńcowych żołądka. (*Tow. lek. Peszt.* 17. X. 1909). *K.*

Przepukliny lędźwiowe, zwłaszcza po urazie, występują częściej podług Ruppanera w górnym trójkącie lędźwiowym (Lesshaft), niż w dolnym (Petit); wystąpienie tych przepuklin cechują silne bole w krzyżach. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Tom 96, Z. 4—6). *K.*

Wyleczenie przetoki jelitowo-pęcherzowej, powstałej wskutek uwięźnięcia przepukliny, uzyskał Sachs zapomocą wyłączenia odpowiedniej pętli przez enteroanastomozę powyżej przetoki. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 96, Z. 4—6). *K.*

Zamiast wycinania jelita poleca Rindfleisch wgłabianie danej części po oddzieleniu od krezki do części odprowadzającej, a następnie szew surowiczy części zdrowych. (*Festschrift f. G. Rindfleisch*, 1907). *K.*

Pęknięcie kiszki stolcowej przy zgnieceniu brzucha ze zejściem śmiertelnem wskutek krwotoku spostrzegał Franklin. (*Lancet*, 17. X. 1908). *A.*

Obłuszczanie nerek i plastyka zapomocą sieci oddaje według Gattiego w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek wybitne usługi, choć anatomo-patologicznie niema na to wytłómaczenia. Operacya ta nie zapobiega dalszemu postępowi choroby, jednakże poprawa trwa do roku. (*Langenb. Archiv* 87., III). *K.*

Bole od „wędrującej nerki“ rozpoznaje się zdaniem Depagea za często. Niemal 70% kobiet, leżących w szpitalach, ma nerki ruchome, a zaledwo 10% skarży się na bole. O wiele częściej według D. bole te pochodzą nie od nerki, lecz od uciskania 11. i 12. żebra na grzebień krwi biodrowej. O słuszności tego przypuszczenia przekonały D. wycięcia tych żeber; naodwrót nieraz przyszycie ruchomej nerki wcale bolów nie usuwa. Dodać należy, że noszenie gorsetów nieraz tylko zwiększa przypadłości. (*Brit. med. J.*, 1908, s. 1004). *A.*

Leczenie tężca wewnętrznem i podskórnem podawaniem cholestearyny nie oddaje podług Pribrama większych usług. (*Prager med. Wochs.*, Nr 40). *A.*

Leczenie ropnych spraw surowicą podług Müllera poleca Fuchs, zwłaszcza przy ropnych powikłaniach w gojeniu się ran pooperacyjnych w postaci tamponady surowicą Mercka lub wstrzykiwań tej surowicy. (*Zblt. f. Chir.*, Nr 9). *A.*

Przy zwalczaniu ogólnego zakażenia paciorkowcowego poleca Elsässer jodypinę 25% do wstrzykiwań podskórnych (10 ctm³). Również ma jodypina skutecznie działać przy ciężkich zakażeniach przyrannych. (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 60, II). *K.*

Wielowartościową surowicę swoją poleca Deutschmann przy zapaleniu płuc, róży, w sprawach ropnych, płonicy i ciężkich sprawach ocznych, ale w dawkach wielkich, n. p. codzień 4—10 ctm³ (u dzieci 2 ctm³). Surowica ta nie wywołuje ubocznych przypadów (wysypek, swędzenia i t. p.). (*Münch. med. Wochs.*, Nr 11). *A.*

Przy leczeniu pyocyanazą w postaci rozpylań, wstrzykiwań (do krtani) i tamponowań otrzymał Trautmann bardzo dobre wyniki w błonicy, ostrym nieżycie krtani, ropieniach jam bocznych nosa, ostrem ropnem zapaleniu ucha i t. p., natomiast przy sprawach przewlekłych leczenie to pozostało bez skutku. (*Münch. med. Wochs.*, Nr 11). *A.*

Pastylki karbolowe wprowadzili Schülke i Mayr z Hamburga. Pastylki te zawierają kwas karbolowy w połączeniu z kwasem szczawiowym, przez co po rozpuszczeniu w wodzie rozczyn ten przez współdziałanie kwasów działać ma 4—5 razy silniej odkażająco, niż sam karbol; to też używa się rozczynów $1/2$—1%. Pastylki są odpowiednio zabarwione celem uniknięcia pomyłek. Cena 15 sztuk 60 fenigów. (*Münch. med. Wochs.* Nr 10). *A.*

Przy uporczywych krwawieniach, np. po wycięciu migdałków, z nosa itp., poleca Wirth (podane przy krwawiączce) leczenie wstrzykiwaniami świeżej surowicy końskiej i miejscowe tamowanie zapomocą tejże surowicy. (*Wiener med. Wochs.* Nr 3). *K.*

Nowy przyrząd do uśpienia chloroformowego podał Alcock. Przyrząd ten dawkuje dokładnie ilość zużywanego

chloroformu. Uśpienie występuje w 7—10 minut. (*Lond. Royal Soc. of Med.* 9. XII. 1908). *A.*

Wygodny stół operacyjny dla ginekologa i chirurga, poruszany na różne strony zapomocą mechanizmu nożnego, podał Heinsius. Wyrabia go fabryka Haertla we Wrocławiu. *A.*

Wygodną przesuwalną podstawę do oświetlenia elektrycznego, ruchomą na wszystkie strony, którą z łatwością niewielkim kosztem wykonać może każdy ślusarz, podaje Langemak. (*Münch. med. Wochs.*, Nr 12). *K.*

Wygodną opaskę gipsową z wplecionymi podłużnie drucikami podał Mayer. Opaska ta jest znacznie silniejsza od zwykłej, odpada więc potrzeba wkładania umocowań, deseczek i t. p., a na opatrunek wystarcza znacznie mniej materyału. Opaska przylega dobrze i można wygodnie nią robić opaskę zaginaną (renversé). Opatrunek jest znacznie trwalszy, a rozcina się go nożyczkami do gipsu bez trudności. *K.*

Wielkiem zaoszczędzeniem materyału jest wprowadzenie w handel przez »Med. Waarenhaus« w Berlinie papieru gutaperkowego w opaskach różnej szerokości. Dotąd trzeba było wycinać z arkusza odpowiednie kawałki, przez co marnowało się wiele odpadków. Zapewne i nasze firmy zaprowadzą to u siebie. *A.*

Nowe ulepszenie nożyc kostnych swego pomysłu podaje Dahlgren; ulepszone nożyce tną znacznie silniej i nie męczą przez to tak ręki. Wyrabia je firma: Stolle-Stockholm. (*Zblt. f. Chir.*, Nr 7). *K.*

Zgorzel skóry z zejściem śmiertelnem po wstrzykiwaniach parafiny spostrzegał Frank. Pewien lekarz wstrzykiwał choremu parafinę 2 razy dziennie przez miesiąc, a potem raz dziennie przez drugi miesiąc, w skórę grzbietu. W trzy lata potem rozwinęła się tam rozległa zgorzel. (*Med. Klinik*, Nr 8). *A.*

Celem zapobiegania powikłaniom w ustach przy leczeniu rtęciowem poleca Boss czyszczenie zębów pastą givasanową (przetwór formaliny). Środek ten nie szkodzi zębom, a czyści je bardzo dobrze, usuwa przykrą woń i zapobiega próchnieniu. (*Med. Klinik* Nr 10). *K.*

Przy wcieraniu szaruchy celem uniknięcia brudzenia bielizny i lepszego wnikania środka, poleca Ahrens natarte miejsce skóry opryskiwać chirosoterem. (*Derm. Zentralbl.* XI., Nr 12). *A.*

Przy zapaleniu wiewiórowem najądrza poleca Ernst nakłucia (1—2 ctm głęboko zapomocą strzykawki) i aspiracyę, jako środek wprawdzie nie leczący, ale kojący bardzo bole i zmniejszający obrzęk. (*Berl. klin. Wochs.*, Nr 11). *A.*

Wygodną jałową strzykawkę dla chorych na wiewióra podał Dreyer z Kolonii. Zaletą jej jest to, że zawierać ona może odrazu 2 porcye środka wstrzykiwanego. Jedna porcya jest w strzykawce, a druga w oprawie, zrobionej z twardego kauczuku. (*Med. Klinik*, Nr 11). *K.*

Nowy cewnik do przepłukiwań podał Higuchi z Tokio. Cewnik składa się ze zwykłej części z dodatkiem poprzecznej, która przez odpowiednie skręcenie reguluje dopływ i odpływ. Cewnik nadaje się do użytku u obu płci. (*Zentralbl. f. Gyn.* Nr 8). *A.*

Wyniki leczenia tocznia skóry omawiał na posiedzeniu lek. górno-reńskich Jacobi. Odrzuca on wszelkie niedoszczętne sposoby leczenia, jak n. skrobania, leczenia elektrycznością statyczną, fulguracyą i t. p. Nieraz zabiegi te usposabiają do szerzenia się sprawy i przerzutów. Podobnie chybia celu leczenie tuberkulinami. Przypalania chemiczne, leczenie gorącem powietrzem, lampą uviol lub kwarcową uważa Jacobi tylko za przygotowanie do doszczętnego leczenia, którem jest tylko leczenie chirurgiczne i światłem Finsena. Promienie Röntgena wywołać mogą jedynie poprawę, a nie wyleczenie. *A.*

Przy nieoperacyjnym raku macicy wykonuje Severeanu podwiązanie przewodu piersiowego celem wywołania zastoju limfy. Zastój ten ma wpływać ujemnie na nowotwór. (*Spitalul*, Nr 18). *A.*

Nowy zgłębnik żołądkowy podał Gomoiu. Zgłębnik ten składa się z rurki 50 ctm długiej o owalnym przekroju, przedzielonej w środku na dwie części nierównej wielkości. Część węższa ma z boku tylko otworek, szersza na dole jest otwarta i także ma z boku otwór. Dwie te części przy końcu zewnętrznym rozgałęziają się; cieńszą łączy się z lejkiem szklanym, szerszą z pompką. (*Spitalul*, Nr 22). *A.*

Wydzielanie się śliny i soku żołądkowego badał Sommerfeld u 9-letniej dziewczynki, u której z powodu bliznowatego zarośnięcia przełyku po oparzeniu wykonano otwarcie przełyku i żołądka i połączenie ich zewnętrzne zapomocą protezy. Mechaniczne podrażnienia, n. p. żucie kamyka, wywołują już wydzielanie się soku żołądkowego. Wydzielanie to jest silne przy piciu wody, przy patrzeniu na apetyczne potrawy (psychiczne podrażnienie), przyczem kwaśność się wzmaga. Wydzielanie się śliny nie zależy od jakości pokarmów. (*Arch. f. Kinderheilk.* Nr 49, I—II). *A.*

Naczynia kuchenne z niklu nadają się podług Lehmanna zupełnie do użytku, albowiem nikiel w tych ilościach, jakie przejść mogą przy gotowaniu do pokarmów, nie jest wcale dla ustroju szkodliwy. (*Arch. f. Hyg.*, Nr 68). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

X. Posiedzenie naukowe d. 26. marca 1909.

I. Kol. Bocheński przedstawia 18-letnią kobietę, u której najprawdopodobniej na tle zapalnem nastąpiło **zrośnięcie się przedniej i tylnej ściany pochwy**; stąd krwiak śródpochwowy i śródmaciczny.

II. Kol. Prof. Biernacki: **O stosunkach zachodzących pomiędzy ogólną przemianą azotu a przemianą purynową** (wydzielaniem kwasu moczowego). Badania swe oparł prelegent na doświadczeniach na psach, karmionych węglowodanami i tłuszczem. B. zauważył pewną równoległość między ogólną ilością azotu w moczu, a kwasu moczowego, zjawisko spostrzegane i przez innych. Były tu wprawdzie i wyjątki. Wszelkie ograniczenie przemiany ogólnej azotu idzie w parze ze zmniejszeniem wydzielania kwasu moczowego i odwrotnie. Nie następuje tu zatrzymanie kwasu moczowego, ale zmniejszenie jego wytwarzania. Ograniczenie przemiany azotu zapomocą tłuszczu lub cukru wywołuje zmniejszenie współczynnika kwasu moczowego a zwiększenie ciał purynowych; — wykazują to także badania innych. Fakt ten wykazać można także przez zmniejszanie względne lub bezwzględne w podawaniu kaloryi białkowych. Według wyników autora zmniejszenie ilości kwasu moczowego będzie odwrotnie przedewszystkiem wyrazem zmniejszonego utleniania puryn. Prelegent odrzuca w zupełności istnienie zatrzymywania kwasu moczowego. Wyniki jego doświadczeń stanowią pewną wskazówkę dla dyetetyki skazy moczanowej, wykazują ujemny wpływ pokarmu przetłuszczonego, co jest w sprzeczności z postępowaniem wielu, którzy starają się obniżyć ilość kwasu moczowego pod wpływem dużych ilości pokarmów tłuszczowych.

Dyskusya: kol. Skałkowski pyta o praktyczne wnioski w leczeniu skazy moczanowej. — Kol. doc. Marischler wraz z kol. Reichensteinem otrzymywali zwiększenie kwasu moczowego przy dnie i cukrzycy, gdy podawali mało białka. — Kol. Silberstein podnosi zmniejszanie się kwasu moczowego przed napadem dny, a odkładanie jego w stawach i chrząstkach należy tłómaczyć biotaktycznemi właściwościami chrząstki. — Kol. W. Ziembicki mówi o stanach, przy których następuje gromadzenie się kwasu moczowego we krwi, oraz podnosi, że przy stanach tych ilość kwasu moczowego w moczu nie musi ulegać zwiększeniu. — Kol. Prof. Biernacki zaznacza, że ilość kwasu moczowego we krwi jest bardzo mała; — w doświadczeniach swych badań krwi ze względu na większe jej ilości nie mógł przeprowadzać. Ilości spotykane we krwi nie mogą zresztą mieć znaczenia toksycznego.

III. Dalszy ciąg dyskusyi **w sprawie płonicy.**

Kol. Progulski mówi o wysypkach, podobnych do płoniczej; nie uznaje płonicy bez zapalenia gardła; może to być co najwyżej płonica chirurgiczna; omawia powikłania przy płonicy. — Kol. Hornowski uważa za przedwczesne wobec dzisiejszego stanu wiedzy o płonicy przyjmować z całą pewnością postacie płonicy bez zmian w gardle lub bez wysypki. H. podnosi bardzo rzadkie występowanie zmian zapalnych w sercu przy płonicy, a opiera się w tem na materyale sekcyjnym i badaniach drobnowidowych. Co do paciorkowca, to sądzi H., że wobec dodatnich wyników aglutynacyjnych wielu autorów, wyników doświadczeń ze szczepionką Gabryczewskiego, nie można jeszcze dziś stanowczo odrzucać możliwości związku przyczynowego między nim, a płonicą. — Kol. Prof. Kucera podnosi jeszcze raz znaczenie paciorkowca przy płonicy, jako zarazka

wikłającego sprawę. Szkołom przypisuje K. wielkie znaczenie w epidemiologii płonicy, mimo, że w epidemii lwowskiej, może ze względu na inne czynniki, wielkiej roli szkoła nie miała. Co do odkażenia formalinowego, podnosi K. jego bardzo dobre działanie, z tem jednak zastrzeżeniem, że odkażenie jest tu powierzchowne. — Kol. r. dw. Merunowicz uważa ryczałtowe zamykanie szkół przy płonicy za bezcelowe; należy tu indywidualizować. W epidemii lwowskiej fizykat nie mógł wykazać ściśle mieszkań nawiedzonych chorobą, namiestnictwo więc zamknęło szkoły tylko na 14 dni, t. j. na czas, potrzebny do wyśledzenia owych mieszkań. Wówczas postanowiono zamykać klasy o tyle, o ileby się wykazało, że jeden uczeń zaraził się od drugiego. Tu jednak na pewne ani razu podobnego wypadku nie można było wykazać. — Kol. Kielanowski w odpowiedzi Prof. Raczyńskiemu przypomina, że w epidemiach płonicy innych miast nie można było wykazać ściśle źródła epidemii, a nadto, że krzywa przyrostu przypadków we Lwowie odpowiadała krzywym w innych miastach. Dalej mówi K. o kontroli sklepów i odkażaniu. Przenoszenia choroby przez lekarzy nie zauważono we Lwowie. — Kol. Obtułowicz uważa za konieczność zamykanie szkół, głównie, gdy nauczyciel lub ktoś z jego rodziny zachoruje. — Kol. Piasecki poddaje krytyce początkowe postępowanie fizykatu, uważając za zbyt spóźnione niektóre zarządzenia. — Kol. Kikinger zwraca uwagę na jamę ustną, jako bramę zakażenia płonicą; okres 6-tygodniowy odosobnienia uważa mowca za zbyt krótki.— W końcu w odpowiedzi zabierają głos kol.: Prof. Raczyński, Czarnik, Quest, Kielanowski i Hornowski. Kol. prezes zapowiada przedstawienie wniosków, wynikłych z dyskusyi nad płonicą, na przyszłem posiedzeniu. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Posiedzenie z dnia 5 grudnia 1908 r..

Przewodniczący kol. H. Fidler. Obecnych 15 członków.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Przyjęto w poczet członków rzeczywistych: kol. Ksawerę Mulier (z Radomia) i kol. Ksawerego Goderskiego (z Kozienic).

3. Kol. Raszkes odczytał rzecz p. t.: **Przypadek cięcia cesarskiego zewnątrz-otrzewnego.** Chora N. ze ścieśnioną miednicą i wymiarem prostym 7 ctm. rodziła 3 razy; 1. dziecko — niedonoszone, nieżywe; 2. żywe, niedonoszone, za 3-im zaś razem poród ukończono operacyjnie (przedziurawienie główki). 6. XI. R. dokonał u N. cięcia cesarskiego nadłonowego metodą Frommego. Krwawienie przytem było stosunkowo niewielkie. Wyzdrowienie. Dziecko żyje.

W dyskusyi kol. Kosicki zaznaczył, że myśl operowania »zewnątrz-otrzewnie« powstała w ginekologii jeszcze przed Frankiem, mianowicie Mackenrodt zaleca operować w małej miednicy w następujący sposób: odłuszczyć otrzewnę ścienną od przedniej ściany brzusznej i przyszyć ją do tylnej ściany miednicy; w ten sposób powstaje nad tą ostatnią dach z otrzewnej, a mała miednica nie łączy się z jamą otrzewną. W odpowiedzi kol. K. zauważył prelegent, że zasługą Fritza Franka jest nie tyle myśl operowania zewnątrz-otrzewnego w ginekologii, ile wskrzeszenie na nowo dawno zapomnianego pomysłu zewnątrz-otrzewnego przecięcia specyalnie szyi macicznej w celu wydobycia tą drogą płodu. Chociaż ten pomysł powstał jeszcze w początku zeszłego stulecia, jednakowoż do Franka operatorowie bali się przecinać dolny odcinek macicy przy cięciu cesarskiem, nie wiedzieli bowiem, że ta część macicy najlepiej nadaje się do przecięcia, gdyż niema przytem krwawienia. Przez ogłoszenie swych 13 przypadków »rozwiązania nadłonowego« w »Arch. f. Gynäk.« 1907 r. Fritz Frank przekonał, że zewnątrz-otrzewne cięcie cesarskie ma ogromną przyszłość w położnictwie.

4. Kol. Pełczyński wypowiedział rzecz p. t.: **W sprawie walki z chorobami zakaźnemi w m. Radomiu.** Ważniejszą niż leczenie chorych zakaźnych rolę odgrywają w walce z chorobami zakaźnemi sposoby zapobiegania im, a te sprowadzają się: a) do odosobnienia chorych osobników od zdrowych (odosobnienie chorych w szpitalu ewent. przy odpowiednich warunkach — w domu); b) do odkażania zakażonego mieszkania, ubrania, bielizny i sprzętów — tak podczas choroby, jakoteż po wyzdrowieniu, śmierci lub usunięciu chorego do szpitala. Odosobnienie chorych na miejscu możliwe jest tylko w rodzinach zamożnych, rozporządzających obszernem mieszkaniem, lecz wogóle u nas w Radomiu, bardzo jest niepożądane, gdyż 1) na palcach można policzyć takie lokale, w których są pokoje, nie łączące się z resztą mieszkania; 2) najbliższe otoczenie chorego często przez nieświadomość, często zaś wskutek troski o chorego nie zachowuje zaleconych przez lekarza domowego ostrożności, umiejscowienie więc zarazka jest nie do osiągnięcia. Należałoby zatem tylko w wyjątkowych przypadkach pozwalać na pozostawienie chorych zakaźnych w mieszkaniach prywatnych, przyczem rozstrzygać tu powinno nie otoczenie chorych, lecz lekarz. Wszędzie, gdzie niema pomyślnych dla prawdziwego odosobnienia warunków, należy starać się o usunięcie chorego do szpitala. Niestety w Radomiu stoją temu na przeszkodzie te same przyczyny, co i w całym kraju u nas: brak szpitali oraz niekulturalność ludności. Te to przyczyny wywołują, że zaledwie minimalna część chorych bywa odosobniona, a reszta szerzy zarazę przez ciągle stykające się z chorymi otoczenie. Są wszakże przypadki, gdzie obowiązkowo trzeba usunąć chorych do szpitala: zachorowania w hotelach oraz innych lokalach publicznych, albo ściśle łączących się ze sklepami lub warsztatami, do których szersza publiczność ma otwarty wstęp. W razie odmowy przeniesienia takich chorych do szpitala prelegent uciekał się do groźby zamknięcia hotelu, handlu itp., co zawsze odnosiło pożądany skutek. Ponieważ odosobnienie chorego rzadko tylko się udaje w Radomiu, więc tem bardziej należy starać się o dokładne niszczenie zarazków zapomocą odkażania. Do odkażania mieszkań i rzeczy zakażonych posiada miasto komorę desynfekcyjną parową oraz parę przyrządów formalinowych (Flüggego i Zarewicza). Lecz tu natrafiamy na niemały szkopał. Aby módz zniszczyć zapomocą odkażania wszystkie ogniska zarazy, musi miasto mieć dokładne wiadomości o wszystkich chorych zakaźnych. Konieczną więc jest szczegółowa rejestracya takowych. Ustawa lekarska wymaga od lekarzy, zajmujących się praktyką, aby o wszystkich przypadkach ostrych zachorowań zakaźnych donosili najbliższej władzy lekarskiej i grozi niespełniającym tego przepisu surową karą. Niedawno w Petersburgu skazano na miesięczny areszt lekarza za udowodnione zaniedbywanie obowiązkowej według prawa rejestracyi chorych zakaźnych. Prawo bynajmniej nie kłopocze się, w jakiej formie i jaką drogą lekarze wiadomości te przesyłać powinni organom sanitarnym. W celu ujednostajnienia formy i ułatwienia lekarzom, jako stróżom zdrowia publicznego, spełnienia tego moralnego obowiązku — współdziałania organom sanitarnym w walce z chorobami zakaźnemi — wzorując się na innych miastach, zaprowadził magistrat m. Radomia drukowane blankiety rejestracyjne i rozesłał je lekarzom, praktykującym w Radomiu, opatrzywszy nawet odpowiednią marką pocztową. Spodziewano się tą drogą zdobyć dokładną statystykę zachorowań na choroby zakaźne, wykryć możliwie wszelkie ogniska zarazy w mieście i spełnić choć jedno zadanie profilaktyki społecznej — niszczyć zarazę przez jaknajszersze stosowanie odkażania. Niestety, pomimo ułatwienia, podjętego przez zarząd miasta, rejestracya chorych zakaźnych w Radomiu ogromnie kuleje, niektórzy z kolegów dotychczas uchylają się od spełnienia tego społecznego obowiązku. Przeglądając świadectwa o przyczynie śmierci, znajdujemy 5 czy 6 nazwisk kolegów, którzy podają jako przyczyny zejść śmiertelnych: błonicę, płonicę, dur w tej lub innej formie, a jednak chorych tych za życia nie rejestrowali. Należy raz zrozumieć, że jeżeli odkażanie ma ograniczyć szerzenie się chorób zakaźnych, to musi być dokonane możliwie najwcześniej, a do tego nieodzownie potrzebną jest natychmiastowa rejestracya zachorowań na choroby zakaźne z natychmiastowem odesłaniem blankietu do władzy sanitarnej miejskiej. Zaznaczenie w świadectwach przyczyny śmierci z tej lub innej choroby zakaźnej nie może zastąpić obowiązkowej rejestracyi zachorowań już choćby z tego względu, że wszak znaczniejsza część chorych zdrowieje i bez rejestracyi zachorowań nikt o istniejącem ognisku zarazy nie wie, a więc i środków do zniszczenia go przedsięwziąć nie może. Jeżeli epidemia płonicy w Radomiu, której początek datuje się od końca 1906 r. — przeciągnęła się aż do dziś, to niewątpliwie poza przyczynami czysto epidemiologicznemi zasługa w tem jest tych kolegów, którzy lekceważą sobie rejestracyę, bo uniemożliwiają w ten sposób zniszczenie całego szeregu ognisk zarazy, która dzięki im szerzy się bezkarnie.

Wobec powyższego kol. P. wnosi do wszystkich kolegów już nie prośbę, ale uprawnione żądanie o rejestrowanie na przyszłość wszystkich bez wyjątku ostrych zachorowań zakaźnych na blankietach, których zawsze można dostać w magistracie. Uznając w zasadzie, że praca lekarzy powinna być wynagradzana, magistrat postanowił wypłacać rejestrującym lekarzom po kop. 5 od jednego wypełnionego blankietu. Dotychczasowa praktyka

wykazała następujące, często spostrzegane, a nie pożądane, niedokładności: 1) zamieszczanie kilku chorych na jednej kartce, 2) brak dokładnego adresu, imienia oraz przekręcanie nazwisk chorego, 3) brak wiadomości o potrzebie udziału lekarza sanitarnego lub nie (w razie dokonania odkażenia przez samego ordynatora), 4) brak wiadomości o rodzaju mieszkania, niektóre bowiem bezwarunkowo wymagają usunięcia chorego i natychmiastowego odkażenia. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Przychodzki żąda: 1) w celu ostrzeżenia lokatorów domu wywieszania nad drzwiami mieszkania, w którem wybuchła choroba zakaźna, odpowiedniej tabliczki; 2) bezwzględnego zakazu noszenia na ręcznikach trumienek ze zmarłemi na chorobę zakaźną dziećmi, jak również przewożenia ciał tych zmarłych na bryczkach, w dorożkach i t. d.; wszyscy zmarli winni być przewożeni na cmentarz na karawanach (uboższa ludność mogłaby korzystać z karawanu szpitalnego bezpłatnie lub za bardzo małą opłatą); 3) każdy lekarz powinien zawiadomić magistrat o spostrzeżonym przypadku choroby zakaźnej bez względu, że to już mógł uczynić kolega wcześniej od niego wezwany; 4) ponieważ nie zawsze można posiadać odpowiedni zapas marek pocztowych, przeto należałoby, by wydział lekarski porozumiał się z władzą pocztową, by ta, podobnie jak w Warszawie, uwzględniała kartki z zawiadomieniem o chorobach zakaźnych — niefrankowane. — Kol. Drewnowski wyraża życzenie, by i felczerzy zostali zobowiązani do donoszenia o wiadomych im wypadkach chorób zakaźnych. Kol. Idzikowski zwraca uwagę na zachowywanie się kolegów przy łóżku chorego na chorobę zakaźną: gdy jedni ubierają się w uprzednio przeniesiony w tym celu własny fartuch lub żądają prześcieradła dla osłony swej osoby, inni natomiast nie zachowują żadnych ostrożności, mających zapobieganie chorobom zakaźnym na celu. Ponieważ tak rażąco różne zachowanie się kolegów w tym względzie wpływa demoralizująco na otoczenie chorego, podkopując wiarę w skuteczność stosowania środków zapobiegawczych z jednej strony, zaś z drugiej przez niezachowywanie środków ostrożności niejeden kolega niewątpliwie przyczynia się do szerzenia się chorób zakaźnych, przeto kol. I. radby bardzo, aby Tow. lek. oświadczyło się w tym względzie i zobowiązało członków do pewnego określonego zachowania się kolegów przy łóżku chorego na chorobę zakaźną. Ze swej strony nadmienia, iż w tych przypadkach żąda od otoczenia prześcieradła, którem osłania swą osobę jak fartuchem (demonstruje sposób użycia w tym względzie prześcieradła). — Kol. Cennèré wita z wielkiem uznaniem poruszenie przez kol. I. tak drażliwej sprawy i sądzi, że gdyby w Tow. lek., jako najwłaściwszem miejscu, częściej rozpatrywano tego rodzaju sprawy, to, niewątpliwie, przyczyniłoby się to do usunięcia wielu nieporozumień w stosunkach zawodowych lekarskich. Co do propozycyi kol. I., by do osłony swej osoby przy łóżku chorego na chorobę zakaźną używać miejscowego prześcieradła, to pominąwszy, że — zwłaszcza w rodzinach ubogich — prześcieradeł znaleźć nie można — należy mieć na uwadze, że prześcieradła takie — pozostając w mieszkaniu chorego, — już są zakażone, nie mogą więc uchronić ubrania od zakażenia. — Kol. Pełczyński w odpowiedzi kol. Przychodzkiemu zaznacza, że wskazywane przez niego tabliczki ostrzegawcze skutku nie odniosą, gdyż analfabetyzm jest u nas chorobą 80% ludności; zamiast zarządzać zawieszanie policyjnej tabliczki, powinien lekarz udzielić otoczeniu chorego jasnych a treściwych wskazówek zapobiegawczych. Przepisy o grzebaniu ciał zmarłych z chorób zakaźnych istnieją, ale są przez ludność lekceważone; byłoby pożądane, aby ciała zmarłych były przewożone na karawanie miejskim lub szpitalnym, lecz bezwarunkowo należy się postarać o zakaz przewożenia nietylko zmarłych, ale i chorych na choroby zakaźne w dorożkach i powozach z remiz. Dalej kol. P. uważa za słuszne, że w drukowanych blankietach należy jeszcze zamieszczać nazwisko właściciela mieszkania, gdyż może się zdarzyć, że sądząc tylko z nazwiska przyjezdnego chorego, nie można będzie znaleźć mieszkania, które tenże zakaził i które podlega odkażeniu; co zaś do marek pocztowych, to zaopatrzenie się w większą liczbę marek raz na miesiąc nikogo nie obciąży, koszt zaś ich będzie zwrócony w formie otrzymanego z magistratu wynagrodzenia. Żądanie kol. Drewnowskiego, aby i felczerzy rejestrowali chorych zakaźnych, należy odrzucić, gdyż rozpoznanie felczerskie chyba nie będzie miało wartości dla statystyki naukowej, a dawanie im kartek rejestracyjnych w rękę postawiłoby ich w oczach laików na równi z lekarzami, co nie byłoby z korzyścią ani dla lekarzy, ani tembardziej dla chorych. W sprawie poruszonej przez kol. Idzikowskiego kol. P. wolałby prześcieradło możliwie czyste, wzięte od chorego, niż fartuch lekarski, gdyż fartuchów i hermetycznych puszek do nich należałoby wozić z sobą, albo i nosić, tyle sztuk, ile jest rodzajów chorób zakaźnych, a to jest niewykonalne.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Taksa lekarska, projektowana w Warszawie, oparta jest na następujących zasadach: 1) Pierwsza wizyta w domu chorego we dnie (od 8 rano do 8 wieczorem) najmniej rb. 3, nocna (od 8 wiecz. do 8 rano) najmniej rb. 5. Następne wizyty najmniej rb. 2. 2) Za leczenie równocześnie w jednem mieszkaniu kilku chorych, od każdego następnego za pierwszy raz rb. 2, następne rb. 1. 3) Narady w dzień dla każdego lekarza rb. 6, w nocy rb. 10. 4) Za dyżur przy chorym za 12 godzin rb. 50. 5) Wyjazdy w obrębie 2 wiorst poza rogatkami: cena podwójnej wizyty; inne wyjazdy podług umowy. 6) Wizyta w domu lekarza pierwsza najmniej rb. 2, następne najmniej rb. 1 7) Porada i wskazówka telefonem najmniej rb. 1. 8) Świadectwa najmniej po 5 rb. 9) Zabiegi podług umowy. 10) Leczenie w ambulatoryach, nawet dobroczynnych, po 3 rb. za godzinę. 11) Taksę umieszczać należy w poczekalniach, przyczem każdemu lekarzowi przysługuje prawo podania wyższych cen, natomiast poniżej taksy wolno schodzić jedynie w wyjatkowych przypadkach. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 4. IV. do 10. IV. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 1, Markowa 4, Biłków 2, Jabłonka 1, Starunia 1), Brzeżany (Chorobrów 2), Buczacz (Krasiejów 2), Drohobycz (Letnia 3, Mraźnica 1), Horodenka (Harasymów 2, Targowica 3, Żywaczów 1), Jaworów (Lubienie 3), Kołomyja (Słobódka polna 6, Siemakowce 3, Gwoździec stary 3), Kosów (Chomczyn 4), Mościska (Czerniawa 3), Podhajce (Siółko 1), Przemyśl (Wilcza 3), Przemyślany (Gliniany 1), Rawa (Ulhówek 1), Skałat (Żerebki król. 1), Śniatyn (Trościaniec 14, Rożnów 2), Stanisławów (Chomiaków 4), Tarnobrzeg (Nadbrzezie 6), Tarnopol (Konopkówka 2), Turka (Jabłonka w. 3, Lipie 4), Zaleszczyki (Capowce 3), Zbaraż (Buda zbarazka 1), Zborów (Jarosławice 1). Ospy jeden przypadek sprawdzono w Uszni p. Złoczów (zachorowała robotnica z fabryki papieru w Sassowie, zatrudniona sortowaniem szmat sprowadzonych z Rosyi).

Namiestnictwo okólnikiem z 23/III. 1909 l. 32574 zwróciło uwagę na niebezpieczeństwo zawleczenia duru plamistego i ospy z Królestwa polskiego, gdzie według doniesień, obie te epidemie mają szerzyć się nad Wisłą w okolicy Sandomierza. *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 4. IV. do 10. IV. 1909 zgłoszono przypadków: płonicy 17 † 2, odry 6 (w tem obcych 2), duru brzusznego 2, gorączki połogowej 1 † 1, nagminnego zapalenia opon 1 † 1. *Dr Kielanowski.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. IV. do 10. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 2 (w tem obcych 2 † 2) płonicy 11 † 2 (4 † 1), odry 6, duru brzusznego 1 (1), jaglicy 24 (20), nagminnego zapalenia opon 1 (1) *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 21. III. do 27. III. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 5 † 2, odry 3, płonicy 4, róży 7, duru plamistego 29 † 4, duru brzusznego 14 † 2, duru powrotnego 8 † 1, błonicy 4. (*Gaz. lek.* 15).

Drugi Zjazd balneologiczny polski

urządzony staraniem polskiego Towarzystwa balneologicznego w Krakowie, odbędzie się w dniach 23. i 24. b. m. — Program Zjazdu jest następujący:

We czwartek d. 22 o 8 w., zebranie uczestników Zjazdu w salach hotelu Saskiego celem wzajemnego poznania się.

W piątek d. 23 o 9 r.: Msza w kościele św. Mikołaja, o 10: Pierwsze ogólne posiedzenie Zjazdu w Sali Towarzystwa lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie przez

prezesa Tow. baln. Jana hr. Potockiego; 2) Wybór prezydyum; 3) Przemówienie prezesa Tow. lekarskiego, Prof. Dra S. Dobrowolskiego; 4) Przemówienie dziekana wydziału lekarskiego Prof. Dra L. Wachholza; 5) Przemówienia innych delegatów; 6) Odczytanie regulaminu Zjazdu; 7) Wykład Prof. Dra Marchlewskiego; 8) Odczyt Dra Dłuskiego i Rozpędzihowskiego: »Wyniki badań krwi w gruźlicy wedle metody Arnetha«; 9) Referat Dr Wąsowicza i Pelczara: »O leczeniu przewlekłych chorób serca w zdrojowiskach krajowych«.

Po południu o g. 4.: Dr Regiec: »O koloniach leczniczych dla dzieci zołzowych«; Dr Kmietowicz: »Ekonomiczne znaczenie naszych zdrojowisk«; Dr Flis: »O potrzebie urządzenia stałej wystawy zdrojowisk«; Dr J. Bandrowski: »Kilka uwag o prasie zdrojowej«; Dr Arnstein: »Co czynić należy, aby uprzystępnić niezamożnym warstwom społeczeństwa leczenie zdrojowo-kąpielowe?«; Dr T. Praschil: »O potrzebie wysłania memoryału do władz, w sprawie skuteczniejszego popierania zdrojowisk krajowych«, P. Z. Rosner: »Reklama w usługach zdrojowisk«.

W sobotę d. 24. o 9 rano: Prof. Dr Korczyński: »Kilka uwag o klimatycznem i zdrojowem leczeniu narządu krążenia«; Dr Zanietowski: »O postępach przyrodolecznictwa i wodolecznictwa w świetle najnowszych i własnych spostrzeżeń«; Doc. Dr Latkowski; Dr Kupczyk: »Z dziedziny hydroterapii«; Dr Jul. Aronsohn: »O leczeniu chorób kobiecych w zdrojowiskach krajowych«; Dr Zanietowski: »Ruch i promieniowanie w służbie balneoterapii«; Dr Regiec: »O zastosowaniu i działaniu leczniczem solanek rymanowskich w chorobach przewodu pokarmowego«; Dr Turzański: »Wyniki leczenia zdrojowego zołzów w Iwoniczu w porównaniu z wynikami osiągniętymi w Bad-Hall, Salzbad i w uzdrowiskach morskich«; w końcu zamknięcie obrad Zjazdu. O godzinie 1 w południe nastąpi przerwa; dalszy ciąg posiedzenia o godz. 4 pop. O godz. 8 w.: Towarzyskie zebranie w salach hotelu Saskiego. W niedzielę dnia 25 kwietnia wspólna wycieczka do Swoszowic.

Wszelkich informacyj udziela sekretarz wydziału Dr Józef Zanietowski (jun.) ul. Batorego 1.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę Dra Witolda Nowickiego z zakresu anatomii patologicznej.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Franciszka Raff, rodem z Przemyśla.

Warszawa. Wyszedł z druku ostatni zeszyt II. tomu czasopisma »Ginekologia«, wydawanego przez Dra Stankiewicza. Zeszytem tym zamyka redakcya wydawnictwo, które przez lat kilka sumiennie wypełniało swoje zadanie i cieszyło się zasłużonem uznaniem, dopóki wojna rosyjsko-japońska nie zmusiła wydawcy do przerwania pracy. Redakcya »schodząc z pola, wyraża gorące życzenie, by posterunek ten w prasie ojczystej został jak najprędzej ponownie zajęty«.

— Magistrat miasta Częstochowy udzielił częstochowskiemu oddziałowi warszawskiego Towarzystwa higienicznego część parku Jasnogórskiego na lat 96 na muzeum higieniczne. Będzie ono zbudowane w roku bieżącym i zawierać będzie salę muzealną i salę odczytową na 300 osób; w sali odczytowej odbywać się będą odczyty popularne z dziedziny higieny i nauk pokrewnych. Kosztorys budynku wraz z urządzeniem obliczony jest na 15.000 rubli, oddział częstochowski posiada zaś dotychczas na ten cel 7000 rubli. Muzeum, znajdując się u stóp Jasnej Góry, gdzie corocznie zbierają się tysiące ludu, będzie mieć znaczenie ogólno-krajowe.

Poznań. Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk odbył w d. 17. IV. b. r. Walne Zebranie, połączone z uroczystem otwarciem sali wykładowej Wydziału w nowym gmachu Towarzystwa i odsłonięciem pomnika Strusia. Na zebraniu miał Prof. K. Klecki, który był zarazem przedstawicielem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego na uroczystości, wykład: »Problemat dziedziczności w patologii«.

Uzupełnienie. W Nrze 15. »Przeglądu lek.« str. 238, szpalta 2., w. 37 od góry, po słowie »jako« brak wyrazu »jedynego«. Zdanie to ma opiewać: »Prof. Piltz zaznacza, że nie miał zamiaru przedstawiać hypnozy, jako jedynego środka leczniczego przeciw moczeniu mimowolnemu«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 21. kwietnia 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kostanecki: Demonstracya preparatów. 2) Doc. Seńkowski: Demonstracya konserw z fabryki Rożańskiego. 3) Dr Frączkiewicz: Doświadczenia nad gryseryną.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **w piątek dnia 23. kwietnia 1909** o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. kol. Dr Fechter. 2) O wartości rozpoznawczej i leczniczej nowszych surowic, kol. Dr Sikorski 3) Wnioski co do zmian statutu Towarzystwa. 4) Sprawy zawodowe.

Ze względu na bardzo ważne przedmioty rozpraw o jak najliczniejszy udział uprasza Biuro sekcyi.

Sekretarz: *Dr Feldman.* Przewodniczący: *Dr Czyżewicz.*

V. Walne Zgromadzenie członków polskiego Towarzystwa balneologicznego odbędzie się **we czwartek d. 22. kwietnia b. r. o godz. 6½ popołudniu w sali Tow. lekarskiego** (ul. Radziwiłłowska l. 4), z następującym porządkiem dziennym: 1. Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zgromadzenia; 2. Sprawozdanie Wydziału (referent sekretarz Dr Zanietowski); 3. Sprawozdanie Komisyi kontrolującej; 4. Wybór 5 członków Wydziału i 2 członków Komisyi kontrolującej; 5. Wnioski Wydziału: a) utworzenie katedr balneologi na Uniw. krajowych, b) utworzenie przy Wydziale krajowym krajowej Komisyi zdrojowej; 6. Wnioski członków.

Sekretarz: *Dr Zanietowski.* Prezes: *Hr. J. Potocki.*

Związek krajowy lekarzy Galicyi i W. Ks. Krakowskiego.

Zwyczajny Zjazd delegatów odbędzie się w Krakowie w domu lekarskim (ul. Radziwiłłowska l. 4) w sobotę d. 1. maja 1909 r. o godz. 5 popołudniu.

Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie wydziału. 2) Zmiana statutu. 3) Wybory władz Związku. 4) Wnioski.

Sekretarz: *Dr Weinsberg.* I. wiceprezes: *Dr Damski.*

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222
SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg. | ŁOG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Hetralin Przez odszczepienie formaldehydu w drogach moczowych działający środek odkażający mocz i pęcherz o **niedosięgniętem działaniu zakwaszającem** na mocz.

Collargol zupełnie niedrażniący środek przeciwgnilny dla wszystkich **zakaźnych schorzeń oka, pęcherza** i **cewki, gardła i krtani, nosa** z jamami bocznemi. **Równowartościowy nie niebezpieczny środek zastępujący lapis.**

Acoinowa oliwa, (sol. oleos. acoin. bas.), sprawia **trwały brak bolesności** przy bolesnych **cierpieniach oczu.** Usuwa **światłowstręt** i **kurczowe zamykanie powiek** u małych dzieci. Bez objawów ubocznych.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 d

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 D. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie 43

przez dzieci i kobiety

Wystawa hig. Wiedeń 1906: Nagroda państw. i dypl. hon. do medalu złotego.

Odznaczone kilkakrotnie. — Przeszło 5000 orzeczeń lekarskich. Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki.

J. Serravallo. Triest-Barcola.

Santyl (Knoll)

środek balsamiczny niedrażniący i bez smaku do wewnętrznego leczenia wiewióra. 13 b

Zapisuje się: 3 razy dziennie 25 kropel lub 3 do 4 razy dziennie 2 kapsułki.

Rp. 1 flaszka oryg. Santyl (Knoll) po 15 g. lub i pudełko oryg. kapsułek Santylowych (Knoll) po 0.4 g. No XXX.

KNOLL et Co., Ludwigshafen a. Rh.

Piśmiennictwo i próbki bezpłatnie.

Berlyak'a 227

Mączka odżywcza dla dzieci

jest mimo swej szczególnej taniości znakomitym środkiem odżywczym dla dzieci od najmłodszego wieku osesków. (Także dla dorosłych cierpiących na żołądek). Do każdej paczki dodany jest sposób użycia według p. prof. Dra Eschericha. Zawiera według analizy zakładu dla badań środków spożywczych i używek ogólnego austr. związku aptekarzy 85% **strawnego białka.**

Otrzymać można we wszystkich aptekach i lepszych drogueryach.

Panom lekarzom próbki do rozporządzenia przez firmę depozytową:

Konst. WISZNIEWSKIEGO Spadkobiercy, apteka,

Kraków, ul. Floryańska.

KĄPIEL MORSKA GRADO.

WYSPA KOŁO TRYESTU, NA WYBRZEŻU AUSTRYACKIEM.

EPNSYONAT I ZAKŁAD LECZNICZY „Alla Salute".

Zakład I-rzędny. 50 wykwitnie urządzonych pokoi z balkonami, wszystkie z widokiem na morze. Elektryczne oświetlenie. Lokale towarzyskie, loggie, piękny ogród. Pokoje tygodniowo i miesięcznie. 231

Przytem połączenie z postępowo urządzonym zakładem dla chirurgii, ortopedyi i całkowite leczenie fizykalne. — Aparaty Dr Zandera i Herza. Kursa gimnastyczne dla dorosłych i dzieci. Otwarty od 1 kwietnia do 31 października.

Prospekty przez zarząd bezpłatnie. — **Lekarz kierujący i właściciel Dr M. ORANSZ.** Ordyn. od 10—12 i od 3—5 pop.

Fersan

(Jolles).

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).

ŻELAZO! FOSFOR! zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.	Kołaczyki fersanowe.
Kołaczyki czekoladowo-jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).	Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych (w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk).
D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.	D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazanie.

Nowość! 41

Pastylki-bromowe-fersanowe

Panom Lekarzom piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Fersan-Werk, Wien IX.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 **Główny skład i wyrób**

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 270

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy **schorzeniach narządów oddechania**, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker Wien II/1 Castellezgasse 25.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa



poleca wyroby własne: 208



Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

STOLL'A dyet. przetwory Kola
Cesarski Elixir Kola, Wino Kola,
Elixir Kola, Kola „Stoll" granulée 314
polecają pierwsze powagi lekarskie jako znakomity środek skrzepiający żołądek i wzmacniający nerwy.
Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie i opłatnie
Otrzymać można w aptekach i drogueryach.
K. STOLL,- Prag-Königl. Weinberge.
Skład główny we Lwowie Piotr Mikolasch i Sp., Dr Jan Piepes-Poratyński, apteki, w Krakowie K. Wiszniewskiego spadkobiercy, apteka etc.

ROK VI. 185 ROK VI.
„GŁOS LEKARZY"
Dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.
Wychodzi we Lwowie pod redakcyą
Dra Szczepana Mikołajskiego.
Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron = 6 marek = 3 ruble.
Adres redakcyi i administracyi: Lwów, ul. Śniadeckich, Nr. 6.

POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ
APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ"
PIOTRA MIKOLASCHA
wyrabia: WE LWOWIE wyrabia:
Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.
W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.
Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.
Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.
Wydaje się tylko na przepis lekarski.
Poleca ustalonej sławy WINA LECZNICZE
przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.
Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210
Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.
Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych

Alkohol — Morfina
Dra Emmerich'a Sanatoryum B. Baden
założ. 1890 dla chorych nerwowych, morf. i alkoholików. Łagodn. sposób odzwycz. od morf. Bez przymusu, bez strzykawki. Odzwycz. od alhol. wedł. wyprób. postęp. Prosp. bezpł. Właść. i kier. lekarz Dr A. Meyer. 350

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.
Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych - jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem
LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI
składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203
Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).
Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.
Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.
Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.
Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

SANATORYUM ZAKŁAD DYETETYCZNO-FIZYKALNO WODOLECZNICZY OTWARTY OD 15/IV DO 31/X.
Quo vadis Dra J. MACIEJEWSKIEGO
w KISSINGEN LUDWIGSTRASSE 16 (BAWARYA).
Dla chorób wewnętrznych, nerwowych i kobiecych. Najnowsze urządzenia dla balneo- hydro- i elektroterapii, leczenie światłem i masażem. Urządzenie nowoczesne, służba polska. Kuchnia dyetetyczna (także dla moich pacyentów mieszkających poza Zakładem). Pokój z całkowitem utrzymaniem od 10 do 14 koron dziennie, włącznie leczenia i zabiegów lekarskich od 16 koron i wyżej. Na życzenie prospekt. 42

Rękawiczki operacyjne 45
z tkaniny nicianej bez szwu według wskazówek Ś. p. Tajnego Radcy Med. P. de Mikulicza-Radeckiego. Tylko wtedy gwarancya za prawdziwość i trwałość, jeżeli każda para z marką D. R. G. M. 357 545. Sprowadzać przez: J. E. LEWY, Breslau I. Handschuh-Manufaktur. Używane od lat w Król. klinikach i wielu zakładach prywatnych.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.
Dr med. Alfred Sokołowski
Wykłady kliniczne 191
chorób dróg oddechowych.
Dzieło nagrodzone przez Akad. Umiejętn. w Krakowie, w 3 tomach
Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli.
Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.
Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50
Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.
Część II. Suchoty płucne. Cena rb. 5, w oprawie rb. 5 kop. 60, przesyłka kop. 60.
Skład główny w Księgarni E. WENDE i Ska w Warszawie.

FIGOL JAHR

najprzyjemniejszy i najskuteczniejszy przetwór przeczyszczający.

Figol Jahr jest to syrup sporządzony z miąszu fig smyrneńskich z odpowiednim dodatkiem płynnego wyciągu strączków senesowych.

Figol Jahr działa jako środek lekko przeczyszczający skutecznie i bezboleśnie.

Figol Jahr reguluje stolec, oddaje znakomite usługi przy zaparciu nawykowem stolca.

Figol Jahr bywa chętnie przez dzieci i dorosłych zażywany.

Figol Jahr daje się w razie potrzeby przed spaniem, dorosłym $1/2$ do $1^1/_2$ łyżki stołowej, dzieciom $1/2$ do $1^1/_2$ łyżeczki kawowej.

Figol Jahr kosztuje; duża flaszka Kor. 2·70, mała flaszka Kor. 1·80.

Rp. Figol lagen. origin. 215 a

Wyrób i główny skład

w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1

Składy prawie we wszystkich aptekach.

Zanim Pan poczynisz kroki o uzyskanie pożyczki osobistej hipotecznej lub realnej proszę żądać prospektu bezpłatnie

MELLER L. EGYED

Budapest IX. Lónyai-ulca 7

Telef. międzymiast. 46—31.

234

P. T.

Na żądanie i z polecenia Towarzystwa ginekologicznego we Lwowie wyrabiam opatrunki P (położnicze) z moją firmą i polecam je WPanom Ginekologom:

Gaza odtłuszczona P sterylizowana
pudełko zawierające 5 metr.

Gaza jodofanowa 10% P
pudełko zawierające 5 metr.

Gaza jodoformowa 10% P
pudełko zawierające 5 metr. 212

Gaza vioformowa 10% P sterylizowana
pudełko zawierające 5 metr.

Wata Brunsa w płatkach P sterylizowana
karton zawierający 250 i 100 gr.

Proszę żądać w aptekach lub u podpisanego.

M. L. Dobrowolski

Mag. farm. właściciel fabryki opatrunków chirurg. w Podgórzu.

FILIA WE LWOWIE CZARNECKIEGO 6.



JÓZEF GORECKI

PREMIOWANA FABRYKA 228

SIATEK, MEBLI, KONSTRUKCYI ŻELAZNYCH I WYROBÓW ORNAMENTALNYCH KUTYCH

W KRAKOWIE, UL. ŚW. WAWRZYŃCA L. 26.

Poleca się do wykonania po najtańszych cenach: Wszelkich siatek maszynowych i ręcznych, służących do ogrodzeń, ochron raf, betonów, materyałów sprężynowych i t. p. — Mebli żelaznych i mosiężnych tanich i wykwintnych do urządzeń lekarskich, szpitali, klinik, internatów i ogrodów. — Konstrukcyi dachów, schodów żelaznych w różnych systemach, pawilonów, werand, markiz, okien, bram i portali. — Wyrobów artystycznych z żelaza, miedzi i bronzu kutych, jak wszelkich krat, balustrad, balkonów, ogrodzeń, krzyży, wieńców i kwiatów, świeczników, latarń i kandelabrów i t. p. — Drut kolczasty i wzdętochrony do ratowania bydła.

Magazyn własny we fabryce przy ulicy św. Wawrzyńca Nr 26.

Adres listów i telegramów wyraźnie:

JÓZEF GORECKI — KRAKÓW. Telefon Nr. 277.

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY-ETAT

VICHY

VICHY-ETAT

Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organow żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 24. kwietnia 1909. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. Dra W. Jaworskiego.

O wartości leczniczej surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.

Na podstawie doświadczeń poczynionych w klinice lekarskiej Uniw. Jag. w roku 1907/8.

Podał

Dr Stanisław Szurek,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Krótkie wyciągi z obszernych historyi chorób pozwalamy sobie przytoczyć jako dokumenta dla oceny wartości leczniczej surowicy Marmorka.

I. J. K. l. 40, wyrobnik kolejowy, dź. prz. 25. X. 907. Rozp. klin.: *Phthisis pulmonum (stadium secund.) pleuritis sicca dextra.* Początek choroby przed 2 laty silnem zaziębieniem, w grudniu 1906 krwotok trójdniowy, z początkiem lutego 1907 krwotok po raz wtóry. Osłabienie, wychudnienie, dreszcze niewielkie, bezsenność, duszność, kłucia w klatce piersiowej, plwocina skąpa, łaknienie mierne, stolec zaparty. Przedmiotowo: ciepłota od 37—38°4', tętno 88, ciężar ciała 61·000, prątki +. Dnia 2. II. pierwsze podskórne wstrzyknięcie 5 cm³ M. S. bez odczynu miejscowego. D. 3. II. w nocy dreszcze, ból głowy, ciepłota 38°, tętno 80. D. 4. II. wstrz. drugie. M. S. w brzuch bez odczynu miejscowego, kłucie w boku mniejsze, ciepłota 36·8, tętno 76, w nocy dreszcze niewielkie, kaszel silniejszy niż zwykle, odkrztuszanie bardzo skąpe, ból głowy nieznaczny, łaknienie dobre. D. 6. II. trzecie wstrz. M. S. w brzuch bez odczynu miejscowego, ciepłota popołudniowa 38·2, tętno 92. D. 8. II. w nocy dreszcze, poty, osłabienie, ból głowy, sen zły, ciepłota 39·0, tętno 112; czwarte wstrzyknięcie 5 cm³ M. S. D. 10. II. wstrz. piąte w pośladek, osłabienie, poty w nocy, ciepłota 37·5, tętno 84. Przedmiotowo: w szczycie prawym przytłumienie wyraźniejsze, niż dawniej, tarcia opłucnego nie słychać, w szczycie lewym rzężenia liczniejsze, dość dźwięczne i sięgające w dół dalej, bo aż do połowy łopatki. 12. II. szóste wstrzyknięcie M. S. w brzuch, kaszel mierny, sen lichy, ciepłota 37·8, tętno 96, odczynu brak, w nocy sześć stolców wodnistych i jeden z rana. 14. II. wstrzyknięcie siódme w brzuch, ciepłota najwyższa 37·4, tętno 80, odczynu brak, 5 stolców wolnych, ogółem stan dobry. 16. II. wstrzyknięcie ósme w pośladek, osłabienie większe, bole głowy, łaknienie gorsze, biegunka, ciepłota 38·2, tętno 88; następnego dnia duszność, poty, pragnienie, ciepłota z rana 39·0, tętno 100, łaknienie mniejsze, 5 stolców wodnistych, z powodu biegunki podano makowiec. 18. II. dziewiąte wstrzyknięcie w brzuch, w nocy poty, ciepłota najwyższa 37·1, tętno 80, łaknienie lepsze, stolca brak, osłabienie również mniejsze. 20. II. dziesiąte wstrzyknięcie w brzuch, łaknienie dobre, stan ogólny wcale dobry, waga 61·200, prątki + co do ilości jak poprzednio w każdym razie nie mniej. Przerwa dwutygodniowa, ciepłota między 36·8 a 38·8, chory na ogół znacznie silniejszy, w łóżku tak silny, że zdaje mu się, że skały mógłby łamać, w czasie chodzenia szybkie męczenie i brak oddechu, kaszel mały, odkrztuszanie skąpe, dreszcze czasem niewielkie, tożsamo i poty, łaknienie lepsze, stolec od czasu do czasu biegunkowy. Przedmiotowo: Chory wygląda lepiej, twarz rumiana, pełniejsza, po stronie lewej w dole z tyłu świeże rzężenia niezbyt liczne, mało dźwięczne. 7. III. druga serya wstrzykiwań, tj. jedenaste wstrzyknięcie, ciepłota ranna 39·0, odczynu brak. — 9. III. dwunaste wstrzyknięcie w brzuch, stan podmiotowy dobry. — 11. III. wstrz. trzynaste w brzuch, ciepłota najwyższa 38·1, odczynu brak, trochę duszności, kaszel suchy. — 13. III. wstrz. czternaste, najwyższa ciepłota 37·5. — 15. III. wstrz. piętnaste w pośladek, ciepłota 37·4, stan podmiotowy dobry. — 17. III. szesnaste wstrz. w brzuch, a następnego dnia ciepłota 39·2, poty, kaszel dokuczliwy, suchy, kłucie w piersiach.— 19. III. siedmnaste wstrz. w brzuch, ciepłota najwyższa 37·9, bez odczynu, stan ogólny dobry. — 21. III. ośmnaste wstrz. w pośladek, ciepłota najwyższa 37·5. — 23. III. i 25. III. dziewiętnaste i dwudzieste wstrz., bez odczynu, waga 66·000, prątki +. Na własne żądanie wychodzi chory do domu z zamiarem powrotu po 10 dniach; przez pierwsze 2 dni miał się mieć dobrze, poczem stan jego miał się tak dalece pogorszyć, że na dalsze leczenie wstrzykiwaniami nie chce przyjść do kliniki. Badanie krwi dn. 27. IX., c. b. 8400 c. cz. 4.712.000 (po potach), Hb. 65% (Gowers). Dnia 29. II. z. b. 11200, z. cz. 4.840.000 Hb 68%. Mocz przez cały czas bez białka, bez cukru i bez odczynu dwuazowego. Ogółem dostał chory 100 cm³ M. S. podskórnie.

II. J. G., l. 15, uczeń gimn. przyjęty 14. II. 907, rozp. klin: *Tbc. pulmonum, laryngis et intestinorum destructiva.* Początek choroby nagły w lutym r. 1907, dreszczami, gorączką, chrypką, kaszlem silnym; od 2 tygodni duszność, kłucie w klatce piersiowej, dreszcze, poty, duszność od czasu do czasu, kaszel niewielki, suchy, chrypka, łaknienie mierne, w brzuchu kruczenie z przelewaniami, stolce przeważnie płynne (3 na dobę). Dziedziczność ze strony matki. Przedmiotowo: gorączka trawiąca między 36·8 a 38·5, tętno powyżej 100, ciężar ciała 21·500, prątki +. 17. II. pierwsze wstrzyknięcie M. S. 2 ½ cm³ w pośladek bez odczynu. Dnia następnego chory więcej osłabiony, kaszel silniejszy, ciepłota najwyższa 38°, tętno między 112 a 128. — 19. II. wstrz. drugie M. S. 2 ½cm³, łaknienie dobre, stolce płynne, prątki w kale +. 21. II. trzecie wstrz. M. S. 2 ½ cm³, w okolicy wstrzyknięcia z dn. 19 i 21 lekkie smugowate zaczerwienienie, które utrzymuje się do dnia następnego. 23. II. czwarte wstrz. 2 ½ cm³, łaknienie gorsze, ciepłota między 37° a 38°, odczynu brak. 25. II. ból głowy, piąte wstrz. 2 ½ cm³ M. S. w pośladek bez odczynu, stan ogólny dość dobry. 27. II. szóste wstrzyknięcie w brzuch, stan ogólny dobry. 29. II. siódme wstrz. w brzuch bez odczynu. 1. XII. ósme wstrz. w pośladek, chrypka, kaszel ze skąpą plwociną utrzymują się bez zmiany, ciepłota w tych samych granicach. 3. XII. dziewiąte wstrz., kaszel mniejszy, odkrztuszanie utrudnione. 5. XII. dziesiąte wstrz. w pośladek. Przerwa dwutygodniowa. Dnia 12. XII. w nocy silny kaszel ogólne osłabienie większe, niż przedtem. Dn. 19. XII. stan podmiotowy gorszy, przygnębienie, apatya, sen przerywany z powodu kaszlu, łaknienie upośledzone, stolce biegunkowe, poty ograniczone do głowy, kaszel częsty, uporczywy, odkrztuszanie trudne, głos bardzo cichy, ochrypły, szybko wyczerpujący się; zmiany przedmiotowe jak poprzednio, tylko w okolicy dolnego kąta lewej łopatki liczne drobne dźwięczne rzężenia; wyrostek robaczkowy i jelita ślepe przy obmacywaniu bolesne. Od 20. XII. do 2. II. dalsza serya wstrzykiwań podskórnych M. S. po 2½ cm³

bez miejscowego odczynu, mimo biegunki, którą zwalczano makowcem i środkami ściągającymi. Od 4. II. z powodu osłabienia coraz większego wstrzymano wstrzykiwania. Dnia 9. śmierć. Zwłoki uwolnione od sekcyi. Ostatnia waga ciała z dnia 19-stego 20·150. Badanie krwi z dnia 15. II. c. b. 8000, c. cz. 3.003.000 Hb. 35% Gowers. Mocz bez białka z odczynem dwuazowym na początku słabo dodatnim, później wyraźnym. Ogółem dostał chory podskórnie 42 ½ cm³ M. S.

III. A. J., l. 30, żona szewca, przyjęta 22. II. z rozpoznaniem: *Infiltratio apicum praecipue sin. Adhaesiones pleur. sin.* Początek obecnej choroby w maju 1907 bólem głowy, dreszczem, silnym kaszlem, obfitymi potami, gorączką i krwoplučiem, po 5 tygodniowym pobycie w górach czuje się chora przez 3 miesiące prawie zdrową; od 2 tygodni po powrocie dreszcze, gorączka, kaszel, poty, bole kłujące w piersiach, brak łaknienia, chrypka, bole w okolicy pępka przed stolcem i przy oddawaniu stolca. Dziedziczność ze strony ojca. Waga 39·500, ciepłota między 37 a 39·3, tętno między 84 a 112. Dnia 29. II. pierwsze wstrzyknięcie M. S. 5 cm³ podskórnie bez odczynu i t. d. co drugi dzień. — Ciepłota między 36·6 a 38·9, tętno poniżej i powyżej 100. W nocy z 5. na 6. kaszel bardzo silny, wysoka gorączka, zrywania i majaczenia. Od 7. do 13. M. S. 5 cm³ przed odbytnicę. Stan ogólny dobry, poty, ciepłota niższa, dochodząca najwyżej do 38·4, tętno między 80 a 104. Po trzynastem wstrzyknięciu chora czuje się silniejszą, odpluwa więcej, kaszel większy, dreszczy, potów brak. Dnia 16. czternaste wstrzyknięcie przez odbytnicę, stan płuc bez żadnej poprawy, z tą tylko różnicą, że świsty i furczenia dają się obecnie stwierdzić aż do dolnej granicy płuca lewego, ciężar z dnia 12. III. 38·200. Chora na własne żądanie opuszcza klinikę na święta z zamiarem powrotu po Nowym Roku; jakie jej dalsze losy, nie wiadomo, ponieważ chora z powrotem się nie zgłosiła. Badanie krwi z 27. II. c. b. 7800, c. cz. 4008000, Hb. 68%. W moczu prawidłowym odczyn dwuazowy, początkowo bardzo wyraźny, z 9. III. znika. Ogółem chora dostała 70 cm³ surowicy, częścią podskórnie, częścią przez odbytnicę.

IV. T. B., l. 24, słuchacz weterynaryi, przyjęty 26. II. 907 z rozp.: *Phthisis pulmon. utr. praec. sin., Cavernae pulm. sin. Adhaesion. pleural. ambilater. Tumor lienis. Otitis media tbc. dextra.* Początek w zimie 1903 objawami nieżytowymi, w maju 1905 krwotok płucny (¼ szklanki krwi), w r. 1906 chory osłabiony, niezdolny do pracy, odczuwa przy głębokim oddechu kłucie po lewej stronie klatki piersiowej z przodu, w kwietniu 1907 suchy kaszel, poty w nocy obfite i nizka gorączka bez dreszczów. 10. IX. silny krwotok (szklanka krwi), 9. II. drugi krwotok, a w 4 dni potem trzeci słabszy. Dn. 15. X. nieżyt nosa, uczucie zatkania w uchu prawem, strzykanie i szum, w 2 tyg. ropotok z ucha prawego w skąpej ilości, dotąd trwający, nadto szum w uchu i zawroty głowy czasami. Chory zawsze skłonny do biegunek, od czasu choroby płucnej miewa po kilka stolców płynnych na dzień. Dziedziczność ze strony matki. Przedmiotowo: Ciepłota między 37° a 38° C., tętno 84, waga 57.700 prątki + (b. liczne). Przebieg: 3. XII. pierwsze wstrz. 5 cm³ M. S. podskórnie w pośladek bez odczynu, ogólny stan dobry, ciepłota najw. 37·8, t. 88. 5. XII. drugie wstrz. M. S. pod skórę brzucha bez odczynu miejscowego, popołudniu ból głowy niewielki, ogólny stan zresztą dobry, ciepłota najw. 37·6, tętno 84; 6. XII. najw. ciepłota 38·, tętno 96. 7. XII. trzecie wstrz. M. S., 8. XII. ból głowy, ciepłota najw. 38·3. 9. XII. czwarte wstrz. M. S., ciepł. najw. 38·, 10. XII. brak odczynu, ciepłota 37·8, ogólny stan dobry, 11. XII. piąte wstrz. M. S. w pośladek, najw. ciepł. 38·3, odczynu brak, ogólny stan dobry, 13. XII. szóste wstrz. M. S. bez odczynu, ból głowy, ciepł. najw. 37·4, 17. XII. ósme wstrz. M. S., ciepł. 37·7, kaszel duży, w plwocinie ślady krwi, ból głowy, 19. XII. dziewiąte wstrz. M. S., stan podmiotowy dobry, odczynu brak, ciepł. 37·9, w dniu nast. 38·8 ze spadkiem do 36·8, 21. XII. dziesiąte wstrz. M. S., ciepł. 37, kłucie w boku prawym, tarcie opłucnowe. Od dnia następnego przerwa przez 2 tygodnie, ciepłota 39·5, kłucie silne w boku prawym, tarcie opłucnowe, 23. XII. ciepł. 38.6, oddychanie swobodne, kłucie nieznaczne. Odtąd do 2. I. 908, ciepłota między 37·6 a 39·2 lub 38·8, waga 55 300. Dnia 2. 1., ciepłota nieznacznie podniesiona, chory słabszy, kaszel silniejszy, ból głowy, kłucie nieznaczne. Przedmiotowo: chory bledszy, chudszy, stan płuc gorszy, przytłumienia po obu stronach posunęły się w dół, po stronie lewej rzężenia dźwięczne sięgają prawie do dolnego dołu łopatki, granica prawa z przodu i w pasze przedtem ruchoma, obecnie wyżej ustawiona i zupełnie nieruchoma. Łaknienie lepsze, stolec zaparty. Od 3. I. do 15. I. 7 dalszych wstrzyknięć M. S. podskórnie bez odczynu miejscowego, ciepłota wyższa między 37·2 a 38·8, 17. I. z powodu osłabienia dalsze wstrzykiwania przerwano. Odtąd chory stale podupada na siłach, traci na wadze (19. II. 44.900), gorączkuje stale wysoko do 39°, pod koniec do 38°; przedmiotowo przytłumienie po obu stronach od góry do dołu, objawy jamy w szczycie lewym i w dole po tej samej stronie w linii pachowej, na całej przestrzeni obustronnie liczne rzężenia drobno i średnio bańkowe dźwięczne, niedowład prawego nerwu twarzowego, pod koniec wyraźniejszy. Dnia 2. III. śmierć.

Krew: 30. II. c. cz. 5.000.000, Hl. 65% (G.), poikilocytoza wyraźna d. 4.II. c. cz. 4.200.000, Hb. 54%. poikilocytoza. Mocz: odczyn dwuazowy cały czas bardzo wyraźny. Prątki w plwocinie zawsze + w tej samej ilości. Rozp. anat.: *Tuberculosis pulmon. Cavernae tbc. obsoletae et recentiores confluentes partem super. lobi super. pulm. sin. obtinentes, pneumonia caseosa partium infer. lobi sup. pulm. sin. Tbc. fibrosa c. caverna. Tbc. obsoleta (parva) apud pulmon. dextr. Tbc. caseosa nodosa et miliaris (recens) pulm. dextri et lobi inf. pulm. sin. Synechiae pleurit. tenues dextrae ad part. super. Exsudatum pleurit. serofibrinosum incapsulatum ad basim lobi infer. pulm. d. Bronchitis diffusa. Ulcera tbc. recentia intestin., praec. int. ilei. Tbc. multipl. glandul. mesaraic. Tumor lienis chron. Dilatatio ventric. Hypoplasia cordis, aortae. Macies permagna. Erosiones ventriculi ex ecchymosibus in parte pylorica.* Ogółem chory dostał 85 cm³ MS.

V. E. J., l. 25, szewc, przyjęty d. 7. III. 1908, z rozp.: *Induratio apic. utr, praec. dextri, synechiae pleurit. d.* Początek obecnej choroby w styczniu 1908 krwotokiem płucnym, potem w ciągu 2 tygodni 8 krwotoków płucnych, obecnie osłabienie ogólne, kaszel nieznaczny, plwocina skąpa, kołatanie serca po zmęczeniu, częste zmazy nocne. Dziedziczność ze strony matki. Przedmiotowo: tętno 62, ciepłota poniżej 37·0, waga 54·800, prątki. Od 10. III. codzienne wstrzykiwanie po 5 cm³ MS. podskórnie, nadto bromglidin (3 kołaczyki dziennie); bole powierzchowne brzucha, na skórze po każdorazowem wstrzyknięciu silny odczyn miejscowy w postaci obrzmienia, silniejszego zaczerwienienia i bolesności, gruczoły pachwinowe obustronnie, zwłaszcza po stronie prawej powiększone, bolesne; wskutek tego zaprzestano wstrzykiwań (dotychczas 6) i polecono okłady z płynu Burowa. Ciepłota ranna poniżej 37·0, popołudniowa do 37·2 lub 37·4. — D. 22/3 ponownie wstrzyknięcia MS. podskórnie 5 cm³ codziennie i do dnia 30/3 zrobiono 15 wstrzyknięć. Ciepłota popołudniowa stale do 37·2, a raz 22/3 37·8. Po 15-dniowej przerwie ponownie od 14/4 wstrzykiwania codzienne po 5 cm³ MS. podskórnie; chory znosi je teraz bardzo dobrze, odczyn miejscowy niewielkiego nasilenia utrzymuje się 3—6 godzin, stan podmiotowy dobry, chory nie kaszle; stan przedmiotowy jak poprzednio; ciepłota dochodzi najwyżej do 37·0, waga 54·700; d. 2/5 wstrz. 15. Chory silniejszy, nie kaszle, potów brak, dreszcze chwilami nieznaczne, łaknienie lepsze, stolec prawidłowy, ciepłoty od 26/4 wyższe, dochodzące do 37·6 popołudniu. Stan płuc bez zmiany: waga 54·000. Mocz bez zmian. Krew nie badana. Ogółem wstrzyknięto 150 cm³ MS.

VI. M. G., l. 36, żona gospodarza, przyjęta 16/10 1907, z rozp.: *Induratio apicum praec. dextri, concretiones pleurales dextrae, exsudatum parametricum, sactosalpinx sin. prob. tbc.* Początek choroby w sierpniu 1907 po poronieniu; kaszel, rozpływne poty, dreszcze, wieczór gorączka, kłucie w boku prawym; dziedziczności brak, porodów 4, od sierpnia brak miesiączki. Przedmiotowo: gorączka trawiąca między 36·4 a 39·1, tętno drobne, słabo napięte 104, waga 44·000, prątki +, przez nakłucie w 4 miejscach dokonane w linii łopatkowej prawej i pachowej w jednem tylko miejscu zdołano wydobyć kilka kropel płynu surowiczego, mętnego. Stan ciągle jednakowy, łaknienie dobre, stolec zaparty, kłucie w boku prawym, kaszel, dreszcze, poty. Dnia 14/11 pierwsze wstrzyknięcie MS. 5 cm³ podskórnie, ciepłota najwyższa 38·9, tętno 104, odczynu brak; 15/II ból głowy, dreszcze niewielkie, poty, kaszel skąpy. 16/11 drugie wstrz., ciepłota najw. 38·3, tętno 100; 17/11 bol głowy, kłujący niewielki kaszel, poty. 18/11 trzecie wstrz., ciepłota najw. 38·4, tętno 108, kaszel suchy, większy, ciężkość na piersiach, stan podmiotowy dobry. 20/11 czwarte wstrz., bez odczynu, ciepłota najwyższa 38·5; 21/11 w nocy silny bol głowy i poty. 22/11 piąte wstrz., najwyższa ciepłota 38·5, bol głowy, ciężkość na piersiach; od 24. do 2/12 5. dalszych wstrzyknięć podskórnych, ciepłoty wieczorne dochodzą do 38·7, tętno powyżej 100, kaszel, dreszcze, poty jak dawniej, odczynu brak. Dn. 7/12 badanie plwociny prątków nie wykazało. Przez całą 2-tygodniową przerwę ciepłota waha się między 37 a 38·7, 14/12 dochodzi do 38·7. Zmiany przy opukiwaniu i osłuchiwaniu takie same jak poprzednio, tylko drżenie po stronie prawej nieco wyczuwalne, rzęże-

nia bardzo skąpe, w jednem tylko miejscu na zewnątrz linii łopatkowej prawej słyszalne, kaszel taki sam, odkrztuszanie skąpsze, stan sił nieco lepszy, łaknienie również lepsze, dreszczyki czasami, poty co noc nie wielkie i mniejsze niż dawniej. Od 17/12 do 8/1 dalsza serya podskórnych wstrzykiwań MS. po 5 cm³, ciepłota między 37 a 38·9, a nawet w ostatnich dniach dochodzi do 39·7, tętno poniżej lub powyżej 100, stan podmiotowy i przedmiotowy bez zmiany, ciężar ciała z 6/2 43·600. 23/1 po stronie prawej ponad więzadłem Pouparta stwierdzono naciek w postaci oporu ciastowatego, silnie bolesnego, o granicy zatartej; badanie przez pochwę wykazało wypuklenie sklepienia prawego i bolesność. Z tego powodu przeniesiono chorą na oddział chorób kobiecych szpitala św. Łazarza. Badanie krwi: c. cz. 3·365000, c. b. 8400, Hb. 46%. Mocz ze śladem białka, początkowo bez odczynu dwuazowego, od 9/11 okazuje odczyn dwuazowy bardzo wyraźny. Ogółem chora dostała podskórnie 100 cm³ MS.

VII. S. B., l. 20, student seminaryum nauczycielskiego, przyjęty 2. 12. 1907 z rozpoz.: *Tuberculosis pulmonum destruct., amyloidosis renum, lienis et tractus intestinalis.* W roku 1906 nieznaczne krwioplucie i niewielki kaszel, w lutym 1907 przez 4 tygodnie kaszel i gorączka, od miesiąca kaszel, poty nad ranem bez dreszczów, kłucie w okolicy serca, łaknienie małe, czasem wymioty, raz w tygodniu biegunka (3—4 stolców płynnych), dziedziczności brak. Przedmiotowo: ciepłota między 36·8, a 38·1, tętno miękkie 84, waga 48·000, prątki +.

Dnia 6. 12. pierwsze wstrzyknięcie podskórne. M. S. 5 cm³ bez odczynu, stan podmiotowy dobry. 8. 12. drugie wstrz. bez odczynu. 10. 12. trzecie wstrz. również bez odczynu, ciepłoty dochodzą do 38·0 12. 12; czwarte wstrz. lekka bolesność w miejscu wkłucia, ogólny stan podmiotowy dobry. 14. 12. piąte wstrz. w pośladek, ciepłota podnosi się do 39·5, lekki obrzęk gruczołów pachwinowych, bolesność przy ucisku i chodzeniu, ból głowy, w okolicy stawu łokciowego lewego i prawego rozlane zaczerwienienie, a przy ucisku bolesność. 16. 12. Szóste wstrz. w brzuch. ciepłota dochodzi do 39·8, opisane zmiany utrzymują się; na kończynie dolnej prawej w okolicy stawu kolanowego i na goleni nieliczne różowe plamki. — 17. 12. oprócz powyższych objawów bolesność brzucha, zwłaszcza przy kaszlu, w okolicy wkłucia bolesność dotykowa, na klatce piersiowej w okolicy pachy prawej 2 plamy czerwone, na obu kończynach dolnych liczne odosobnione plamki, szczególnie liczne na goleniach po stronie zewnętrznej, zlewające się, ciepłota najwyższa 38·8; 18. 12. osutka na kończynach dolnych blednie, gruczoły pachwinowe po stronie prawej powiększone i bolesne, po lewej nieco powiększone, i mniej bolesne. 19. 12. siódme wstrz., ciepłota najwyższa 38·1, osutka ustąpiła prawie zupełnie, bolesność bardzo mała, jedynie w okolicy pachwinowej prawej większa. 21. 12. ósme wstrz., bolesność ustąpiła zupełnie, ciepłota nie dochodzi do 38; 22. 12. bolesne obrzmienie w okolicy ostatniego wstrzyknięcia, stan podmiotowy dobry. 23. 12. dziewiąte wstrzyknięcie, a 25. 12. dziesiąte wstrz. podskórne bez odczynu miejscowego przy stanie podmiotowym dobrym, ciepłotach dochodzących do 38·0, a nawet je przekraczających. Odtąd 2-tygodniowa przerwa; chory czuje się lepiej, śpi dobrze, kaszel mniejszy, nie poci się, natomiast przedmiotowo stwierdzić można pogorszenie, ponieważ przytłumienia z przodu sięgają, jak dawniej, natomiast z tyłu po prawej do połowy łopatki, po lewej na 2 palce powyżej kąta dolnego łopatki, rzężenia zaś po lewej, jakkolwiek naogół skąpsze, również sięgają dalej, bo prawie na 2 palce powyżej dolnego kąta łopatki. Dnia 9. 1. chory czuje się silniejszy; sen dość dobry, potów brak, kaszel mniejszy, łaknienie dobre, stolec prawidłowy; tegoż dnia rozpoczęto 2-gą seryę wstrzykiwań podskórnych po 5 cm³. M. S., które trwają aż do dnia 27. 1.; w okolicy wkłucia prawie stale lekki obrzęk i bolesność przy dotykaniu, które zwykle na drugi dzień ustępują; ciepłoty dochodzące początkowo do 38 już przy trzeciem wstrzyknięciu przekraczają 38·0 i dochodzą do 38·4. Waga 47·200. Podmiotowo czuje się chory trochę lepiej, natomiast stan przedmiotowy chorego coraz gorszy, w moczu ilość białka wzrasta, 2 razy dziennie pojawia się biegunka. Choremu polecono wyjazd na wieś, skutkiem czego opuszcza klinikę dnia 5. 3. 1908. Badanie krwi z dnia 5. 12. c. b. 12·000, c. cz. 4·200·000, Hb. 63%, poikilocytoza. W moczu białko w ilości 1‰ (Essbach); początkowo brak odczynu dwuazowego, później odczyn dodatni; pod koniec białka 3½‰, a pod drobnowidem wałeczki szkliste i ziarniste, obłożone krwinkami białemi. Dnia 18. 3. chory przyjęty powtórnie do kliniki z rozp.: *Tuberculosis pulmonum destructiva. Cavernae pulmonis utr. Ulcera tbc. ad cavum oris et ad laryngem. Ulcera tbc. intestini. Amyloidosis renum. Tumor lienis. Anaemia.* Od chwili opuszczenia kliniki pogorszenie znaczne, ciepłoty wieczorne dochodzą do 39·6, od 13. 3. stolce krwawe, połączone z parciem (6, 8, do 10 dziennie) i równocześnie bole po lewej stronie brzucha, a kończyny dolne nieznacznie dookoła kostek obrzękłe. Ciężar ciała 43·800. W moczu białka 6‰ z bardzo licznymi wałeczkami szklistymi, obłożonymi nabłonkami nerkowymi. Dnia 4. 4. śmierć.

Rozp. anatomiczne: *Tuberculosis pulmonum destructiva et nodosa caseosa (Cavernae tbc. apic. pulmon. utriusque praec. sinistri et partis supremae lobi infer. pulmonis sinistri. Tuberculosis caseosa nodosa disseminata pulmonis utriusque). Synechiae pleurales in regione apic. pulmon. utriusque praecipue sinistri. Ulcera tuberculosa superficialia linguae. Ulcera tbc. profunda laryngis, praecip. dextrae. Ulcera tbc. copiosa partis posterioris tracheae. Ulcera tbc. intestinorum praecip. crassi. Appendicitis tuberculosa. Hypoplasia cordis et arteriarum. Amyloidosis renum. Amyloidosis disseminata (sago) lienis. Anaemia. Inanitio. Anasarca pedum.* Ogółem dostał chory 100 cm³ MS.

VIII. J. Dż., l. 18, przy rodzicach, przyjęta 3. 11. 1907. Rozp.: *Infiltratio apicum praec. dextri.* Kaszel od 2 lat, w lecie bieżącego roku krwioplucie, od sierpnia po kilka razy w tygodniu dreszczyki i ciepłota podniesiona do 37·2 i 37·7, potów brak, łaknienie średnie, stolec prawidłowy. Przedmiotowo ciepłota stale ponad 37·0 między 37·1, a 37·7, ciężar ciała 49·000, prątki +. Leczenie: wstrzykiwania tuberkulolu Landmanna (Dr Korolewicz). Dnia 21. 12. opuszcza chora klinikę z przybytkiem 2 klgr na wadze. Przyjęta ponownie dn. 5. 1. 1908 skarży się na bole nieznaczne w boku prawym, częste dreszcze, bole głowy, szczególnie rano, kaszel ustawiczny, chrypkę szczególniej w rannych godzinach, kłucie w boku prawym; łaknienie dość dobre, stolce prawidłowe. Zmiany przedmiotowe takiesame, jak poprzednio, ciepłota wyższa od poprzedniej, waha się między 37·6, a 38·7, ciężar 50·100, prątki +. Dn. 12. 1. pierwsze wstrzyknięcie. M. S. 5 cm³ podskórnie w pośladek, następnego dnia ból głowy, bezsenność, odczynu brak; 14. 1. drugie wstrzyknięcie, po wstrzyknięciu osłabienie ogólne, poty, ból głowy, niemoc w członkach, później senność, odczynu brak. 16. 1. trzecie wstrz., w nocy bole brzucha, ból głowy, dreszcze, ciepłota dochodzi do 38·1, miejscowo niema odczynu; 18. 1. dreszcze, biegunka, bole brzucha, ciepłota wieczorem 38·4. 19. 1. chora nie zgadza się na dalsze wstrzykiwania, skutkiem czego je wstrzymano. Zmiany przedmiotowe bez żadnej poprawy, ciężar ciała 50·800. Mocz bez białka i odczynu dwuazowego. Ogółem dostała chora podskórnie 15 cm³ M. S.

IX. K. S., l. 25, żona urzędnika, przyjęta dn. 6. 2. 1907 z rozp.: *phtisis pulmonum (stad. sec.).* Początek choroby w październiku 1906 kaszlem suchym, silnymi dreszczami i potami; przy silnym kaszlu wymioty; w marcu 1907 pozorna poprawa; od 2 miesięcy dreszcze, poty kilka razy na tydzień, zazwyczaj przed południem. Dwie siostry chorej zmarły na gruźlicę. Przedmiotowo: ciepłota między 36·7, a 37·9, tętno 104, ciężar ciała 51·500, prątki +. Dn. 10. 2. pierwsze wstrzyknięcie 5 cm³ M. S. podskórnie, odczynu brak, ciepłota doszła do 38·6. 12. 2. drugie wstrz., ciepłota 38·5, tętno 108, kaszel, poty, kłucie w boku lewym powyżej sutka, następnego dnia kaszel jeszcze silniejszy wskutek usunięcia morfiny. 14. 2. trzecie wstrz., ciepłota najw. 38, tętno 108, ból głowy, dreszcze, 2 stolce płynne z bolami, kaszel tak gwałtowny, że chorej napowrót musiano podać morfinę; następnego dnia bezsenność, kaszel bardzo silny, dreszcze, ciepłota najw. 37·6, tętno 96, 3 stolce płynne, bolesność w okolicy miejsca nakłucia. 16. 11. czwarte wstrz. kaszel mniejszy, odczynu brak, ciepłota 38·7, tętno 104, w nocy bezsenność, bole głowy, w miejscu wkłucia lekkie zaróżowienie skóry; 17. 11. osłabienie, dreszcze, poty, ciepłota w. 39·6, tętno 112, w miejscu wkłucia zaróżowienie skóry i bolesność, łaknienie mniejsze. 18. 11. piąte wstrz. podskórne, osłabienie, dreszcze w południe, kaszel większy, ciepłota w. 40·1, tętno 120, stolec zaparty, w miejscu czwartego wstrzyknięcia zaczerwienienie skóry owalne, wielkości dłoni, przy dotykaniu nieco bolesne, w miejscu piątego wstrzyknięcia zaczerwienienie owalne, nieco uniesione ponad powierzchnię otaczającej skóry, przy ucisku bolesne. 19. 11. bezsenność, kaszel, ciepłota najw. 38·6, zaczerwienienie na pośladku w środku prawie ustąpiło, brzeg tylko silniej zaczerwieniony, nieco bolesny; na brzuchu w okolicy poprzednich wstrzyknięć pasmowate zaczerwienienie; gruczoły pachwinowe powiększone, zwłaszcza prawy, bolesne, wielkości fasoli; także gruczoły w pasze lewej powiększone, nieco bolesne. 20. 11. obrzęk gruczołów chłonnych utrzymuje się, bolesność ich mniejsza, zaczer-

wienienie na brzuchu i pośladku ustąpiło, silny ból głowy, ciepłota podniesiona do 39.11. 22. 11., ciepłota 39·4, osłabienie ogólne, kaszel bardzo silny, obrzmienie znacznie mniejsze, bolesność dotykowa nieznaczna. 23. 11. Stan tensam, ciepłota popołudniowa 39·9. 25. 11., ciepłota 39·5, ból głowy, ogólne osłabienie, bole o charakterze gośćcowym w kończynach górnych i dolnych, silniejsze po stronie lewej, w stawach nadgarstkowym, łokciowym, kolanowym przy próbach ruchu wielka bolesność.

26/11 ciepłota 39·2, bole ustępują, osłabienie utrzymuje się; 27/11 ciepłota 38·5, bolesności przy ruchach niema, kaszel mniejszy, stan podmiotowy lepszy. Od 3/12 aż do 17/12 włącznie 15 lawatyw M. S. po 5 cm, ciepłota waha się teraz między 37·0 a 39·6, 6/12 podnosi się nawet rano do 41·4, ciężar ciała 48·000, prątki + (w tej samej ilości). Badanie przedmiotowe płuc stwierdza przytłumienie w tych samych granicach, co dawniej, rzężeń jednakowoż mniej; podmiotowo chora czuje się silniejszą, łaknienie w pierwszym tygodniu pobytu bardzo dobre, które później się pogorszyło, ma być obecnie takie same, jak przy wstąpieniu do kliniki, kaszel obecnie mniejszy, dreszcze i poty bardzo niewielkie i nie częste. Dn. 18/12 kaszel tak silny w nocy, że w plwocinie pojawiają się smugi krwi. Dn. 21/12 wypuszczono chorą na własne żądanie. Badanie krwi: c. b. 8100, c. cz. 4,200.000, Hb. 60%. Mocz bez białka, bez odczynu dwuazowego, dn. 21/11 odczyn dwuazowy wyraźny, później tylko słabo zaznaczony. Ogółem chora dostała 90 cm³ M. S. Po tygodniowym pobycie w domu dn. 10/1 1908 powraca do kliniki i podaje, że przez pierwszych parę dni czuła się nieco lepiej, później kaszel suchy powrócił, tożsamo poty, brak łaknienia, wymioty po jedzeniu. Przedmiotowo: ciepłota waha się między 36·7 a 39·8, ciężar ciała 44·300, odczynu dwuazowego brak, w płucach zmiany przedmiotowe, takie same, jak poprzednio. 12/1 trzecia serya lawatyw M. S. po 5 cm³. Stan ogólny znacznie gorszy, kaszel gwałtowny mimo narkotyków, dreszcze, poty, brak łaknienia, ciepłota stale podniesiona między 36·7 a 39·6, odczyn dwuazowy dodatni. W stanie znacznie gorszym 6/2 przewieziono chorą do zakładu Helclów. Ogółem dostała chora 165 cm³ M. S.

X. G. G. l. 17, przy rodzicach, przyjęta 28/12 1907 z rozpoznaniem: *Tuberculosis pulmon. dextri, graviditas mensium* IX (Bigemia). Początek choroby przed dwu laty kaszlem i niewielkiemi gorączkami wieczornemi, później poprawa; przed 4 miesiącami krew w plwocinie, kaszel ciągły, bardzo silny, wieczorami poty bardzo obfite, kłucie w boku lewym, bezsenność i ogólne osłabienie, łaknienie mierne, pragnienie duże, stolce płynne (2 dziennie). Dziedziczności wykazać nie można. Przedmiotowo: ciepłota niepodniesiona, ciężar ciała 48·100, prątki + (w bardzo małej ilości), mocz ze śladem białka bez odczynu dwuazowego. Od 4/1 do 18/1 włącznie 15 lawatyw M. S. po 6 cm³ bez żadnego wpływu na stan ogólny, łaknienie, kaszel itd. D. 4/2 przeniesiona do szpitala św. Łazarza celem odbycia porodu. Ogółem dostała chora 75 cm³ M. S.

XI. K. K., l. 33, wyrobnica, przyjęta 29/12 907 z rozp.: *Phthisis pulmonum chronica fibrosa, tuberculosis laryngis*. Początek obecnej choroby przed 4 laty wieczornemi gorączkami, potami dość znacznymi, bolami w klatce piersiowej i kaszlem męczącym; od dwóch lat chrypka, utrzymująca się do dziś dnia z dusznością głównie wdechową, łaknienie mierne, stolce prawidłowe. Przedmiotowo: ciepłota między 36·7 a 39·9, tętno miarowe, miernie nagięte 88, ciężar ciała 45·600, prątki —, krew: c. b. 7000, c. cz. 3,900.000, Hb. 68%, mocz bez białka i odczynu dwuazowego. Od 3/1 co drugi dzień 10 z rzędu wstrzyknięć po 5 cm³ M. S. podskórnie przy stanie podmiotowym dobrym bez odczynu miejscowego; jedynie po szóstem wstrzyknięciu w skórę brzucha lekki obrzęk gruczołów pachwinowych do stronie prawej i bolesność ich przy ucisku. Ciepłota cały czas waha się między 36·9 a 39·2; w przeddzień ostatniego wstrzyknięcia w nocy bole brzucha i 2 stolce płynne, a następnych dni również po kilka stolców na dzień z bolami. Bez żadnej poprawy, otrzymawszy podskórnie 50 cm³ M. S. opuszcza chora 26/1 klinikę i, jak nam doniesiono, wkrótce potem umiera.

(Dok. nast.).

Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Uwagi nad operacyą Talmy.

Podał

Dr Tadeusz Ostrowski

asystent kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego na XV Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 10. lipca 1908).

(Dokończenie).

Z drugiej strony spostrzeżenia kliniczne, poparte badaniami anatomo-patologicznemi, pouczają nas, że pomimo istnienia znacznych przeszkód w krążeniu żyły wrotnej płynu wolnego w jamie brzusznej może nie być zupełnie. N. p. Frerichs na 26 przypadków marskości wątroby spostrzegał płyn wolny 24 razy, Förster tylko w 84% Klopstock w 69%, a Naunyn zaledwie w 21% przypadków. Zastój żylny w układzie żyły wrotnej może być bardzo znaczny, może wywołać powstawanie wielkich żylaków w przełyku i przewodzie pokarmowym, nie dając zupełnie płynu wolnego w jamie brzusznej. Znane są 3 przypadki Josselin de Jonga zejścia śmiertelnego, powstałego z powodu pęknięcia żylaków w przełyku, gdy w jamie brzusznej nie było ani śladu płynu wolnego. W przypadku Sappeya w więzadle wieszadłowem wątroby żyły były bardzo znacznie porozszerzane, Hoffmann opisuje wyraźną sieć żył okołopępkowych, Hanot żylaki w przełyku, Maixner i Aldor opisują przypadki marskości wątroby, gdzie zupełnie brakowało puchliny brzusznej, a zastój w układzie żyły wrotnej objawiał się wybitnie krwotokami z przewodu pokarmowego.

Spostrzeżenia takie pozwalają nam wysnuwać następujące wnioski: 1) Może istnieć przy marskości wątroby w układzie żyły wrotnej znaczna przeszkoda w krążeniu krwi, doprowadzająca do wystąpienia groźnych dla życia skutków tego zastoju — krwotoki z zejściem śmiertelnem, natomiast bez śladu puchliny brzusznej. 2) Pomimo usunięcia przy marskości wątroby przeszkód w krążeniu krwi w układzie żyły wrotnej, przez stworzenie nowego układu ubocznego — puchlina brzuszna może występować. Opierając się na tem, możemy przypuszczać, że wystąpienie przy marskości wątroby puchliny brzusznej bywa zależne nietylko od przeszkód w krążeniu w układzie żyły wrotnej, ale też i od innych czynników etyologicznych. Na poparcie tego przypuszczenia możemy przytoczyć wyniki doświadczeń, wykonywanych przez Sołowiewa i Ponficka, którzy bardzo często spostrzegali brak puchliny brzusznej przy sztucznie wywoływanym zastoju w układzie żyły wrotnej.

Co się tyczy tych czynników etyologicznych powstawania puchliny brzusznej przy marskości wątroby, których działanie szkodliwe nie ustępuje po wykonaniu operacyi Talmy, to o nich mamy dotychczas niezbyt jasne pojęcie, i dlatego przez rozpatrzenie bliższe naszych przypadków, gdzie spotkał nas zawód po operacyi Talmy, będę starał się nieco tę sprawę wyświetlić. Przy rozpatrywaniu naszych przypadków będę się opierać na protokołach sekcyjnych, jako na materyale rzeczowym, który najdokła-

dniej może objaśnić warunki, w których operacyę Talmy wykonano, i jakie się po jej wykonaniu wytworzyły, i wytłómaczyć zawód, który nas spotkał; przez to samo rzucić nieco światła na sprawę tworzenia się puchliny brzusznej przy marskości wątroby:

I. E. W., lat 50. Rozpoznanie: Marskość wątroby. Operacya Talmy. Przy otwarciu jamy brzusznej stwierdzono znacznie porozszerzane naczynia żylne w powłokach brzusznych, na skórze obraz *caput medusae*. Wątroba mała, twarda, z głębokimi wrębami, o powierzchni grubo-ziarnistej, miejscami grube zrosty torebki Glissona z otrzewną. Śledziona znacznie powiększona, *perisplenitis*. Sieć jakby zbliznowaciała, zgrubiała, podciągnięta w górę, przyrosła do otrzewnej, zrosty te bogato unaczynione. — Wynik pooperacyjny: zejście śmiertelne. Protokół sekcyjny brzmi: *Hepatitis interstitialis chronica atrophica* (1300 gr). *Perihepatitis et perisplenitis chronica fibrosa. Tumor lienis chronicus acute exacerbans. Paranephritis ambilateralis et mesenteriitis chr. fibrosa. Pericarditis chronica sanata. Degeneratio adiposa myocardii et renum, pleuritis chronica adhaesiva sinistra. Ascites. Icterus. Anasarca. Elephantiasis extremitat. infer.* (*cruris*) *ex oedemate chronico. — Status post operationem m. Talma peractam.*

Chodziło tu więc o osobnika, u którego natura sama stworzyła więcej, niż zrobić może operacya Talmy: bogato unaczynione zrosty istniały nietylko pomiędzy siecią i otrzewną, ale też sama wątroba, śledziona i nerki przez zrosty unaczynione były pośrednio połączone, przez co był wytworzony szeroko rozgałęziony układ oboczny dla krwi z układu żyły wrotnej; mieliśmy tu więc warunki, które zalecał stwarzać Omi, radząc nie zadawalniać się tylko »przyszyciem sieci«, lecz dodawać »przyszycie śledziony i nerki« w celu wytworzenia rozleglejszych zrostów z obocznym układem żylnym. Pomimo jednak tego wszystkiego puchlina brzuszna istniała dalej; przyczyny tego dopatrzeć się nietrudno; narządy tej wagi, co serce i nerki, przedstawiały obraz zwyrodnienia tłuszczowego, w sercu mamy oprócz tego skutki przebytego dawniej cierpienia, taksamo w płucach; wszystko to w połączeniu z cierpieniem samo przez się ciężkiem, jak marskość wątroby, spowodowało zejście śmiertelne. Operacya Talmy, stwarzając oboczne krążenie dla krwi układu żyły wrotnej, była skierowana tylko przeciwko jednemu złu, gdy ustrój chorego cierpiał od wielu. — Z tego wysnuć można ten wniosek, że przeciwwskazaniem do operacyi Talmy, a przynajmniej czynnikiem, rokującym słabe nadzieje po tym zabiegu, będzie powikłanie ze strony serca i nerek, również innych narządów, jak płuca, opłucna. W tych warunkach najrozleglejsze zrosty w znaczeniu dróg obocznych (Omi) nie zdołają przeciwdziałać tworzeniu się puchliny brzusznej, która zależy tu od zaburzeń w krążeniu ogólnem, stojących w zależności od zmian w sercu, nerkach i t. d. Oprócz tych zmian w narządach miąższowych wybitnie występowały zmiany w omawianym przypadku w sieci, krezce i otrzewnej: narządy te, jak wyżej podano, nosiły na sobie ślady przebytego zapalenia przewlekłego, z wytworzeniem obfitych zrostów i bujaniem tkanki bliznowatej; zmiany te nie mogły pozostać bez wpływu na tworzenie się puchliny brzusznej, którą możemy poczęści uważać też za skutek przewlekłego zapalenia otrzewnej, zapalenia, które, jak słusznie Klopstock zauważa, mogło zależeć od tych samych przyczyn natury toksycznej, króre wywołały powstanie marskości wątroby.

O istnieniu związku puchliny brzusznej przy marskości wątroby ze zmianami w otrzewnej możemy wnosić na podstawie innych faktów, które wyłuszczę poniżej. Obecnie chciałbym tylko jeszcze raz to podkreślić, że ujemny wynik operacyi Talmy może właśnie od tego zależeć, że nieraz przyczyna puchliny brzusznej leży nie w marskości wątroby (znane są przypadki i to nie rzadkie marskości zanikowej wątroby bez puchliny, przy znacznym zastoju w żyle wrotnej; porównaj wspomniane wyżej przypadki Josselin de Jonga, Sappeya, Hoffmanna, Hanota, Maixnera), głównym zaś czynnikiem, wywołującym powstawanie puchliny, mogą być zmiany w otrzewnej (*peritonitis adhaesiva fibr. chron.*). Nie mamy tu więc puchliny zastoinowej, lecz wysięk zapalny. Jest to zasługą Hale-White, który zwrócił uwagę na to, że w wielu przypadkach, gdzie za życia chorego przyczyny puchliny brzusznej dopatrywano się w marskości wątroby, sekcya rzeczywistą przyczynę wykazywała w przewlekłem zapaleniu otrzewnej ściennej, jak również otaczającej wątrobę. Puchlinę, zależną od marskości wątroby, uważa Hale-White za jeden z późniejszych objawów tego cierpienia, objaw, rokujący szybkie zejście śmiertelne. Zdaniem Hale-White, a za nim Campbell-Thomsona, rzadko który chory, u którego puchlina brzuszna zależy od cierpienia wątroby, przeżyje więcej, niżeli jedno nakłucie. Zwykle tacy chorzy umierają w parę tygodni po pierwszem nakłuciu, ci zaś, którzy przeżyli parę nakłuć brzucha, rokują lepsze nadzieje, gdyż u nich puchlina zależy od poddających się leczeniu operacyjnemu zmian patologicznych w otrzewnej, a nie od marskości wątroby, którą autorowie ci uważają za cierpienie nieuleczalne w okresie istnienia puchliny. O ile słuszność tego rodzaju zapatrywania w ogólności nie została dotychczas dostatecznie dowiedziona, o tyle z drugiej strony nie można odmówić tym autorom rzeczowego uzasadnienia ich wywodów przynajmniej w pewnym zakresie, mianowicie, o ile dotyczą etyologii puchliny brzusznej w znaczeniu tworzenia się wysięku. Zwrócił też na to uwagę Oetinger i Lieblein, który w celu ścisłego rozpoznania zaleca dokładne badanie chemiczne płynu z jamy brzusznej, wskazując na większy ciężar gatunkowy i większą zawartość białka w płynie pochodzącym z zapalenia otrzewnej, w porównaniu z nizkim ciężarem właściwym (1005—1015) i małą zawartością białka (20‰ najwyżej) w płynie przesiękowym, pochodzenia zastoinowego. Gilbert i Villaret zwracają uwagę na obecność leukocytów i limfocytów—ich obecność przemawia za pochodzeniem płynu zapalnem, w płynie zastoinowym spotykamy tylko śródbłonki i krwinki.

Zależność nagromadzania się płynu puchlinnego od spraw zapalnych, występujących przy marskości wątroby w otrzewnej, stanie się jeszcze zrozumialszą, gdy uwzględnimy ważny szczegół, na który zwrócili uwagę Hansemann, Waterhause i Orth. Badacze ci spostrzegli, że w przypadkach marskości wątroby często jako powikłanie występuje ropne zapalenie otrzewnej, nawet tam, gdzie nie było poprzednio nakłucia. Zależy to, zdaniem tych autorów, od osłabienia zdolności bakteryobójczych i wogóle od zmniejszenia odporności otrzewnej; bakterye krążące w ustroju atakują w tych przypadkach otrzewnę, jako miejsce mniejszej odporności. Przy takiej zmniejszonej odporności otrzewnej na bodźce natury biologicznej, łatwo o czynnik etyologiczny zapalenia otrzewnej, z następowem tworzeniem się wysięku do jamy brzusznej, wysięku nie koniecznie ro-

pnego, lecz surowiczego z następowemi zmianami (chociaż i ten pierwszy (ropny) nie należy do rzadkości w otrzewnej, sieci i krezce). Lieblein 25% swych chorych tracił wskutek ropnego zapalenia otrzewnej. Czynnik ten może być analogiczny z wywołującym zasadnicze cierpienie.

Z warunków, wpływających ujemnie na wyniki leczenia puchliny brzusznej sposobem Talmy, należy uwzględnić jedno powikłanie, często występujące przy marskości wątroby. Mam tu na myśli gruźlicze zapalenie otrzewnej. Już Rokitansky opisał spostrzegane często przy marskości wątroby »tuberkulosirende haemorrhagische Pseudomembranen« w jamie otrzewnej; inni autorowie również zwrócili uwagę na częste powikłanie marskości wątroby przez gruźlicę otrzewnej: Förster na 31 przypadków marskości wątroby spotkał 3 razy gruźlicę otrzewnej, Seiffert na 68 przypadków gruźliczego zapalenia otrzewnej — 10 przypadków marskości, Vierordt na 24 przypadki gruźlicy otrzewnej — 5 przypadków marskości. Tak częste wzajemne wikłanie się tych dwóch cierpień, zdaniem Klopstocka, dowodzi pewnej zależności w znaczeniu etyologicznem, mianowicie sądzi on, że marskość wątroby może w niektórych przypadkach powstać jako odczyn na zadrażnienie wątroby toksynami gruźliczemi; zadrażnienie to musi być mniejszego stopnia, o charakterze przewlekłym, gdyż, jak tego dowiedli Bartel i Neumann w doświadczeniach swych na zwierzętach, w przypadkach gruźlicy otrzewnej o przebiegu przewlekłym, łagodnym, w wątrobie gruzełków nie spotykano, a tylko wybitny rozwój tkanki łącznej o typie odpowiadającym marskości wątroby.

Przypadek Nr II. może posłużyć jako przykład takiego wzajemnego wikłania się marskości wątroby i zapalenia gruźliczego otrzewnej.

II. K. B., kobieta lat 29. Rozpoznanie kliniczne: *Cirrhosis hepatis atrophica. Ascites. Operatio m. Talma.* Po otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej wypuszczono znaczną ilość (10 litrów) płynu wolnego o cechach przesączyny: Wątroba nieco powiększona o brzegu miękkim, śledziona również powiększona na 4 palce niżej łuku żebrowego, na jej powierzchni liczne gruzełki. Po wypuszczeniu płynu wolnego z jamy otrzewnej, ranę operacyjną zaszyto, wszywając między brzegi otrzewnej sieć, którą też chwycono kilkoma szwami Fritscha, idącymi przez całą grubość powłok brzusznych. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. W trzy tygodnie po operacyi płyn w jamie brzusznej nagromadził się ponownie.

Przy objawach postępującego charłactwa chora w 5 tygodni po operacyi umarła. Protokół sekcyjny (w skróceniu): *Cirrhosis hepatis atrophica. Status post operat. m. Talma lege artis peractam. Tumor lienis venostaticus. Gastroenteritis catarrh. venostat. Peritonitis tbc. Ascites. Anaemia et cachexia universalis.*

Wobec znacznych braków i niedokładności badadania anatomopatologicznego trudno rozstrzygnąć, czy mieliśmy w tym przypadku połączenie marskości wątroby z gruźliczem zapaleniem otrzewnej, czy też z tak zwaną marskością gruźliczą. Jak wspomniałem wyżej, takie powikłanie marskości wątroby przez gruźlicze zapalenie otrzewnej nie należy do rzadkości. Z drugiej zaś strony, dzięki pracom Hutinela, Sabaurina, Hanota, Lautha, Gilberta i inn. znamy cierpienie wątroby przebiegające pod postacią marskości, w rzeczywistości zaś będące niczem innem, tylko gruźlicą wątroby. Sprawa ta chorobowa przebiega klinicznie jak marskość zanikowa Laënneca i rozpoznanie jej jest bardzo trudne; badanie anatomopatologiczne wątroby i otrzewnej rozpoznanie ustala. Przy obydwóch sprawach chorobowych (marskość wątroby, powikłana przez gruźlicze zapalenie otrzewnej i marskość gruźlicza — gruźlica wątroby) mamy nagromadzenie się płynu wolnego w otrzewnej, płyn ten jednak będzie pochodzenia zapalnego a nie przesiękowego, zależnego od zaburzeń w krążeniu w układzie żyły wrotnej. Dlatego też wykonywana w tych przypadkach operacya Talmy minie się z celem i brak pomyślnego wyniku po tej operacyi nie może przemawiać na niekorzyść jej i przeciwko stosowaniu jej w przypadkach typowej marskości, gdzie zmian w otrzewnej jeszcze niema. Z drugiej zaś strony, gdy wyniki w takich warunkach (gruźlicze zapalenie otrzewnej, — marskość) otrzymamy pomyślne, powinniśmy pamiętać, że operacya Talmy mogła się przyczynić do wyleczenia zapalenia otrzewnej i brak płynu wolnego w jamie brzusznej po tej operacyi właśnie od tego może zależeć, marskość zaś wątroby może przebiegać bez puchliny brzusznej (liczne przypadki Josselin de Jonga, Sappeya, Hoffmanna, Hanota, Maixnera i inn.). Wobec tego na podstawie pomyślnych wyników otrzymanych po operacyi Talmy przy marskości wątroby + zapalenie gruźlicze otrzewnej nie możemy sądzić o jej wartości.

Gruźlicze zapalenie otrzewnej, jak mówiliśmy wyżej, bywa bardzo częstem powikłaniem marskości wątroby, dotychczas jednak fakt ten za mało był uwzględniany w zestawieniach statystycznych, dotyczących operacyi Talmy i dlatego tracą one na sile przekonywającej nas o rzeczywistej wartości tej operacyi. Dlatego też na przyszłość w każdym przypadku rozpoznawanym jako marskość wątroby, przeznaczonym do operacyi Talmy, powinniśmy drogą badania cytologicznego i bakteryologicznego ustalić dokładne rozpoznanie i wyłączyć pochodzenie zapalne płynu wolnego.

Z przedstawionych powyżej przypadków, które na ogół nie należą do rzadkości, widzimy, że niepomyślne wyniki po operacyi Talmy zależały tu głównie nie od właściwego cierpienia wątroby, lecz od pobocznych zmian chorobowych, dotyczących otrzewnej, jak również serca i nerek.

Rozpatrzenie następnych przypadków będzie miało na celu wyświetlenie pytania, o ile natura pierwotnego cierpienia wątroby może wpłynąć korzystnie lub niekorzystnie na wyniki po operacyi Talmy; głównie zwrócę uwagę na przypadki kończące się niepomyślnie, gdyż tylko w razie zejścia śmiertelnego, dzięki sekcyi anatomopatologicznej uzyskujemy materyał, na podstawie którego stanowczo możemy sądzić o przyrodzie danego cierpienia wątroby i jego etyologii.

Przypadek Nr III posłużył mi jako temat omawianej sprawy. J. L., kobieta lat 33. Ojciec chorej zdrów, matka odumarła ją w czasie jej niemowlęctwa. Z rodzeństwa żyją i są zdrowi 3 bracia i 1 siostra. Chora była zamężna, lecz po 6 miesiącach rozwiodła się z mężem; dzieci nie miała. W dzieciństwie na nic nie chorowała. Regularność od 15 roku prawidłowa.

Przed dwoma laty zapadła na żółtaczkę, przyczem nie miała żadnych dolegliwości. Po krótkim czasie powrót do zdrowia. Przed kilkoma miesiącami zachorowała znowu: straciła apetyt, ogromne pragnienie, nieznaczny ból w okolicy wątroby, powiększanie się wymiarów brzucha, obrzęki na kończynach dolnych. Udała się do szpitala, gdzie w przeciągu 8 tygodni wykonano 7 razy nakłucie brzucha, przyczem wydobywano za każdym razem znaczną ilość płynu wolnego. Po wyjściu chorej do domu brzuch szybko się powiększył, co skłoniło chorą do zgłoszenia się na klinikę. Skarży się na znaczne pragnienie, zupełny brak apetytu, bole głowy i bezsenność. Znacznie schudła. Mocz od-

daje w skąpej ilości. Stolec prawidłowy. Miesiączki od kilku miesięcy brak. Stan obecny. Ogólne osłabienie, lichy stan odżywienia. Skóra i spojówki żółtawo zabarwione. Nad szczytami płuc nieco przytłumienia; wdech szorstki, wydech słyszalny. Serce prawidłowe, tony czyste, tętno średnio napięte = 84. Brzuch balonowato wzdęty, skóra obrzękła, w okolicy pępka widać porozszerzane żyły, odgłos przytłumiony po bokach zupełnie, u góry zachowany bębenkowy. Wobec znacznego napięcia powłok brzusznych wymacać dokładnie brzucha nie można. Chełbotanie w jamie brzusznej wyraźne; przy zmianie położenia chorej objawy opukowe zmieniają sie również i stwierdzają obecność w jamie brzusznej płynu wolnego. Gruczoły pachwinowe powiększone. Na kończynach dolnych znaczne obrzęki. Operacya. W znieczuleniu ogólnem cięciem w linii środkowej otwarto jamę brzuszną; po wylaniu się znacznej ilości płynu (10—12 litrów) okazało się, że sieć wielka w górnej części częściowo była przyrośnięta do ścian jamy brzusznej. Również od wątroby szły do ścian postronki łącznotkankowe, bogato unaczynione porozszerzanemi żyłami. Wykonano operacyę Talmy, wszywając dolną część sieci pomiędzy brzegi przeciętej otrzewnej. Szew 4-piętrowy ciągły katgutowy na powłoki brzuszne Opatrunek aseptyczny. W 10 dni po operacyi rana zagojona doraźnie. W jamie brzusznej płyn wolny; wypuszczono trójgrańcem. W 3 tygodnie po operacyi chora wyszła z kliniki w stanie względnego polepszenia, z nieznaczną ilością płynu wolnego. W tydzień jednak później przy objawach postępującego ogólnego upadku sił umarła. Sekcya wykazała: *Icterus universalis. Pleuritis fibr. dextra. Hydrothorax sinistr. Atelectasis lob. infer. sinistr. Gumma partis centralis hepatis. Perihepatitis chronica fibr., perinephritis chron. fibr. Gastroenteritis chron. major. grad. et ulcera tbc. part. infer. ilei. Peritonitis fibronos. chr. Tumor lienis subchronicus et perisplenitis chr. Ascites. Anasarca. Caries (gumma) epiphyseos humer. sin.*

Wyniki sekcyi anatomo patologicznej tłómaczą nam dosyć jasno, dlaczego po operacyi Talmy, wykonanej w tym przypadku, spotkał nas zawód zupełny; całokształt choroby nie przedstawia bynajmniej obrazu, rozwijającego się na tle zastoju krwi w układzie żyły wrotnej; na pierwszy plan wysuwają się dwa zasadnicze cierpienia, obarczające ustrój, mianowicie: kiła i gruźlica. Usadowienie się kilaka w wątrobie, kilaka znacznych rozmiarów, mogło w znacznym stopniu upośledzić krążenie w tym narządzie; natura jednak uprzedziła tu operatora, znaleźliśmy bowiem już w czasie operacyi bogato unaczynione zrosty sieci ze ścianami brzusznemi, zrosty wątroby z otrzewną; operacya Talmy była tu tylko uzupełnieniem, które jednak, wobec innych spraw chorobowych, wikłających obraz chorobowy, nie na wiele się przydało: wynik pooperacyjny ujemny — zejście śmiertelne w 4 tygodnie po operacyi. Możnaby się, co prawda, spodziewać po operacyi Talmy nie wyleczenia, ale chociażby ustąpienia objawu, przeciwko któremu operacya głównie była skierowana — ale i tu spotkał nas zawód — puchlina brzuszna powracała szybko i stale. Z tego wynika, że przy kile wątroby, dającej obraz marskości wątroby z puchliną brzuszną, operacya Talmy nie zapewnia dobrego wyniku. Spostrzeżenie moje potwierdza zdanie innych autorów: Lieblein na podstawie 3 przypadków kiły wątroby, gdzie wykonano operacyę Talmy, doszedł do wniosku, że to cierpienie wątroby nieszczególnie nadaje się do leczenia operacyjnego, Morison wypowiada podobne zapatrywanie, a zestawienie Bungego wykazuje, że w przypadkach, gdzie kiłowa przyroda cierpienia wątroby była stwierdzona, ilość wyników ujemnych była szczególnie znaczna. Wobec tego jednak, że stwierdzono przypadki marskości wątroby przyrody kiłowej, gdzie po operacyi Talmy wyniki były dodatnie, nie można z góry wyłączać w takich przypadkach leczenia operacyjnego, nie należy jednak pokładać w niem zbyt wielkich nadziei.

Z rozpatrzonych powyżej przypadków widzimy, jakie okoliczności mogą sprzyjać powstawaniu puchliny brzusznej przy marskości wątroby i tem samem stawać się przyczyną ujemnych wyników po operacyi Talmy, t. z. kiedy pomimo stworzenia nowego koryta dla krwi układu żyły wrotnej, puchlina brzuszna wytwarza się nadal. Mieliśmy tu więc powikłanie marskości wątroby przez zmiany chorobowe serca i nerek, dalej zmiany w otrzewnej, krezce i sieci i to: 1) Zmiany właściwe typowemu obrazowi marskości wątroby: zbliznowacenie i pokurczenie sieci i krezki, zgrubienia w otrzewnej, zlepy i zrosty między narządami pokrytymi otrzewną. Tego rodzaju zmiany, dotyczące tak ważnego narządu chłonącego, za jaki otrzewną uważać należy, nie mogą pozostać bez wpływu na tworzenie się puchliny brzusznej, którą możnaby uważać w tych przypadkach za coś analogicznego z płynem zastoinowym gruczołu, którego przewód został zatkany; kiedy w prawidłowych warunkach otrzewna jest zdolna przeprowadzić olbrzymie ilości płynu z jamy brzusznej do ogólnego obiegu krwi, w warunkach, jak wyżej, płyn, wytwarzający się w zwiększonej ilości wobec zastoju w żyle wrotnej, nie znajdując ujścia w surowiczej błonie otrzewnej, zalega, dając obraz puchliny brzusznej. 2) Widzieliśmy zmiany w otrzewnej przyrody zapalnej o charakterze swoistym, gruźliczym. Rzeczą całkiem jasną jest, w jakim stopniu to powikłanie marskości wątroby może wpływać na nagromadzenie się płynu wolnego w jamie brzusznej i wywoływać ujemne wyniki po operacyi Talmy. (Dodam tu, że operacyjne leczenie gruźliczego zapalenia otrzewnej daje około 60% wyleczeń; Borchgrevink, König, Mosetig, Schramm, Szuman, Trzebicki. Nagromadzenie się ponowne wysięku po operacyi Talmy, wcale nie wyłącza gruźliczego pochodzenia puchliny brzusznej). Powikłanie marskości wątroby przez gruźlicze zapalenie otrzewnej nie należy do rzadkości i przy rozważaniu o wartości tej operacyi powinno być obowiązkowo zawsze uwzględniane. Powikłanie marskości wątroby przez gruźlicze zapalenie otrzewnej nie powstrzyma nas jednak od wykonania operacyi Talmy, tylko wynik będzie niepewny i to podwójnie: brak polepszenia może zależeć od bezsilności zabiegu wobec 1) marskości, 2) wobec gruźlicy otrzewnej.

Ostatni przypadek przedstawia cierpienie wątroby przyrody swoistej (kiła), przebiegające pod postacią marskości wątroby; ujemny wynik po operacyi Talmy będzie całkiem zrozumiały, o ile się uwzględni całokształt sprawy chorobowej, dotyczącej nietylko wątroby, ale też innych narządów.

Tyle mógłbym powiedzieć na podstawie materyału kliniki naszej o warunkach, które sprawiły to, że operacya Talmy dobrych wyników nie dała. Obecnie skorzystam z jednego przypadku, aby zwrócić uwagę na niebezpieczeństwa, grożące operowanym sposobem Talmy; tu zabieg ten nietylko nie pomógł, ale nawet prawdopodobnie stał się powodem katastrofy.

IV. A. Z. Mężczyzna lat 40. Przebywał kur, ospę, płonicę, zapalenie płuc, zimnicę (5 razy), grypę, wrzód na żołędzi (kiła III). Obecnie od 1½ roku — ból w okolicy śledziony, żółtaczka — nieżyt żołądka. Te objawy ustąpiły w 6 tygodni. W 2 miesiące powiększanie się wymiarów brzucha. Nakłucie na klinice lekarskiej — 4½ litra płynu. 2 miesiące dyeta mleczna, poczem znów nakłucie — 7½ litra płynu. W 4 miesiące III nakłucie — 8 li-

trów, w 1 miesiąc potem VI nakłucie — 10 litrów, poczem przeniesiono chorego na klinikę chirurgiczną. Stan obecny: Mężczyzna średniego wzrostu, dosyć dobrze zbudowany, licho odżywiony. Obustronne przytłumienie w szczytach płuc; dolna granica płuc po stronie prawej w linii sutkowej — 5 żebro. Wdech pęcherzykowy, wydech przedłużony. Tony serca czyste, nieco głuche. Brzuch jednostajnie balonowato wysklepiony. Skóra nad nim niezmieniona. Przy obmacywaniu mięśnie silnie napięte, tak że przez powłoki brzuszne nic wymacać nie można. Obwód brzucha przez pępek 110 cm. Wątroba zmniejszona, nie wychodzi z pod łuku żebrowego. Śledziona powiększona. W jamie brzusznej wybitnie stwierdza się płyn wolny. Mięśnie proste brzucha znacznie rozstąpione. Na kończynach dolnych obrzęki. Operacya: W znieczuleniu miejscowem Schleicha, cięciem w linii środkowej długości 10 ctm otwarto jamę brzuszną. Po wylaniu się płynu w ilości około 15 litrów widać wątrobę znacznie zmniejszoną, z bliznowato pozaciąganą powierzchnią, z wyraźną marmurkowatością. W ścianie brzusznej znaczna ilość nowowytworzonych naczyń żylnych, których światło dochodzi do $^1/_4$ ctm. Sieć skurczona, znacznie zgrubiała. Przyszyto ją do brzegów rany w ścianie brzusznej. Opatrunek aseptyczny. 17/6. Następnego dnia nudności, odbijania, wymioty. 18/6. Nudności nieco ustąpiły. Żółtaczka. Moczu chory nie oddaje. Lód do połykania. Sól karlsbadzka. 19/6. Żółtaczka znaczniejsza. Odbijania utrzymują się. 20/6. Wymioty fusowate, później wymioty z czystej krwi około $^1/_2$ litra. Morfina. 21/6. Stan tensam. Znaczne bole żołądka — kokaina. 23/6. Wymioty krwawe, około 1 litr płynnej krwi. Adrenalina. Żelatyna. Lód. Wlewania podskórne Na Cl. Śmierć. Sekcya: *Hepatitis interstitialis sub forma cirrhosis hepatis atrophica. Tumor lienis acutus majoris gradus Gastroenteritis catarrhalis chronica. Haemorrhagia ventriculi recens majoris gradus. Cystitis et pyelitis* (*ambilater.*) *catarrhalis acuta. Pleuritis chronica fibros. circumscripta partis superior. pulmon utriusque. Petrificatio glandularum peribronchialium. later. dextri. Degeneratio parenchymatosa myocardii et renum. Anaemia universalis. Icterus levis. Ascites.*

Z przebiegu choroby i z wyniku sekcyi anatomopatologicznej widzimy jasno, że bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego był obfity krwotok do żołądka; nie było to pęknięcie żylakowato zmienionej żyły, gdyż takich zmian w żołądku i kiszkach nie znaleziono, na podstawie zaś materyału sekcyjnego etyologia tego krwotoku przedstawia się odmiennie; znaleziono tu bowiem świeże wybroczyny, licznie rozsiane po śluzówce żołądka; obraz, analogiczny z tym, jaki spotykano nieraz w przypadkach tak zwanych »pooperacyjnych« krwotoków do żołądka i jelit.

Zasługą Eiselsberga jest, że w r. 1899 zwrócił uwagę na krwotoki, występujące w żołądku i jelitach po operacyach (głównie w jamie brzusznej) i uwzględniwszy różne czynniki etyologiczne, wskazał na związek przyczynowy pomiędzy zabiegiem chirurgicznym i następowymi krwotokami żołądka i jelit. Wykazał on wtedy, że, jakkolwiek do powstania krwotoku żołądka mogą się w pewnym stopniu przyczynić takie czynniki, jak: wymioty po operacyi, głodzenie, narkoza, bezpośrednie drażnienie mechaniczne żołądka w czasie operacyi, to jednak te czynniki są dla wytłómaczenia etyologii krwotoku niewystarczające; z drugiej strony zaś, kiedy się zważy, że we wszystkich przypadkach wspomnianych krwotoków poprzednio wykonywano mniej lub więcej rozległe podwiązywanie kreski lub sieci — związek przyczynowy tego czynnika operacyjnego stanie się jasnym. Eiselsberg za Billrothem jest skłonny uważać krwotoki żołądkowe za skutek tworzących się zatorów w naczyniach żołądka — zatorów, które powstają z oderwanych zakrzepów, rozwijających się w naczyniach podwiązanej krezki i sieci, i stąd drogą łączących się naczyń krwionośnych dostają się do naczyń żołądka, wywołując w nich zatory. Zatory takie, pochodzące z sieci, mogą się rozwinąć dwojaką drogą: drogą żył i drogą tętnic. W tym drugim przypadku, w tętnicy sieciowej po podwiązaniu rozwija się zakrzep, który narastając w kierunku dośrodkowym, dosięga tętnicy żołądkowej dolnej (*art. coronaria ventriculi inferior*, względnie *arcus arter. ventr. infer.*). W tem miejscu oderwać się może kawałek skrzepu i porwany strumieniem krwi tętniczej dostanie się do rozgałęzień tętnicy żołądkowej, wytwarzając w niej zator. Drogą żylną zator w naczyniach krwionośnych żołądka może powstać w ten sposób, że zakrzep rozwijający się w żyłach sieci lub krezki, dostawszy się do żyły wrotnej, może łatwo wywołać powstanie zatoru wstecznego (*embolia retrograda*), szczególnie wobec tego, że żyła żołądkowa prawie zawsze odchodzi od żyły wrotnej pod kątem prostym i ciśnienie krwi śródżylne w tem miejscu jest bardzo nieznaczne, może być nawet chwilami ujemne. Powstanie zatoru w naczyniach żołądka doprowadza do zaburzeń w krążeniu, a tem samem w odżywianiu jego ścian, wobec których łatwo może dojść do obfitych krwotoków; występują one albo w postaci rozlanych krwotoków ze śluzówki (*haemorrhagia mucosae ventriculi*) albo jako krwotok z rozwijającego się w żołądku wrzodu, większych lub mniejszych rozmiarów; — w takich wrzodach znajdowano nadżartą tętnicę, nieraz sporych rozmiarów.

Od czasu pierwszego ogłoszenia Eiselsberga, szereg autorów na podstawie spostrzeżeń klinicznych, badań anatomo-patologicznych i prac doświadczalnych potwierdził lub też uzupełnił tłómaczenie Eiselsberga o sposobie powstawania omawianych krwotoków; byli też inni, którzy starali się wytłómaczyć to zjawisko w odmienny sposób (Nietzsche, Landow, uważają krwotoki żołądkowe jako skutek zmian, wywołanych w śluzówce żołądka przez toksyny, krążące we krwi przy stanach septycznych, lub po nadmiernem użyciu środków nasennych). Busse na podstawie 96 przypadków (częściowo osobiście spostrzeganych) klinicznych i wielu doświadczeń, wykonanych na zwierzętach, dochodzi do wniosku, że samo podwiązanie naczyń sieci nie wystarcza dla powstania krwotoków żołądkowo-jelitowych, działa zaś ono wspólnie z takimi czynnikami patologicznymi, jak zaburzenia w krążeniu, urazy przy operacyi, narkoza, i t. p., te jednak czynniki odgrywają rolę drugorzędną.

Schmidt, Lauenstein, Dehler, Fridrich, Palitzsch, Kalomenkin, Engelhart, Neck, Payr, Theleman, Spizarny i inni przyjmują w zasadzie tłómaczenie Eiselsberga i jego ucznia Bussego, różniąc się tylko w niektórych szczegółach, głównie co do charakteru zatorów w żołądku (niektórzy uważają je za zatory wsteczne, kiedy cząstka zakrzepu z żył sieci dostaje się do żył żołądka z pominięciem wątroby, inni zaś przypuszczają możliwość powstania zatoru tylko drogą tętnic, nie uwzględniają zaś zatoru wstecznego). Pomijając te drobne szczegóły, można, opierając się na faktach stwierdzonych, streścić pogląd na sprawę krwotoków »pooperacyjnych« w ten sposób: Po operacyach na sieci występują w żołądku i jelitach krwotoki, które zależą od powstawania zatorów w naczyniach żołądka; zatory te powstają z zakrzepów, tworzących się w naczyniach sieci i do żołądka dostają się drogą żył i tętnic. Powstaniu takich krwotoków sprzyjają zawsze czynniki chorobowe, wagi wtórorzędnej, jakoto ogólne, lub

miejscowe zaburzenia w krążeniu, uraz mechaniczny żołądka i t. p. (patrz wyżej). Zwykle spostrzegamy na sekcyi następujące zmiany anatomo-patologiczne w żołądku i jelitach: nadżerki śluzówki, krwotoki śluzówki, owrzodzenia ściany żołądka, nieraz jednak stwierdzano zupełny brak wszelkich zmian anatomicznych. Krwotoki występują zwykle w parę dni po operacyi — parokrotnie w przeciągu pierwszego tygodnia. Rokowanie bywa zawsze poważne (według Bussego śmiertelność wynosi 55%).

Jeżeli porównamy nasz przypadek z podanym ogólnym zarysem krwotoków »pooperacyjnych«, z łatwością dostrzeżemy zupełną analogię: U chorego, u którego stwierdzaliśmy przed operacyą znaczne zaburzenia w krążeniu, po operacyi wykonanej na sieci, występują wymioty. 5. dnia po operacyi wymioty stają się kwaśne, ilość krwi wymiotowanej dosięga znacznych ilości; pomimo stosowania różnych zabiegów, mających przeciwdziałać krwawieniu, nie ustaje ono i staje się przyczyną zejścia śmiertelnego. Materyał sekcyjny, taksamo jak obraz kliniczny, w przypadku naszym odpowiada zupełnie zmianom, opisywanym przez Eiselsberga, Bussego i innych. Wobec tego sądzę, że mam prawo uważać krwotok żołądkowy, spostrzegany przez nas, za skutek operacyi Talmy, wykonanej w warunkach, sprzyjających takiemu fatalnemu powikłaniu. O podobnych powikłaniach, które zakończyły się pomyślnie, wspominają Pal (wymioty krwawe) i Pascale (stolce krwawe).

Co się tyczy innych powikłań, to należy tu wskazać na częste występowanie po operacyi Talmy ropnego zapalenia otrzewnej (Lieblein stracił z tego powodu 25% swoich chorych); występowało ono albo jako skutek zakażenia za pośrednictwem zakładanych do jamy otrzewnej sączków (Morison), albo też niezależnie od tego, jako bezpośredni skutek po operacyi, co jest tembardziej możliwe, że stwierdzono doświadczalnie zmniejszenie się siły bakteryobójczej otrzewnej (Hanseman, Orth) przy marskości wątroby.

Za bezpośredni skutek operacyi Talmy, przemawiający na jej niekorzyść, należy uważać spostrzeganą przez Frankego i Kümmla niedrożność jelit, pochodzenia mechanicznego, gdzie przyszyta do ściany brzusznej sieć uciskała jelito grube; tak zmienione warunki anatomiczne w jamie brzusznej wywołały ciężki obraz chorobowy, którego wynikiem w obydwu przypadkach było zejście śmiertelne. W przypadku Roe i Spencera w 9 miesięcy po operacyi wystąpiły objawy niedrożności; przypadek ten skończył się także niepomyślnie.

Pomijając inne zaburzenia, występujące n. p. ze strony serca, lub też układu nerwowego (Drummont, Morison), które to objawy miewały charakter przemijający i krótko trwały, widzimy, że operacya Talmy, nie dając pożądanego wyniku, w pewnych warunkach może działać nawet wprost szkodliwie i dlatego nie można zgodzić się ze zdaniem niektórych autorów (Kozłowski), którzy uważają ją za zabieg wcale nie trudniejszy i niebezpieczniejszy, niż próbne nacięcie jamy brzusznej.

Śmiertelność pooperacyjna po zabiegu Talmy, według niedawno ogłoszonego na Zjeździe w Brukseli zestawienia Kocha, wynosi około 21%. Odsetka to bardzo znaczna; na usprawiedliwienie można podać to, że stan ogólny chorych tych już przed operacyą bywa nieraz bardzo zły z powodu daleko posuniętych zmian narządów miąższowych, zmian stosunków anatomicznych w narządach jamy brzusznej, sieci i t. d. Na podstawie dotychczas ogłaszanych zestawień trudno sobie wyrobić dokładne zdanie w tej sprawie; powszechnie bowiem brak wyników badań sekcyjnych (z małymi wyjątkami), przytem zestawienia te są bardzo niejednolite pod względem pojmowania postaci klinicznych marskości wątroby; nie rozróżniają one często marskości przerostowej od zanikowej, nieraz też inne cierpienia wątroby, objawiające się powstawaniem puchliny brzusznej, są do tej kategoryi zaliczane; z drugiej strony wobec braku badań anatomo-patologicznych i bakteryologicznych z pewnem uzasadnieniem można przypuszczać, że część zaliczanych przypadków dotyczyła gruźliczego zapalenia otrzewnej. Dlatego też wstrzymuję się od ostatecznego wypowiedzenia zdania o wartości operacyi Talmy przy marskości wątroby, odkładając to do czasu, kiedy nagromadzi się większy zapas materyału rzeczowego, obecnie zaś w streszczeniu podam wnioski, do których na podstawie pracy mej doszedłem:

1. Doświadczalnie i klinicznie stwierdzono, że zapomocą operacyi Talmy można usunąć objawy zastoju w układzie żyły wrotnej, a także rozwijającą się wskutek tego puchlinę brzuszną (o charakterze zastoinowym).

2. Klinicznie stwierdzono, że nagromadzenie się płynu wolnego w jamie brzusznej przy marskości wątroby zależeć może nie od zastoju krwi w układzie żyły wrotnej (pomimo wielkiego zastoju — puchliny brak zupełny), stwierdzono natomiast, że przy marskości wątroby występują jednocześnie zmiany w innych narządach, i te właśnie mogą wywoływać nagromadzanie się płynu wolnego w jamie brzusznej, a mianowicie:

3. Bardzo częstem powikłaniem przy marskości wątroby (a może tylko zjawiskiem, zależnem od tego samego czynnika etyologicznego), są daleko idące zmiany anatomo-patologiczne w sieci, krezce i otrzewnej, które bezwątpienia mają wielki wpływ na tworzenie się puchliny brzusznej (o charakterze zastoinowym ze względu na upośledzone chłonienie z jamy otrzewnej, lub też o charakterze wysiękowym przy zmianach tych narządów przyrody zapalnej); w tych przypadkach operacya Talmy nie daje pożądanych wyników.

4. Częstem powikłaniem marskości wątroby bywa zapalenie otrzewnej przyrody gruźliczej. Wobec tego, że przy marskości wątroby puchlina brzuszna nie jest objawem stale spotykanym, w wyżej podanych przypadkach obecność płynu w jamie brzusznej może zależeć od gruźliczych zmian otrzewnej, wobec których operacya Talmy oczywiście może być nieraz zabiegiem bezsilnym (leczenie operacyjne gruźliczego zapalenia otrzewnej daje 50—60% wyników pomyślnych).

5. Na podstawie dotychczas ogłoszonych zestawień nie można wyrobić sobie sądu o wartości operacyi Talmy przy puchlinie brzusznej, gdyż naogół brak uwzględnienia rozstrzygającego czynnika etyologicznego. Wobec tego pożądanem, a nawet koniecznem jest przed wykonaniem operacyi Talmy ścisłe rozpoznanie czynnika etyologicznego puchliny brzusznej; w znacznej mierze przyczynić się tu może badanie płynu pod względem chemiczno-fizycznym (ilość białka, ciężar właściwy), badanie cytologiczne (za-

chowanie się białych ciałek krwi) i bakteryologiczne (obecność prątków gruźliczych).

6. Bez względu na etyologię puchliny brzusznej, operacya Talmy jest zabiegiem poważnym, ze względu na ciężkie powikłanie w związku przyczynowym z nią stojące: śmiertelne krwotoki żołądkowo-jelitowe, zapalenie ropne otrzewnej (25% przypadków Lieblcina), rozwijająca się niedrożność jelit, wobec zmienionych warunków anatomicznych w jamie otrzewnej. Powikłania te wymagają uwzględnienia ze strony operatora: zabieg należy wykonywać nadzwyczaj ostrożnie i delikatnie, aby uniknąć niepotrzebnego obrażania sieci, co bezwątpienia stoi w związku przyczynowym z tworzeniem się zakrzepów w naczyniach tego narządu. Wobec zmniejszonej odporności otrzewnej szczególnie dbać należy w tych przypadkach o aseptykę. Ze względu zaś na znane przypadki rozwijającej się niedrożności mechanicznej jelit po przyszyciu sieci do ścian jamy brzusznej, przy operacyi niebezpieczeństwo to przewidzieć należy i sieć do ścian brzusznych przyszywać w ten sposób, żeby nie uciskała pętli jelit i nie wytwarzała postronka umożliwiającego zadzierzgnięcie jelit.

Piśmiennictwo:

1) Aldor i Maixner: Wien. Med. Woch. 1902. — 2) Aubian: L'omentofixation Diss. Bordeaux 1901. — 3) D'Arcy Power: Medical aspect med. Journal 1903. — 4) Aalhorn: Ueber operative Behandlung des Ascites. 1903. — 5) Bartel: Zentrbl. f. Bakteriol. 1906. 46. 4. — 6) Bossowski: Przegląd lekarski. 1899. 35. — 7) Bielka: Wiener klin. Woch. 1899. 8. — 8) Busse: Archiv Langenb. 76. 1. — 9) Bunge: Klinisches Jahrbuch. 1905. — 10) Borchgrevink: Mitteilungen a. d. Grenzgeb. des Med. u. Chir. VI. 3. — 11) Brewer: Medical News. 1902. — 12) Corson: Annals of Surgery. 1907. — 13) Charcot: Wykłady o chorobach wątroby. — 14) Claude Bernard: Leçons sur le diabètes. Paris 1877. — 15) Cohn: Centr. f. Chir. 1903. — 16) Dubourg: Gazette hebdom. de Med. et Chir. 1901. — 17) Drummond: Brit. Medical Journal 1896. — 18) Eck: Wilit. med. Journal. 1877. — 19) Eiselsberg. Thése de Paris 1898. — 20) Egrot: Arch. f. klin. Chir. 59. 4. — 21) Förster, według Klopstocka. — 22) Frerichs, według Klopstocka. — 23) Friedrich: Verhandl. d. Deutsch. Geselsch. f. Chirur. 1900. — 24) Friedländer: Centrbl. f. Grenzgebiet. 1900 Nr 15. — 25) Froment: L'ascite cirrhotique. Paris 1901. — 26) Grisson: Deutsch. Z. f. Chir. 75. 2—4. — 27) Gilbert: Semain. medic. 1907. 47. — 28) Greenough: Cirrhosis of the liver Americ. Journ. 1902. — 29) Harris: The Journ. of the Americ. med. Assoc. 1902. — 30) Hanot i Lauth: Essai sur la cirrhose tuberc. Paris 1888. — 31) Hoffmann, według Klopstocka. — 32) Hale-White: Guy Hospital Reports 1892. — 33) Hansemann: Berlin. klin. Woch. 1903. 7. 8. — 34) Hutinel, według Hanota. — 35) Josselin de Jong: Travaux anat. patholog. 1899. — 36) Jelks: Med. Record 1901. 12. — 37) Ito i Omi: Deutsch Z. f. Chir. 62. — 38) Kümmel. Deutsch. med. Woch. 1902. 14. — 39) Klopstock: Virchows Archiv. T. 187 1907. — 40) Kozłowski: Przegląd lekarski, Nr 19, 1906. — 41) Kuzniecow: Russkij Wracz. 1900. — 42) König: Centrbl. f. Chirurgie. 1884. 4. — 43) Küstner: Ueber Lebercirrhose. Volkmanns Sammlung 141. — 44) Koch: Die chirurg. Behandl. der Lebercirrh. 1908. — 45) Lejars: Semaine med. 1903. 46) Lauth: vide Hanot. — 47) Landor: Arch. Lang. 66. — 48) Lastaria, według Liebleina. — 49) Leus: Virchow-Hirsch Jahresbericht. 1893. — 50) Lieblein: Mitteilung. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 1908. — 51) Leport: Thèse de Paris 1902. — 52) Maixner i Aldor: Wien. Med. Woch. 1902. — 53) Majocchi: Münch. med. Woch. 1907. 6. — 54) Miura: Deutsch. Z. f. Chir. 181. — 55) Murchison: Clinical Lectures. 1887. — 56) Meyelen van der. Semaine Medic. 1899. — 57) Morison: Lancet. 1899. — 58) Murzel, według Liebleina. — 59) Mosetig: Wien. med. Presse. 1893. 1. — 60) Müller: Arch. f. klin. Chirur. 1902 — 61) Neumann: Deutsch. med. Woch. 1899. 26. — 62) Narath: Centr. f. Chir. 1905. 32. — 63) Naunyn według Klopstocka. — 64) Nencki i Pawlow: Archiv f. exp. Pathol. 37. i 38. — 65) Neek: Deutsch. Z. f. Chir. 58. — 66) Nietzsche: Deutsche Z. f. Chir. 64. 1—3. — 67) Oettinger. Beitrag zur Talmasch. Operat. Diss. Breslau. 1904. — 68) Omi: Deutsch. Z. f. Chir. 62. 1—2. — 69) Tensami: Beiträge Brunsa 53. 2. — 70) Payr: Arch. f. klin. Chir. 84. — 71) Pale, według Kozłowskiego. — 72) Pozzan: Deutsch. Med. Woch. 1901. — 73) Pascala: Riforma med. 1901. — 74) Ponfick, wedł. Klopstocka. — 75) Politisch Beitrag zu Casuistik der Haematemesis postoperativa. Lipsk 1903. — 76) Queirolo: Moleschott Untersuch. 1875. — 77) Roe, według Zesasa. — 78) Rolleston i Tazner: Lancet. 1899. — 79) Rokitansky, według Klopstocka. — 80) Rinne: Deutsch med. Woch. 1908. 22. — 81) Szuman: Wysięk gruźliczy jamy brzusznej. — 82) Schramm: Wien. med. Woch. 1903. — 83) Seifert: Deutsch. Archiv f. kl. Med. 1884. — 84) Sołowieff: Virchow's Archiv. 1895. T. 62. — 85) Scherwinski: Centr. f. Chir. 1900. 35. — 86) Schmidt: Deutsch. Z. f. Chir. 55. — 87) Sasaki: Berl. klin. W. 1892. 47. — 88) Spiżarny: Russk. Chir. Archiw. 1907. — 89) Strümpell: Podręcznik chorób wewnętrz. — 90) Sappey: Recherches sur un point d'anatomie. — 91) Schęlkly, według Talma. — 92) Schiff: Centr. f. d. med. Wissensch. 1863. — 93) Schiassi: Semaine medic. 1901. 19. — 94) Sabaurin, według Hanota. — 95) Tausini: Centr. f Chirurg. 1902. — 96) Talma: Berl. kl. Woch. 1898. 38. — 97) Theleman: Deutsch. Z. f. Chir. 93. 1. — 98) Tillmann: Deutsch. med. Woch. 1899 18. — 99) Turner: Lancet. 1899. — 100) Trzebicki: Laparatomie bei tuber. Peritonitis. 101) Thompson: Lancet 1901. — 102) Umber: Mitteil. a. d. Grenzg. 1901. — 103) Weisspfenig: Zur operat. Behandl. Kiel. 1902. — 104) Waterhause: Archiv Virchow. 1890. T. 119. — 105) Wallace: Brit. med. Journ. 1897. — 106) Weir: Med. Record. 1899. — 107) Wiltems: Journ. de Chir. belg. 1901. 5. — 108) Villaret: Gazette hebdom. de Med. et Chir. 1901. 109) Villaret: Compt. rend. de la biolog. 1906. — 110) Vierordt: Z. f. klin. Med. XIII. — 111) Zesas: Centr. f. d. Grenzg. 1904.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Lewin. **O zatruciu bizmutem i zastąpieniu bizmutu dla zdjęć rentgenowskich środkiem nietrującym.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 13). W miarę rozpowszechniania się ścisłych badań rentgenowskich mnożą się też doniesienia o zatruciu bizmutem. Mimo, że bizmut stosujemy i leczniczo, może lekarz w razie śmiertelnego zatrucia być pociągnięty do odpowiedzialności. Spostrzegano zatrucia nawet po zewnętrznem stosowaniu bizmutu w postaci zasypek i maści (5—15%), n. p. przy oparzeniach na wielkiej przestrzeni ciała. — Zatrucie bizmutem cechują: 1) Czarne zabarwienie tkanek, zwłaszcza błon śluzowych jamy ustnej, krtani, żołądka i jelit, czasem i skóry. Na dziąsłach tworzy się obwódka, utrzymująca się miesiącami, a pochodząca od siarczku bizmutu. 2) Sprawy zapalne w jamie ustnej: Obrzmienia, naloty, owrzodzenia, ślinotok, obluźnianie się zębów i t. p. 3) Nudności, wymioty, bole wzdłuż przełyku, wzdęcia, biegunki. 4) Zmniejszenie się ilości moczu, wałeczki, białkomocz, miąższowe zapalenie nerek. 4) Czkawka, sinica, zapad, gorączka, majaczenie, duszność, bole głowy i t. p. Wobec tego oglądać się koniecznie powinniśmy za innym środkiem. Polecane takie środki, jak tor, cynober i t. p. nie są wcale nietrujące. L. po próbach doszedł do przekonania, że najodpowiedniejsze są przetwory żelaza. L. podaje t. zw. żelazo magnezowe (Fe_3O_4) w postaci proszku (15—30%) z miazgą ziemniaczaną lub czekoladą. *K.*

Weyert. **Uraz czaszki i zranienie mózgu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 13). W. zwraca uwagę, że po urazach czaszki występują czasem zmiany psychiczne mimo, że uraz był nieznaczny i nie wywołał nawet uszkodzeń na czaszce. Weyert przytacza 3 odpowiednie historye chorób. Badanie kliniczne wykazało jedynie otarcie naskórka, sam uraz był nieznaczny, a mimoto przypadki te zakończyły się wśród zmian psychicznych śmiercią, i dopiero sekcya wykazała w dwóch z tych przypadków pęknięcie kości potylicznej i zranienie mózgu. Mac Lean słusznie podnosi, że przy zranieniach czaszki, uszkodzenie kości jest sprawą uboczną, główną zaś uszkodzenie mózgu. Brak uszkodzeń zewnętrznych i stosunkowo niewielki uraz nie wyłącza wcale uszkodzenia mózgu; często właśnie przypadki takie dotyczą osób, oddających się opilstwu i mających kruche naczynia krwionośne. Objawy uszkodzenia mózgu przebiegać mogą często bez typowych objawów, zwłaszcza bez objawów ucisku (wymioty, tarcza zastoinowa, zwolnienie tętna, śpiączka i t. p.). Zmiany psychiczne w następstwie urazu czaszki zjawiają się zwykle w 3 postaciach: 1) Zaraz po urazie w postaci przytępienia władz umysłowych; 2) zwolna zmienia się usposobienie i cha-

rakter uszkodzonego, uszkodzony jest nieodporny na wyskok i t. p.; 3) uraz wywołuje tylko usposobienie do choroby umysłowej, która rozwija się potem dopiero po długim czasie. Uszkodzenie okolicy potylicy często wywołać może także uszkodzenie mózgu w okolicy czołowej przez tak zwany »contre coup«. Wielkość i siła urazu nie daje żadnej wskazówki co do wielkości wewnętrznego uszkodzenia, bo zależy ono w pierwszym rzędzie od stanu samego mózgu. U ludzi młodych, zdrowych nieraz bardzo silne urazy i uszkodzenia zewnętrzne nie pociągają za sobą wcale uszkodzeń wewnętrznych. *K.*

Oszman i Sarcewicz. **Przypadek międzyżebrowej przepukliny trzewiowej.** (*Medycyna i Kronika lekarska* 1909, Nr 14). S. jako lekarz na wojnie rosyjsko-japońskiej wykrył przypadkowo u żołnierza, ranionego w lewą rękę, międzyżebrową przepuklinę trzewiową. Chory podał, że przed 2 laty kopnięty został przez konia, przy kuciu, w głowę i lewy bok, przyczem stracił przytomność; po wypadku został umieszczony w jednej z klinik chirurgicznych w Dorpacie. Często rzucać mu się miała krew gardłem. W klinice leżał 2 miesiące. Badanie wykazało na wysokości 9. międzyżebrza między przednią i średnią linią pachową guz wielkości kurzego jaja, a na nim bliznę. Guz ten powiększa się przy nadymaniu i daje się wcisnąć do środka. Palec badający wyczuwa wtedy otwór, prowadzący w głąb, przy wdechu wyczuć można ciało uderzające o palec i sprawiające wrażenie śledziony, zwłaszcza gdy chory przechyli się silnie w stronę lewą. Przepuklina sprawia choremu bole. Wobec tego zaproponowano operacyę. Cięciem łukowem (wypukłość na dół) otworzył Oszman worek i znalazł w nim zrośniętą sieć i okrężnicę poprzeczną. Po podwiązaniu worka pokryto bramę płatami okostnej, wziętej z 9. i 10. żebra. Rana ropiała, ale w końcu wyzdrowienie zupełne. Bole znikły. *K*

Doc. Heineke. **Bole w kolanie przy cierpieniach stawu biodrowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 13). Znaną oddawna jest rzeczą, że dzieci, cierpiące na zapalenie stawu biodrowego, skarżą się nieraz miesiącami tylko na bole w kolanie, co nieraz wiedzie do mylnego rozpoznania i leczenia. Bole te odnosimy do rozpromieniania się wzdłuż nerwów, z których wchodzą tu w rachubę głównie: udowy i zasłonowy. Bole sadowią się przytem prawie zawsze na przedniej powierzchni kolana, po obu stronach rzepki, przyczem skóra okazuje nieraz wybitną przeczulicę. O ile objawy te uważa się za całkiem naturalne, o tyle pozostaje zagadką, dlaczego podobnych rozpromienień się bolu nie spotykamy przy cierpieniach innych stawów, n. p. ramienia, oraz dlaczego bole te występują u dzieci, a natomiast przy cierpieniach stawu biodrowego u starszych ich nie spotykamy? Co do tego ostatniego, to H. miał sposobność przekonać się, że pochodzi to z większego zastanawiania się i lepszego określania bolu u dorosłego, w porównaniu z dzieckiem, choć także znane są przypadki tego rozpromieniania się bolu i u starszych, na co H. przytacza dwa przykłady z własnej praktyki. W obu przypadkach chorzy (byli ubezpieczeni) doznali lekkiego urazu kolana. Od tego czasu zaczęli się skarżyć na silne bole w kolanie. Ponieważ badaniem nic nieprawidłowego w kolanie wykazać nie zdołano, uznano chorych za symulantów i dopiero szczegółowe badanie kliniczne wykryło, że w obu przypadkach chodziło o cierpienie stawu biodrowego (raz zapalenie zniekształtniające, raz gruźlica), o którem chorzy wcale nie wiedzieli. Należy też zawsze o tem pamiętać i wobec bolów w kolanie zawsze prócz kolana badać i staw biodrowy, gdyż oba przypadki autora dowodzą, że uraz kolana może być zarazem i urazem stawu biodrowego. *K.*

Prof. Joachimsthal. **O tworzeniu się biodra szpotawego po odprowadzeniu wrodzonego zwichnięcia.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 13). W ostatnich czasach zaczęły się pojawiać coraz częściej prace, donoszące o występowaniu po odprowadzeniu zwichnięcia wrodzonego z czasem biodra szpotawego (*coxa vara*). Pierwszy zwrócił na to uwagę w roku 1904 Curtillet w Algierze. J. zbadał z tego powodu 150 swych chorych, u których upłynęło już najmniej 3 lata od zabiegu i wśród nich u 4 znalazł biodro szpotawe. Dowiadujemy się wtedy, że przez pewien czas po odprowadzeniu chory miał się zupełnie dobrze i zwolna dopiero zaczął znowu utykać na nogę. Badanie kliniczne wykazuje wtedy nieraz skrócenie kończyny, bolesność okolicy krętarza, niemożność odprowadzania uda, a na płycie rentgenowskiej zanik szyjki uda i znaczne zmniejszenie się kąta szyjkowo-udowego (nieraz i poniżej 90°). Co do przyczyn tego następczego powikłania, to szukać ich należy chyba we właściwej nieodporności kości, występujące tu bowiem zmiany przypominają żywo zmiany przy krzywicy. Nie należy też po odprowadzeniu za długo ustalać biodra, a nadto powinniśmy od czasu do czasu sprawdzać stan operowanych, nawet najlepiej wyleczonych, i w razie skłonności do tworzenia się biodra szpotawego zaraz temu zapobiegać przez odpowiednie ćwiczenia (abdukcya), miesienie, unikanie wysiłków, ewentualnie wyciąg. *Klęsk.*

Dermatologia.

Burgsdorf doc.: **Przypadek powtórnego zakażenia kiłą z wykryciem krętka bladego** (*Russkij Wracz* 1908 Nr 13). U chorego Burgsdorfa przy pierwszem zakażeniu powstała w 18—20 dni po spółkowaniu nadżerka w rowku wieńcowym z powiększeniem gruczołów pachwinowych. W 6 tyg. potem — różyczka, zapalenie gardła, wypadanie włosów. Gruczoły pachwinowe powiększyły się w tym czasie do tego stopnia, że przeszkadzały choremu chodzić. — W przeciągu roku dostał chory 120 wstrzykiwań 1% rozczynu obojętnego salicylanu rtęciowego po 1,5 w 3 seryach i 180 gr. jodku potasu. W 2 miesiące po ostatniej seryi wstrzykiwań nastąpiło po stosunku płciowym powtórnie zakażenie pod postacią typowego wrzodu twardego. Autor wyssał zapomocą przyrządu Biera z oczyszczonego wrzodu twardego sok i zrobił z niego preparaty, częściowo barwiąc metodą Giemsy, częściowo metodą Preissa: we wszystkich znalazł krętka bladego, który najwyraźniej występował przy sztucznem oświetleniu zapomocą 40-świecowej lampy cyrkonowej. Najwięcej krętków znalazł autor w preparatach barwionych według Preissa. W preparatach ze soku niewyssanego metodą Biera, ale wprost wziętego z oczyszczonego wrzodu, krętków nie znaleziono. W 50 dni mniej więcej po zauważeniu wrzodu zjawiła się różyczka. Po 13-em wstrzyknięciu salicylanu rtęciowego wrzód się zagoił, po 7-em wstrzyknięciu zginęła różyczka. *Nelken.*

A. Blaschko: **O klinicznem spożytkowaniu odczynu Wassermanna.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1909 Nr 9). — Na podstawie tysiąca przypadków kiłowych z własnej praktyki omawia autor kilka ważnych zagadnień klinicznych. Na pytanie, czy istnieje równoległość między odczynem Wassermanna a objawami klinicznymi kiły, odpowiada autor, że nie zawsze. Na 1000 bowiem przypadków kiłowych spostrzegał B. 36 przypadków pewnego zakażenia kiłowego, w których nie było odczynu W. Wszystkie te ujemne przypadki ograniczały się do zajęcia kiłowego na małej przestrzeni ciała i były trojakiego rodzaju: odosobnione lepieże i owrzodzenia skóry lub błon śluzowych — miejscowe kilaki kości (mostek, goleń) i późne okresy wiądu rdzenia lub kilaki mózgu. Bywają więc przypadki kiły ograniczonej, w których niema odczynu W. Na czem to polega, autor nie może dać odpowiedzi.

Dodatni odczyn W. daje się przez leczenie usunąć. Autor zdołał to sprawdzić na 90 przypadków przez siebie leczonych w 75 (84%). Wpływu użytego sposobu leczenia na zniknięcie odczynu nie można było wykazać. Ustępowanie odczynu idzie równolegle z polepszaniem się choroby, w ten sposób, że ze znikaniem klinicznych objawów kiły idzie równolegle słabnięcie odczynu. W uporczywych przypadkach odczyn W. nie znika nawet po wielokrotnie (21 razy) powtarzanych wcieraniach, ale wtedy i objawy kliniczne utrzymują się.

Odczyn W., usunięty przez leczenie, może się z czasem znowu pojawić bez pojawienia się objawów klinicznych, które dopiero później występują. Jest on przeto zwiastunem nawrotów choroby. Ujemny odczyn W. u chorych kiłowych jest przeto w wielu przypadkach objawem tylko przejściowym. Trwanie dodatniego odczynu W. u chorych kiłowych świadczy o istnieniu ogniska kiłowego w ustroju, o zwiększonej czynności krętków i o osłabieniu odporności ustroju na jad kiłowy.

Jak długo należy kiłowego leczyć, określa autor w następujący sposób. Obecnie mamy bezwarunkowo obowiązek starać się obok usunięcia objawów chorobowych (kiły), także i o osiągnięcie ujemnego odczynu W. Na pytanie, czy należy w każdym przypadku dodatniego odczynu W. leczyć chorego, odpowiada autor, że według obecnie poczynionych doświadczeń, należy chorego i przy braku objawów klinicznych leczyć, gdyż dodatni odczyn W. należy uważać za objaw kiły. Przytem należy chorych kiłowych w regularnych odstępach czasu poddawać badaniu serologicznemu, w pierwszych latach choroby kilka razy na rok, później co roku. Im wyraźniej i częściej odczyn się pojawia, tem częściej trzeba badać. Chorzy kiłowi będą musieli obecnie dłużej pozostawać w obserwacyi klinicznej, niż to dotąd bywało.

Znaczenie odczynu W. co do rokowania obecnie się zmniejszyło, gdy się okazało, że ujemny odczyn jest stanem przejściowym. Dodatni wynik odczynu W. w pierwszych latach nie daje jeszcze złego rokowania. W późniejszych zaś latach trwała obecność odczynu dodatniego może oznaczać kandydatów do porażenia postępującego. Brak odczynu W., corocznie stwierdzany, może być uważany za dobrą przepowiednię, gdyż należy przypuścić, że w ustroju nie przebiega sprawa kiłowa i choremu nie grozi nawrót choroby. Obecności odczynu W. u chorego nie należy nigdy zaniedbywać, lecz leczyć, aby zapobiedz pojawieniu się chorób układu nerwowego. W końcu powiada autor, że dziś przypisuje odczynowi W. daleko większe znaczenie praktyczne, niż przed $^3/_4$ rokiem. *W. J.*

Bauer. **Przyczynek do udoskonalenia odczynu serologicznego kiły.** (*Deutsche med. Wochs.* 1909, Nr 10). Autor występuje w obronie swojej modyfikacyi odczynu Wassermanna i prostuje zarzuty, przeciw metodzie podniesione. Poleca używać zawsze świeżego dopełniacza (komplement), ewentualnie, o ile się go otrzyma więcej, zamrażanie w małych ilościach, które według potrzeby następnie użyć można. M. Stern (Berliner klin. Wochs. 1903, Nr 32) podaje, że wartość dopełniacza jest bardzo zmienna, to znaczy, że surowice stare zamrożone (t. zw. Frigokomplement) potrzebują znacznie większej ilości chwytnika (amboceptor) do otrzymania hemolizy, aniżeli świeże; czasami nawet wypowiadają zupełnie posłuszeństwo, to znaczy: w pewnych kiłowych surowicach wywołują hemolizę. Chcąc się od tego uchronić, miareczkuje M. Stern do każdego świeżego dopełniacza chwytnik i używa następnie czterokrotnej ilości. Jest to zdaniem Bauera postępowanie zupełnie błędne, bo ilość chwytnika jest wtedy tak wielka, że łatwo otrzymać można wynik odczynu ujemny tam, gdzie powinien być dodatni. M. Stern wychodzi z tego założenia, że miano (titre) chwytnika sztucznego z królika nie zmienia się po dodaniu chwytnika naturalnego, jaki w surowicy ludzkiej stale istnieje dla ciałek czerwonych barana. Przeciw temu występuje Bauer stanowczo i zapomocą skombinowanego doświadczenia, t. zn. operowania raz chwytnikiem naturalnym, to znów sztucznym, wreszcie kombinowania obydwu razem udowadnia, że przez dodanie do chwytnika naturalnego, chwytnika sztucznego, choćby najdokładniej wymiareczkowanego, stwarza się zupełnie niewiadome warunki w systemie hemolitycznym, podnosząc ilość chwytnika do niewiadomej, w każdym razie za wysokiej, co na wynik odczynu wręcz przeciwnie wpłynąć może. Dlatego radzi, jak zawsze, posługiwać się tą ilością chwytnika, jaka zawarta jest w mniejwięcej 0,1—0.2 surowicy ludzkiej. Jeżeli płyn w rurce kontrolnej w ciągu 16—20 minut rozpuszczenia nie okazuje, w takim razie radzi dodanie chwytnika, ale naturalnego, w tej mniejwięcej ilości.

Dalszy zarzut przeciw metodzie podnieśli Ballner i v. Decastello. Autorowie ci zwracają uwagę na tak zwane »autotrope Sera«, które u ludzi gorączkujących, przy nowotworach, a przedewszystkiem gruźlicy się napotyka. Autorowie wspomniani posługują się krwią wołu, a nie baranią, dalej używają najmniejszej ilości dopełniacza, potrzebnej do równowagi samego systemu. Ponieważ objaw ten występował w rurce kontrolnej bez wyciągu kiłowego przy użyciu krwi baraniej, albo wyraźnie jako odchylenie dopełniacza, albo jako hemoliza, ale z wyraźnem opóźnieniem, winią zatem autorowie właśnie ów chwytnik naturalny dla krwi baraniej i polecają używać krwi wołu, dla której w krwi ludzkiej chwytnika swoistego niema. Rzecz to wiadoma i spotykana według Bauera dość często [1]). Przed tym jednak błędem chroni rurka kontrolna bez wyciągu kiłowego, która prawidłowo ma okazywać rozpuszczenie krwinek; o ile w rurce tej nastąpi odchylenie dopełniacza, to jest dowodem, że mamy przed sobą surowicę samozwrotną (autotrop). W jedynym tylko wypadku może zajść pomyłka, to jest, gdy surowica kiłowa okazuje równocześnie własność samozwrotną, a to się zdarzyć może. *St. Łapiński.*

K. Bruck i E. Gessner. **Badania serologiczne w trądzie.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 13). Wielkie praktyczne znaczenie odczynu Wassermanna, Neissera i Brucka jest dziś ogólnie uznane. Odchylenie dopełniacza przy płonicy, podane pierwotnie przez Mucha i Eichelberga, nie odbiera swoistości, gdyż jak to Halbstädter, następnie Bruck i Cohn wykazali, odczyn ten krótko występujący na pewnej wysokości choroby szybko znika, udaje się dalej tylko z pewnymi wyciągami, a wogóle chyba w rozpoznawaniu kiły w grę nie wchodzi zupełnie. Dwie są natomiast choroby, które rzeczywiście dają odczyn WNB, a to: framboezya podzwrotnikowa i trąd. Autorowie podają wynik 10 badań w tym kierunku dokonanych w sanatoryum państwowem dla trędowatych w Kłajpedzie. Liczba przypadków dlatego tak mała, że wykonano próby tylko przy przebiegu lżejszym, i to u takich chorych, którzy się dobrowolnie zabiegowi poddali. Do odczynu używano równocześnie najrozmaitszych wyciągów. Wynik był następujący: na 7 przypadków trądu guzowatego 5=71·4% z wynikiem dodatnim, 2 inne zaś przypadki tejże postaci i wszystkie 3 przypadki trądu znieczulającego z wynikiem ujemnym, przyczem B. i G. potwierdzają dotychczasowe wyniki badań innych autorów, że dodatni odczyn występuje głównie przy postaci guzowatej trądu. Ilość prątków i obraz kliniczny z wynikiem i nasileniem odczynu nie idą w parze. W naszej strefie są dwie choroby, które rozpoznawczo nigdy w grę nie wchodzą; w okolicach jednak, gdzie trąd panuje, trzeba dzisiaj obie jednostki chorobowe brać w rachubę. Z dotychczas ogłoszonych, byłyby dwa sposoby odróżnienia odczynu jednej postaci od drugiej: 1) G. Meiera, przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego serologicznego zapomocą tuberkuliny; 2) Eitnera i Sugaia, wykazanie swoistych niweczników (Antikörper) dla trądu w identyczny sposób, jak przy kile przez odchylenie dopełniacza, przy użyciu jako antigenu zawiesiny prątków z guzów trądowych. *St. Łapiński.*

H. Boas. **Znaczenie odczynu Wassermanna dla leczenia kiły.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 13). Wobec dwuznacznych dotychczas zapatrywań na występowanie odczynu Wassermanna, przeprowadza autor, chcąc się przekonać o jego wartości, szereg doświadczeń w ten sposób, że jednych chorych kiłowych leczy swoiście, kierując się odczynem, t. j. leczy tak długo, póki odczyn istnieje, z innymi postępuje według zwykłego schematu, lecząc z przerwami bez względu na odczyn. Statystyka poważna, bo obejmująca 1345 przypadków z rozmaitych okresów kiły, w tem 20 przypadków wiądu rdzenia i 42 porażenia postępującego. 82 chorych ze zmianami drugorzędnemi oddziaływało przed leczeniem dodatnio. Po leczeniu 76 odczynu niema, u 6 dodatni odczyn. Z tych 6, okazuje 5 w czasie jednego miesiąca nawroty, gdy z pierwszych 76, zaledwie 3 zgłasza się z nawrotami. B. leczy rtęcią i to wcieraniami, podając równocześnie jodek potasu i arszenik.

Na podstawie dalszych doświadczeń dochodzi B. do wniosku, że odczyn Wassermanna tem prędzej znika, im szybciej leczenie rozpoczęto; w tych przypadkach, gdzie leczenie poprzedziło wystąpienie odczynu W., prawie zawsze odczyn się nie pojawia, w przypadkach kiły później może zniknąć już po 15—20 wcieraniach. B. obserwuje dalej po leczeniu 65 chorych, wszyscy w 3 lata po zakażeniu. U 62 znajduje w okresie 1—2 miesięcy znowu odczyn dodatni, równocześnie u 8 z nich stwierdzić się dają nawroty. Z reszty, t. j. 54, nie leczono 19. U wszystkich 19 po wystąpieniu odczynu pojawiają się nawroty, t. j. w czasie, w którym według zwykłego schematycznego leczenia, leczyć się nie powinni. 35 leczy B. kierując się odczynem, i żaden z nich nawrotu nie okazuje.

Co do występowania odczynu w okresie późniejszym kiły, to do dziś dnia są zdania również podzielone: jedni utrzymują, że pojawianie się odczynu świadczy zawsze o sprawie świeżej; inni uważają to tylko za objaw przebytej kiły, zresztą nic więcej. Autor należy do obozu pierwszego, utrzymując, że chorzy mogą klinicznie nie okazywać zmian kiłowych, gdy sprawa toczy się skrycie dalej pod jakąkolwiek postacią, której na razie rozpoznać nie można. Na dowód przytacza 2 przypadki, w których wiele lat po zakażeniu przy pojawianiu się od czasu do czasu odczynu stwierdzono u jednego rozszerzenie aorty, u drugiego tętniak.

Ostatecznie z liczniejszej statystyki Boasa wynika, że pojawienie się odczynu Wassermanna po przeprowadzonem leczeniu świadczy zawsze o nawrocie. W pierwszych latach po zakażeniu możnaby przez badanie surowicy, co miesiąc przeprowadzone i natychmiastowe leczenie, o ile odczyn jest dodatni, niedopuścić do objawów wtórnych. A może tak postępując przez lata, udałoby się powstrzymać zmiany późniejsze, jak wiąd rdzenia, tętniaki, porażenie postępujące i t. d. *St. Łapiński.*

---

[1]) W klinice lekarskiej krakowskiej na 85 przypadków raz dotychczas spostrzegana i to przy użyciu nie surowicy krwi, ale cieczy przesiękowej, więc może nie tak częsta. (*Przyp. sprawozd.*).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 5. kwietnia 1909.

1) Czł. Marchlewski przedstawił rozprawę p. Ant. Korczyńskiego: **O solach anormalnych; część druga.** Autor na szeregu nowo poznanych anormalnych soli amonowych wykazuje istnienie zależności pomiędzy pozycyą ujemnych grup w cząsteczce kwasowej, a zdolnością wytwarzania tych soli; ujmuje w ogólniejsze prawidła zjawiska te, badane na jedno-, dwu- i trójsubstytuowanych związkach i to zarówno jednakowemi, jak i różnorodnemi ujemnemi grupami. Wykazuje wreszcie, że zdolność tworzenia soli anormalnych jest funkcyą zarówno obecności danych grup w cząsteczce kwasowej, jak i ich rozmieszczenia i ciężaru atomowego.

2) Czł. Marchlewski przedstawił pracę p. Jana Kozaka: **O działaniu wodorotlenku potasowego na dwuoksym acetyloizatyny.** Autor próbował odczepić z dwuoksymu acetyloizatyny grupę acetylową zapomocą wodorotlenku potasowego, aby otrzymać sam dwuoksym izatyny. Stwierdził jednak, że tego niepodobna uskutecznić, gdyż przy działaniu wspomnianej zasady obok grupy acetylowej, odłącza się równocześnie i jedna grupa oksymowa, wobec czego zamiast dwuoksymu powstaje jednooksym izatyny.

3) Czł. Marchlewski przedstawił pracę pp. J. Buraczewskiego i M. Dziurzyńskiego: **Bromowanie strychniny, brucyny i innych alkaloidów.** Przez działanie bromu, rozpuszczonego w dwusiarczku węgla, na alkoholowy rozczyn strychniny otrzymali autorowie dotychczas dwubromową pochodną strychniny, najprawdopodobniej związek addycyi o wzorze $C_{21} H_{21} N_2 O_2 Br_2$. Przez gotowanie z wodą następuje rozkład tego związku, część pozostaje nierozpuszczona, jako ciało białe, z roztworu zaś wytrąca się alkaliami monobromostrychninę $C_{21} H_{21} BrN_2 O_2$, która bromowana daje trójbromostrychninę. Oba związki nie są identyczne ze znanemi już tego rodzaju ciałami. Z brucyny przy zachowaniu tych samych warunków otrzymuje się monobromobrucynę $C_{23} H_{25} BrN_2 O_2$ i trójbromobrucynę prawdopodobnie o wzorze $C_{23} H_{25} BrN_2 O_4 Br_2$. Tak monobromojak i trójbromobrucyna są różne od takich połączeń otrzymanych przez Beckurtsa. Oba związki brucynowe rozpuszczają się w rozcieńczonych kwasach mineralnych barwą czerwoną, która nie znika po zagotowaniu. Gdy się jednak najpierw zagotuje je z wodą a potem doda kwasu, barwa czerwona już nie występuje.

4) Czł. Marchlewski przedstawił pracę p. S. Mostowskiego: **Zachowanie glukozo-fenetydydu i czteroacetyloglukozo-fenetydydu w ustroju zwierzęcia.** Glukofenina nie okazuje działania toksycznego, nawet w dawce 5 gr na kg wagi ciała; ponieważ w 5 gr glukofeniny zawiera się 1·9 gr fenetydyny, a mniej niż 0·45 gr fenetydyny na kg wagi ciała wywołuje objawy zatrucia, zatem dołączenie się glukozy do fenetydyny znosi toksyczne działanie tej ostatniej. Antypiretycznie działa glukofenina słabo i niepewnie. Według hypotezy Fischera-Pilotyego należałoby przypuszczać, że glukofenina powinnaby utleniać się na odpowiedni sprzężony kwas glukuzonowy; w glukofeninie bowiem występuje glukoza z ochronioną grupą aldehydową; w rzeczywistości kwas glukozonowy sprzężony nie powstaje z glukofeniny w ustroju zwierzęcia, co przeciw hypotezie może przemawiać. Czteroacetylo-glukozofenetydyd otrzymano przez działanie fenetydyny na czteroacetylo-bromoglukozę w roztworze eterycznym. Próby zmydlenia $Ba(OH)_2$ w roztworze wodnym i alkoholu metylowego nie doprowadziły do celu; nie udało się zatem otrzymać połączenia glukozy z fenetydyną zbudowanego na wzór glukozydów. Czteroacetyloglukozofenetyd obniża temperaturę podniesioną sztucznie. Związek ten ulega sztucznie resorbcyi; z moczu można wyosobnić tylko ślady tego ciała. Natomiast najprawdopodobniej rozkłada się w przewodzie pokarmowym a zresorbowana fenetydyna obniża temperaturę, zwiększa ilość związanych siarczanów i można ją w moczu wykazać jako ciało związane z siarczanami. Natomiast paraamidofenol nie wytwarza się przy karmieniu zwierzęcia ani glukofeniną ani czteroacetyloglukofenetydydem.

5) Czł. Nap. Cybulski zdał sprawę z pracy wykonanej wspólnie z p. J. Dunin-Borkowskim: **Wpływ błon i przegród na siły elektromotoryczne.** Autorowie, wstawiając do ogniw koncentracyjnych i płynnych pęcherz, żelatynę, pergamin, białko, glinę i mięśnie, wykazują, że każda taka przegroda wywiera wpływ na siłę elektromotoryczną ogniw: bądź ją zwiększa, bądź zmniejsza. Te zmiany w sile elektromotorycznej są według autorów skutkiem zmian współczynnika ruchliwości ionów w samych przegrodach. Zmiany te są zależne tak od natury przegród, jakoteż od elektrolitów znajdujących się w rozczynach. Przy kwasach następuje zazwyczaj zmniejszenie ruchliwości kationu i w tym względzie wyjątek stanowi tylko pergamin. Przy ługu sodowym zmniejsza się współczynnik anionu bez różnicy przy wszystkich przegrodach. Ponieważ mięśnie, podobnie jak żelatyna zmniejszają współczynnik ruchliwości kationu, przeto autorowie dochodzą do wniosku, że przekrój poprzeczny mięśnia lub nerwu wskutek obumierania i zakisania nie może być źródłem siły elektromotorycznej, w takim razie bowiem przy odprowadzaniu prądów powierzchnia przekroju musiałaby być dodatnia, w rzeczywistości zaś jest zawsze ujemna. Z doświadczeń więc autorów wynika, że dotychczasowe zapatrywania na sprawę powstawania prądów w tkankach żywych są zupełnie nieuzasadnione.

(Treść 4 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XI. Posiedzenie naukowe d. 2. kwietnia 1909.

Przewodniczący, przypominając **o zjeździe balneologicznym**, który ma się wkrótce odbyć w Krakowie, zachęca członków do wzięcia w nim udziału.

I. Przewodniczący odczytuje **rezolucye**, zaproponowane przez zarząd, a ułożone stosownie do uwag podniesionych w dyskusyi **w sprawie płonicy**; rezolucye te po uwzględnieniu nieznacznych zmian uchwalono. Brzmią one: 1) Płonica pojawiała się we Lwowie w większem, niż poprzednio, nasileniu w ciągu r. 1907; wyższe liczby zachorowań przypadają na r. 1908, w ostatnich miesiącach widoczne jest zmniejszanie się epidemii. 2) Celem zapobiegania i zwalczania epidemii należy z całą energią zwalczać przypadki płonicy i w czasach wolnych od epidemii, stosując ściśle te przepisy, które obowiązują podczas stwierdzonej epidemii. 3) Pouczać ludność o środkach zapobiegających zakażeniu, zwrócić uwagę na łagodne postacie płonicy, które najwięcej przyczyniają się do rozszerzania epidemii. Do tego celu służą broszury, popularne odczyty i wprowadzenie obowiązkowej nauki higieny w szkołach. 4) Wykluczanie ze szkoły na odpowiedni przeciąg czasu uczniów, którzy zamieszkują domy nawiedzone płonicą; baczne obserwacye podejrzanych zachorowań w szkole, w razie potrzeby zamykanie klas, względnie całej szkoły. 5) Uwalnianie od zajęć osób, których rodzina jest nawiedzona płonicą, a które ze względu na swój zawód muszą stykać się z publicznością. 6) Nadzór nad artykułami spożywczymi przy wprowadzaniu ich do miasta i na targu. 7) Wskazane i pożądane jest leczenie wszystkich chorych na płonicę w odpowiednio urządzonych szpitalach epidemicznych, gdyż to najskuteczniej przyczynia się do szybkiego zwalczenia epidemii. 8) Wzbronienie odwiedzania osób zmarłych na płonicę i urządzenie odpowiedniego miejskiego domu przedpogrzebowego. 9) Dokładne i w odpowiednim okresie wykonane odkażenie rzeczy, oraz mieszkania chorego przez dobrze wyuczoną służbę według wskazówek i zawsze pod osobistym nadzorem lekarza. 10) Dostateczne powiększenie nadzoru sanitarnego w powiecie lwowskim.

II. Przewodniczący odczytuje list Prof. Sieradzkiego, który zwraca się do Towarzystwa z prośbą o zabranie głosu w sprawie zabudowania skweru przy placu Halickim, t. j. wzniesienia »pałacu sztuki«; w sprawie tej Koło literacko-artystyczne przedstawiło memoryał Radzie miejskiej, powołując się w nim na zdanie lekarzy, że skwer ten ze stanowiska higieny jest nawet szkodliwy. Po referacie odczytanym przez kol. Prof. Kucerę i krótkiej dyskusyi, uchwalono znaczną większością po myśli referatu wydać opinię, że ze stanowiska higieny zabudowanie wspomnianego skweru byłoby krokiem szkodliwym dla zdrowotności miasta.

III. Kol. L. Feuerstein: **O klinicznej wartości próby Wassermanna.** Po pobieżnem omówieniu ewolucyi teoryi odczynu W., podnosi prelegent brak swoistości tej próby ze stanowiska teoretycznego w przeciwieństwie do klinicznego. Zdanie to opiera prelegent na piśmiennictwie i własnem doświadczeniu. Badania przeprowadził na 452 próbach, wykonanych w lwowskim zakładzie higieny. W tej liczbie 109 kontrolnych

(49 płonicy, 60 ludzi bądź zdrowych bądź też z rozmaitemi cierpieniami, ale nie kiłą). W jednym tylko przypadku płonicy i to w 16. dniu choroby otrzymał przemijający wynik dodatni. Prelegent podaje szereg cyfr, otrzymanych z badania surowicy ludzi dotkniętych kiłą w różnych okresach, a więc wrzodu pierwotnego (na 9 w 5 dodatni), drugorzędną (na 50 nieleczonych rtęcią 46), trzeciorzędną (na 20 dodatnich 18). Na 13 przypadków kiły bez objawów w pierwszem pięcioleciu w 54% wynik dodatni. Na 104 przypadków porażenia postępującego w 74% wynik dodatni. W kile w czasie lub zaraz po leczeniu w 28% wynik dodatni. Na podstawie tych wyników trzeba przyjąć, że wynik dodatni próby przemawia za istnieniem kiły, ujemny wobec pewnych wyjątków niczego nie dowodzi. Na szeregu przykładów wyjaśnia prelegent korzyści praktyczne próby W. Podnosi prawie stałe wyniki dodatnie w kile wrodzonej, jak również w kile utajonej u matek, co jest ważne n. p. ze względu na badanie mamek. Co do techniki, to tylko zupełne powstrzymanie hemolizy należy uważać za wynik dodatni. (Demonstracya).

Dyskusya: kol. Blumenfeld, opierając się na wynikach innych badaczy, uważa, że próba W. jest zanadto przeceniona. Nie daje ona podstaw do rozstrzygnięcia, czy leczony chory został wyleczony, również rozpoznawczo, czy n. p. dana wysypka jest kiłową (chory mógł dawniej przebyć kiłę) i t. p. Kol. Selzer przytacza przypadki, gdzie, jak się przekonał, próba W. okazała się bardzo cennym środkiem pomocniczym w rozpoznaniu tła cierpienia. — Kol. Prof. Kucera uważa omawianą próbę za cenny nabytek, choć ma ona pewne ujemne strony; strony takie mają jednak i inne znane próby biologiczne n. p. próba Widala. Co do próby W. i różnych wyników, ogłaszanych przez badaczy, to K. zauważa, że ogromne znaczenie ma tu ścisłość w samej technice wykonania. — Kol. Mazurkiewicz na podstawie obserwacyi klinicznej odniósł wrażenie, że próba W. ułatwia rozpoznanie kliniczne; zapytuje prelegenta co do badanych przezeń 11 płynów mózgowo-rdzeniowych, z których 6 dało wynik dodatni, czy we wszystkich 11 przypadkach stwierdzono kiłę. — Na pytanie to kol. Feuerstein nie może dać pewnej odpowiedzi. *Nowicki.*

Uwaga. Prof. Biernacki w wykładzie swym w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem w d. 26. III. b. r. (por. »Przegląd lek.« Nr 16. str. 253. szp. II. wiersz 38) zaznaczył, że »nie odrzuca w zupełności istnienia retencyi kwasu moczowego, upatrując właśnie dowód możliwości takiej retencyi, retencyi krótkotrwałej, w występowaniu paralellizmu pomiędzy kwasem moczowym, a azotem w moczu w wartościach przeciętnych, nie myśli jednak, by retencya taka mogła być pierwszorzędną szkodliwością chorobową«.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie naukowe w d. 14 stycznia 1909 r.

Obecnych członków 32. Przewodniczy K. Rumszewicz.

1. Łążyński przedstawia **ciało obce** (kawałek igły), **wydobyte ze światła żyły odłokciowej.** Chora zjawiła się na drugi dzień po złamaniu igły w ręku. Wyczuć igły przy wymacywaniu nie powiodło się. Po rozcięciu skóry, nie mogąc znaleźć igły, zwrócił Ł. uwagę na ciemniejsze zabarwienie żyły i z niej wydobył igłę. Skrzepu nie było. Rana zagoiła się bez powikłań. Pomyślnem było to, że igła nie powędrowała dalej z biegiem krwi.

W dyskusyi zwraca Makowski uwagę na to, że igły należy szukać także w pochwie ścięgna, dokąd się łatwo wślizguje i przytacza podobny, niedawno przez siebie spostrzegany przypadek. Rentgenogram nie zawsze pozwala łatwo i szybko odnaleźć ciało obce.

2. Trzebiński **Z patologii nerwów** (Rzecz ma być ogłoszona drukiem).

W dyskusyi zapytuje Łążyński, jak makroskopowo wyglądają przerosty endoneuralne. Trzebiński wyjaśnia, że w niektórych przypadkach dają się one dostrzedz gołem okiem. Wojciechowski zapytuje o objawy kliniczne, wywoływane przez przerosty endoneuralne. Gdyby się udało wykazać związek między tymi przerostami, a niektóremi cierpieniami nerwów obwodowych, miałoby to doniosłe znaczenie dla neuropatologii. Trzebiński odpowiada, że w tym kierunku nie poczyniono jeszcze pewnych spostrzeżeń.

Posiedzenie naukowe w d. 11 lutego 1909 r.

Obecnych członków 31. Przewodniczy K. Rumszewicz.

1. K. Rumszewicz **O tarczy zastoinowej przy gruźlicy tęczówki.** (Rzecz ma być ogłoszona drukiem).

W dyskusyi zaznacza Łążyński, że prelegent podniósł bardzo ciekawą sprawę, a mianowicie występowanie brodawki zastoinowej przy cierpieniach przedniej części oka, dotychczas bowiem taka brodawka była zjawiskiem swoistem dla cierpień pozagałkowych, np. dla nowotworów mózgowia; zapytuje przytem, czy powiodło się prelegentowi spostrzegać zmiany zastoinowe w brodawce wtedy jeszcze, gdy oko można było prześwietlić. Rumszewicz odpowiada, że w danym przypadku wziernikowe badanie dna było niemożliwe. Zmiany stwierdzono po wyjęciu gałki; zaznacza przytem, że brodawka zastoinowa daje się spostrzegać i przy innych cierpieniach gałki ocznej i przyrzeka na jednem z najbliższych posiedzeń obszerniej omówić tę sprawę.

2. A. Modrzewski i J. Reize. **Serodyagnostyka kiły zapomocą odczynu Wassermanna.** (Rzecz ogłoszona w »Przeglądzie Lekarskim« Nr 13, 14, 15).

W dyskusyi zapytuje Trzebiński, w jaki sposób prelegenci tłómaczą fakt, stwierdzony już niejednokrotnie, że przy wiądzie rdzenia i porażeniu postępowem płyn mózgowo-rdzeniowy daje odczyn Wassermana, nie daje go zaś przy przymiocie mózgowo-rdzeniowym, chociaż wtedy odczyn ten można otrzymać z surowicy krwi. Czy dla wyjaśnienia tej okoliczności nie możnaby się oprzeć na hypotezie, postawionej niedawno przez Loewenthala, który twierdzi, że tak zwane metasyfilityczne choroby, więc przedewszystkiem wiąd rdzenia i porażenie postępowe, należy uważać za skutek nie toksyn, ale antytoksyn przymiotowych. Modrzewski odpowiada, że niema dotychczas zadowalniającego tłómaczenia tego ciekawego zjawiska. Łążyński: Dyagnostyka kiły przy pomocy wykrywania krętka bladego i sposobem Wassermana ma niejednakową wartość. Serodyagnostyka ma tę wyższość, że stwierdza obecność kiły i tam, gdzie krętka bladego już niema, albo wykrycie go staje się z technicznych powodów bardzo trudne. Reize zgadza się, że odczyn Wassermana ma znacznie szersze pole zastosowania, ale wykrycie krętka daje zato niezbitą pewność. Co do poruszonej przez Trzebińskiego sprawy zależności wiądu rdzenia i porażenia postępowego od antytoksyn, to pogląd taki nie jest mowcy obcym, lecz, zdaniem mowcy, nie zgadza się z niektórymi faktami, jak np. z tem, że wymienione choroby występują przeważnie u osób mało albo wcale nie leczonych. Modrzewski odpowiada Łążyńskiemu, że jak w każdej innej chorobie zakaźnej, tak i w kile, większą ma wartość rozpoznawczą znalezienie swoistej bakteryi, niż wykrycie swoistych ciał w surowicy. Łążyński przytacza kilka klinicznych przypadków z niepewnem rozpoznaniem, gdzie do rozwikłania sprawy bardzo się przyczynił odczyn Wassermana. Reize przestrzega przed bezwzględnem opieraniem się na wynikach odczynu Wassermana, gdyż możemy się spotkać u chorego na przymiot z chorobą, powstałą niezależnie od przymiotu, np. raka u chorego na kiłę przy dodatnim odczynie Wassermana moglibyśmy wziąć za kilaka. Hoffmann odpowiada Trzebińskiemu, że odczyn Wassermanna jest oparty na zasadniczych podstawach teoryi bocznych łańcuchów Ehrlicha i dlatego w tej teoryi należy szukać wytłómaczenia wszelkich nastręczających się w praktyce zagadnień. Tak też w danym przypadku, gdy przy kile rdzenia odczyn z płynem rdzeniowym dał wynik ujemny, a z surowicą dodatni. Mianowicie, teorya Ehrlicha mówi nam, że gdy jad w wielkiej ilości podziała na otaczające komórki, to ich czynności życiowe mogą być zniszczone i nie nastąpi wydzielanie się bocznych łańcuchów, w danym przypadku — amboceptorów; w miejscach zaś dalszych od źródła zarazy, gdzie niema tak gwałtownego działania jadu, amboceptory mogą się tworzyć w dostatecznej ilości i surowica da wynik dodatni. Przy wiądzie rdzenia, kiedy toksyny działają bardzo powoli, może także wytworzyć się znaczna ilość ciał ochronnych. Trzebiński: Taki stan rzeczy sprzeciwiałby się poglądowi, że naogół ilość antytoksyn wzrasta z ilością toksyn. Reize potwierdza uwagi Hoffmana, przytaczając jako przykład pewne małżeństwo, gdzie u męża przy słabych objawach kiły wystąpił odczyn Wassermanna, a u żony przy silnych nie wystąpił. Łowieniecki zwraca uwagę, że i przy odczynie Calmettea w przypadkach posuniętej gruźlicy otrzymujemy często ujemne wyniki. Obniski przyłącza się do zdania Łążyńskiego, że doniosłość odczynu Wassermanna jest większa, niż to podaje Reize, gdyż w tych przypadkach, gdzie dotychczas przy stosowaniu leczenia swoistego rozpoznawano chorobę »et juvantibus et nocentibus«, dzisiaj będziemy mogli iść więcej naukową drogą. Reize zgadza się z Obniskim, tylko ostrzega, że jedynie

krytyczne i przedmiotowe zachowanie się względem metody Wassermanna da możność stworzenia z niej niezawodnego środka rozpoznawczego. Studziński zapytuje, jak prędko po przeprowadzeniu swoistego leczenia występuje na nowo odczyn Wassermanna. Reize odpowiada, że ta sprawa jest dotychczas za mało wyjaśniona. W przypadkach autora odczyn znikł po energicznem stosowaniu wstrzykiwań rtęciowych. Makowski zapytuje, dlaczego oprócz dodatnich i ujemnych wyników odczynu Wassermanna występują wątpliwe, czy to są wady techniczne i czy mogą być usunięte? Modrzewski odpowiada, że wątpliwymi przy odczynie Wassermanna, nazywamy takie wyniki, przy których nie wszystkie użyte do odczynu krwinki uległy hemolizie. Zależeć to może od związania przez antygen amboceptor (0·2) tylko pewnej części użytego do doświadczenia komplementu (0·1). Może to nasuwać przypuszczenie, że używane tu dotychczas ilościowe normy nie są jeszcze bez zarzutu i wymagają pewnych poprawek. Waryński zaznacza, że odczyn Wassermanna obecnie jeszcze nie może odpowiedzieć nam na wiele pytań z syfilidologii i wymaga jeszcze dalszych spostrzeżeń i badań. Z punktu widzenia teoretycznego można zrobić zarzut co do swoistości odczynu, gdyż odczyn udawało się wywołać przy stosowaniu nietylko wyciągu z narządów kiłowych, lecz również przy stosowaniu wyciągów narządów niekiłowych (Elias, Neubauer, Porges, Salomon), lecytyny, kwasów żółciowych (Levaditi) i ich soli, nareszcie mydła (Sachs) i wody przekroplonej. Z punktu widzenia klinicznego nie zostały jeszcze obalone spostrzeżenia dodatniego odczynu Wassermanna przy płonicy (Eichelberg i Much), przy framboezyi podzwrotnikowej (Hoffmann i Blumenthal), u zwierząt przy kile końskiej (Landstein). Na podstawie tego ostatniego spostrzeżenia powstała nawet teorya, że wogóle choroby, wywoływane przez pierwotniaki, dają jednakowe zmiany w surowicy. Nareszcie otrzymywano dodatni odczyn Wassermanna przy gruźlicy, cukrzycy i niektórych nowotworach. Następnie przytoczył Waryński wyniki prac Malinowskiego i Serkowskiego na podstawie badań 145 przypadków, a na zakończenie wskazał na parę przypadków, dowodzących, że ujemny wynik odczynu Wassermanna nie stanowi jeszcze o braku kiły, skąd wniosek, że tymczasem powinniśmy się z pewnemi zastrzeżeniami kierować tylko dodatnim wynikiem. Reize odpowiada, że to, co mówił Waryński, znalazło uwzględnienie w wykładzie prelegentów. Co do przypadków kazuistycznych, to i on może podobny przytoczyć i dlatego też prelegenci nadają znaczenie tylko dodatnim wynikom odczynu. Modrzewski jeszcze raz zaznacza, że metody precypitacyjne (Klausner, Wernic) nie mają nic wspólnego z metodą wiązania komplementu. Odczyn ujemny, jak to podkreślają wszyscy badacze, nie wyłącza kiły i nie pozbawia prawa do rozpoznawania sprawy »ex juvantibus«.

3. B. Kozłowski przedstawia preparat **słoniowaciny moszny.** Chory 37-letni podaje w wywiadach, że przed 20 laty ukąsił go pies w nogę, poczem obrzękła noga i moszna. Przy badaniu: moszna wielkości dwóch pięści, obrzęk napletka, stulejka. Na mosznie dwie przetoki, przez które wydziela się mocz, odchodzący także przez cewkę, ale z trudnością. Operacya stulejki (obrzezanie). Cewnika do pęcherza wprowadzić nie było można. Przetoki moszny rozcięto i wytamponowano. Chory zjawił się po 12 latach z olbrzymio powiększoną moszną (ważyła po odcięciu 18 klg.), sięgającą niżej kolan. Cewka moczowa niedrożna, na mosznie 3 przetoki: w górze, w dole i z boku, przez które wydziela się mocz. Skóra słoniowato zmieniona. Operacya trwała 3 godziny (użyto morfiny 0·01 i chloroformu 20·0). Oddzielenie moszny z przodu, oddzielenie prącia i odcięcie moszny z tyłu. Rekonstrukcya krocza i wprowadzenie cewki moczowej do zrobionego w niem otworu. Pole operacyjne zalewała limfa. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Część pozostawionej schorzałej skóry obumarła. Mocz dłuższy czas był zasadowy, zawierał ropę i wałeczki, ale stopniowo się oczyścił. Zdrowienie trwało 2 miesiące. Badanie drobnowidowe wyciętych tkanek wykazało przerost tkanki łącznej. Sekretarz: *A. Januszkiewicz.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 11. IV. do 17. IV. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Markowa 2, Sołotwina 6), Brzeżany (Kuropatniki 5), Buczacz (Krasiejów 2), Czortków (Bazar 7), Horodenka (Czortowiec 10, Żywaczów 2, Obertyn 1, Tyszkowce 3), Jaworów (Sarny 18), Kołomyja (Siemakowce 1, Gwoździec stary 4), Kosów (Chomczyn 1), Mościska (Czerniawa 1, Małnów 3, Małnowska wola 1), Skałat (Żerebki król. 1, Hlebów 1, Zarubińce 1, Kaczanówka 1, Sorucko 2), Śniatyn (Trościaniec 10), Tarnobrzeg (Nadbrzezie 4), Tarnopol (Konopkówka 1), Zborów (Jarczowce 1), Żółkiew (Batiatycze 7). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 11. IV. do 17. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4, płonicy 17 † 1 (w tem obcych 4 † —) odry 2 (1), duru brzusznego 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. IV. do 17. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 3 † —) płonicy 4 † 1 (— † 1) *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 21. IV. b. r. posiedzenie, na którem prym. Dr Borzęcki przedstawił przypadki świerzbiączki u rodzeństwa, Prof. Kostanecki preparat uchyłka w dołku nagłośni i preparat macicy dwudzielnej, doc. Seńkowski imieniem komisyi przemysłowej konserwy fabryki p. Rożańskiego, które Towarzystwo uchwaliło zalecić, a Dr Frączkiewicz miał wykład o gryserynie. W dyskusyi przemawiali: Prof. Lewkowicz, Dr Korolewicz, doc. Chlumsky.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

W Nrze 15 »Przeglądu lek.« z 10. IV. b. r. umieszczono w Wiadomościach bieżących doniesienie o Wystawie balneologicznej, która ma się odbyć w lecie b. r. w Zakopanem.

Wystawy tej w tym roku nie urządzamy. Był wprawdzie projekt zwołania Zjazdu balneologicznego do Zakopanego i urządzenia w tym czasie Wystawy, z powodów jednak od nas niezależnych postanowiliśmy odłożyć tę sprawę do przyszłego letniego sezonu.

Dr Józef Żychoń, lekarz stacyi klimatycznej.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Stella Schornstein-Rose, rodem z Nowego Sącza.

Lwów. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-gal. w d. 7. IV. 1909 rozpatrywano szczegółowo sprawę zatargu lekarzy z Kasą chorych w Tarnopolu i uchwalono zwrócić się niezwłocznie z przedstawieniem sprawy do Namiestnictwa; dalej przyjęto do wiadomości, że rekurs Izby do ministerstwa w sprawie zatargu z Kasą chorych w Drohobyczu przeprowadza adwokat; uznano za niesłuszne zażalenie Dra L. w P. na zamianowanie drugiego lekarza w Kasie chorych, (ponieważ płaca Dra L. pozostała takasama, a ustanowienie drugiego lekarza w Kasie jest ułatwieniem pracy lekarzy); w końcu zatwierdzono taryfę lekarską dla Janowa koło Lwowa i załatwiono kilka spraw drobniejszych.

— Prezesem Towarzystwa ratunkowego wybrany został Dr E. Stroynowski, sekretarzem Dr Fels, skarbnikiem Dr Rubin, gospodarzem Dr Kruszyński.

— Miejska komisya sanitarna uchwaliła na posiedzeniu w d. 18. IV. b. r. zwinąć posady lekarzy epidemicznych, ustanowionych na czas epidemii płonicy, przedstawić Wydziałowi krajowemu pisemnie i przez osobną deputacyę konieczność przyspieszenia budowy krajowego szpitala zakaźnego we Lwowie, poprzeć u zarządu miasta prośbę »Towarzystwa walki z gruźlicą« o udzielenie kilku morgów lasu miejskiego na »stacyę leśną«, wreszcie wydała opinię w sprawie kontroli dezynfekcyi w szkołach miejskich.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie ogłosiło w VIII. Zeszycie swych wydawnictw sprawozdanie za pierwszy rok (20. VI. 1907 do 30. VI. 1908). Wydział matematyczno-przyrodniczy liczył 39 członków, a odbył 5 posiedzeń, na których z dziedziny biologii przedstawiono 6, z innych działów 14 prac. Dochody Towarzystwa wynosiły 7657·20 rb. (w tem dar Prof. Baranowskiego 5000 rb.), wydatki 604·88 rb. Towarzystwo wydaje »Sprawozdania z posiedzeń« w zeszytach miesięcznych w 500 egzemplarzach. Obecnie ogłosiło 3 konkursy na prace naukowe z nagrodą po 1000 rb. (Wydział III. ogłosił konkurs z zakresu mineralogii).

— Towarzystwo higieniczne ogłosiło w Zesz. 4. »Zdrowia« sprawozdanie swe za rok 1908. Z kroniki Towarzystwa należy wymienić: zawiązanie oddziału weterynaryjnego, przygotowanie do założenia oddziału w Sosnowcu, założenie biura informacyjnego zdrojowisk krajowych, zorganizowanie komitetu badania i zwalczania raka, Zjazd balneologiczny w Ciechocinku, przygotowania do wystawy przeciwalkoholicznej, do organizacyi Towarzystw higieny publicznej w małych miejscowościach i t. p., a przedewszystkiem Zjazd higieniczny w Lublinie, przygotowania do Zjazdu w r. 1909 w Częstochowie, oraz do zbudowania tamże stałego muzeum higienicznego, wreszcie otwarcie sanatoryum w Rudce. Z Wydziałów Tow. odbył Wydział biologiczny posiedzeń 6 (z 6 wykładami), Wydział higieny miast i mieszkań 4 (4), przeciwalkoholiczny 1 (1), higieny ludowej 2 (1), higieny szpitali 4 (5), higieny wychowawczej 8 (10), higieny zdrojowisk urządził odczytów 14. Towarzystwo liczyło 461 członków, a miało 3550 rb. dochodu, 3489 rb. wydatków. Wydawnictwo miesięcznika »Zdrowie« kosztowało w r. 1908 1945 rb. Bilans sanatoryum w Rudce zamyka się kwotą 241.024 rb., projekt budżetu sanatoryum na r. 1909 przewiduje 43.020 rb. dochodu, a 43.750 rb. wydatków (niedobór 780 rb.). Również imponująco przedstawia się działalność zarządzanych przez Towarzystwo Ogrodów im. Raua i Instytutu im. Lenvala. W 9 ogrodach im. Raua oprócz zabaw ruchowych najróżniejszego typu, udzielano gimnastyki, uczono pływania, odbywała się ślizgawka i dawano kąpiele. Ogrodami kierował zawodowo wykształcony personal, liczący w zimie 38, w lecie 78 osób. Ogółem było »uczęszczań« 780.582 (w r. 1907 — 565.785), dziennie więc korzystało z ogrodów średnio (przez cały rok) prawie 2200 dzieci. Jedno »uczęszczanie« kosztowało średnio 2,2 kopiejek; wydatki wyniosły 20,154 rb., majątek Ogrodów wynosi 330.301 rb. W Instytucie Lenvala udzielano porad lekarskich i higienicznych, zabiegów higienicznych, wydawano mleko (»Kropla mleka«), urządzano pogadanki higieniczne. O zakresie pracy Instytutu dadzą wyobrażenie następujące liczby: wydano 37.140 kąpieli, udzielono 6325 porad lekarskich, wydano 141.693 flaszeczek mleka pasteryzowanego. Niestety środki Instytutu są niewystarczające: przy wydatkach 7783 rb., był w r. 1908 niedobór 1723 rb. (pokryty z wyczerpującego się już fundusiku zapasowego, zaoszczędzonego przy budowie gmachu Instytutu), a na r. 1909 przewidywany jest niedobór 2540 rb.; w r. 1910 zagraża nawet Instytutowi po wyczerpaniu się wszelkich zapasów — zamknięcie!

Działalność prowincyonalnych oddziałów Towarzystwa była niejednomierna. Najsłabiej rozwija się, jak się zdaje, oddział otwocki (34 członków — 57 rb. z wkładek) i kujawski (37 członków — 517 rb. dochodu), chociaż podnieść należy, że oddział kujawski urządził 9 odczytów (oprócz 3 posiedzeń Wydziału biologicznego). Oddział kaliski miał 108 członków, urządził 5 odczytów, prowadził »Kroplę mleka«, (wydano 2011 l. mleka 40 dzieciom), kolonie letnie (56 dzieci), zabawy dziecięce (średnio 50 dzieci dziennie), kąpiele (4433). Oddział lubelski miał 171 członków, prowadził »Kroplę mleka«, systematyczne wykłady higieniczne, a przedewszystkiem zajęty był urządzeniem wystawy higienicznej i Zjazdem. Oddział łódzki liczył 316 członków, urządził 16 odczytów, wydawał broszury i plakaty popularne, zorganizował walkę z cholerą. Wreszcie oddział częstochowski miał 104 członków, urządził 5 popularnych odczytów, utworzył pracownię bakteryologiczną i zajmował się energicznie sprawami muzeum higienicznego.

Potężniejąca mimo bardzo trudnych warunków działalność warszawskiego Towarzystwa higienicznego, budzi otuchę na przyszłość, a nasuwa życzenie, aby i w Galicyi działające pokrewne Towarzystwa zdołały przełamać obojętność społeczeństwa wobec spraw higienicznych.

Na Walnem zebraniu w d. 19. 4. b. r. wybrano członkiem honorowym Towarzystwa Dra Henryka Dobrzyckiego. Do Rady Towarzystwa zostali wybrani: Dr K. Chełchowski, W. Dąbrowski i O. Hewelke i mag. M. Białobrzeski.

Z różnych stron. Projekt obowiązkowego szczepienia krowianką w Rosyi, opracowany przez główny urząd lekazski, będzie zapewne, jak przypuszcza »Gazeta lek.« (15) znowu pogrzebany, ponieważ władze administracyjne gubernialne nadesłały opinie, przeważnie nieprzychylne.

— Teraźniejszy sposób przyjmowania do Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, a mianowicie wybieranie kandydatów z najlepszymi stopniami w świadectwie dojrzałości, ma być zmieniony na przyjmowanie na zasadzie egzaminów konkursowych. *S.*

— Brak publicznego nadzoru nad zakładami dla umysłowo-chorych, jakoteż łatwość umieszczania w nich osób rzekomo chorych doprowadzają w Anglii do różnych nadużyć; dowodem tego jest zdarzenie, którego ofiarą padł pewien znany chirurg w Londynie. Wskutek wytężonej pracy popadł on w stan podniecenia, a z polecenia żony zbadany przez dwóch lekarzy, umieszczony został na zasadzie ich opinii w domu zdrowia z rozpoznaniem zniedołężnienia poraźnego. Tu wypuszczono mu nawet płyn mózgowo-rdzeniowy dla zbadania. Nareszcie po 4 tygodniach udało się przyjaciołom uwolnić go z zakładu. Naturalnie przez zajście to stracił biedak całą klientelę. *X.*

Mianowani: Dr Iljin profesorem chemii lek. w Akademii wojskowo-lek. w Petersburgu, Prof. Stern z Wrocławia dyrektorem kliniki lekarskiej w Gryfii, Prof. Krause z Jeny dyrektorem polikliniki lek. w Bonn, Prof. Dürck z Monachium profesorem anatomii patol. w Bonn.

Zmarli: Chirurg Prof. Woskreseński w Charkowie; otyatra Prof. Haug w Monachium; Dr Karol Kobryniec w Wysokiem Litewskiem.

Redakcya otrzymała: Fontes: Untersuchungen üb. d. chemische Natur der den Tuberkelbacillen eigenen Fett- und Wachsarten etc. »Ctbl. f. Bakt.«, 1909. — Prowazek i Beaurepaire: Untersuchungen üb. d. Variola. »Münch. med. Wochs.«, 1908. — Prowazek: Studien zur Biologie der Zellen. »Biol. Ctblt.«, 1908. — Ciechanowski i Gliński: O wrodzonych przetokach przełykowo-przełykowych. Akad. Um., 1909. — J. Jelinek: Exstrophia vesicae urinarine. Odb. »Cas. lek. cesk.«, 1908. — T Praschil: Truskawiec w Galicyi. Wyd. III. Drohobycz, 1909. — Opolski: Myokerosis angiotica haemorrhagica, nowa postać skazy krwotocznej. Lwów, 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 28. kwietnia 1909 o g. 6 wieczór w klinice lekarskiej** (Kopernika 15). Na porządku dziennym: 1) Prof. Jaworski i Dr Korolewicz: Opsoniny w schorzeniach gruźliczych i technika ich badania (z demonstracyami).— 2) Przedstawienie chorych klinicznych.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 1. maja 1909. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu farmakologicznego Uniwersytetu lwowskiego.

Nowe ciało w ustroju, podnoszące ciśnienie krwi.

Na podstawie badań wyciągów z grasicy, mózgu, gruczołu tarczowego, trzustki i ślinianek

podał

Prof. Dr L. Popielski.

Podczas badań nad fizyologicznemi własnościami wyciągów z narządów zauważyłem, że w tych przypadkach, w których ciśnienie krwi obniżało się tylko mało i na krótki przeciąg czasu, następnie występowało wzmożenie ciśnienia krwi. Zjawisko to przy stosowaniu możliwie oczyszczonej wazodilatyny, otrzymanej z narządów, nie występowało więcej. Należało więc wnosić, że następne podnoszenie się ciśnienia krwi nie zależy od wazodilatyny, ale jest związane z obecnością w narządach osobnego ciała. Przy pewnych warunkach, na których w tej chwili zatrzymywać się nie będę, wazodilatyna rozpada się w wyciągach z narządów, a wtedy wprowadzenie do krwi wyciągu wywołuje tylko wybitne wzmożenie ciśnienia krwi.

To właśnie następowało przy użyciu wyciągu z grasicy. Wyciąg z tego narządu przygotowany na wodzie i 0,36% HCl, wywoływał już w nieznacznej ilości (HCl i wody dodawałem tyle, ile ważyła wzięta grasica) ogromne wzmożenie ciśnienia krwi, przyczem najpierw występowało przyśpieszenie (w 20-ej sek. 14 uderzeń zamiast 6 uderzeń w normie za 5″) uderzeń serca, a następnie w okresie podniesionego ciśnienia występowały duże i rzadsze uderzenia. W 90-ej sekundzie częstość uderzeń powracała do normy, a wysokość uderzeń wynosiła n. p. 19 mm., zamiast 15 mm. w normie. Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić w 10—15″ — powoli, dochodzi do maximum w 90″, utrzymuje się na tej wysokości kilka sekund i powoli w ciągu kilkunastu minut powraca do normy. Jako klasyczna ilustracya do wyżej powiedzianego może posłużyć Fig. 1, która przedstawia część krzywej ciśnienia krwi naturalnej wielkości. W tem miejscu, gdzie dolna linia podnosi się, wprowadzono do żyły udowej psa wagi 4800,0 z przeciętym rdzeniem kręgowym pod przedłużonym, 5 cm³ rozczynu ciała, przygotowanego w następujący sposób: Kwaśny wyciąg (na 0,36% HCl) w grasicy po zobojętnieniu odparowano do sucha w szalce Hofmeistra z piaskiem. Sproszkowaną suchą pozostałość wyciągnięto wyskokiem absolutnym i strącono rozczynem sublimatu w wyskoku absolutnym. Strąt sublimatowy rozłożono H_2S, zobojętniono i 5 cm³ wprowadzono do żyły udowej. Na krzywej widać, że ciśnienie krwi podniosło się z 40 mm. Hg do 106 mm. Hg. W okresie podnoszącego się ciśnienia krwi za 5″ mamy 14 uderzeń serca zamiast 6 uderzeń w normie. Ciała mineralne nie były przyczyną opisanego zjawiska, gdyż po spaleniu i rozpuszczeniu w wodzie, nie otrzymywałem żadnego podnoszenia się ciśnienia krwi. Ciało więc to należy do szeregu ciał organicznych. Z wyciągu, odparowanego do sucha, wyskok absolutny wyciąga to ciało całkowicie. Z wyskokowego rozczynu rozczyn wyskokowy sublimatu strąca to ciało. Octan ołowiowy obojętny nie strąca go. Również **nie strąca go kwas fosforowolframowy** tak, że zapomocą tego odczynnika można oddzielić je od wazodilatyny, która się kwasem fosforowolframowym strąca. Również nie strąca się to ciało chlorkiem platynowym w rozczynach wyskokowych. Zapomocą bezwodnego eteru z dokładnie wysuszonego wyciągu nie można tego ciała wyciągnąć, jak również nie można go strącić z wyskokowych i wodnych rozczynów nawet przy bardzo wielkim nadmiarze eteru (1:5—6).

Przy gotowaniu i odparowywaniu, przynajmniej w rozczynach zasadowych, obojętnych i słabo kwaśnych, ciało to nie ulega rozpadowi.

Początkowo zadawałem sobie pytanie, czy nie chodzi tu o zasady purynowe, których w grasicy znajduje się dużo. Zachowanie się względem kwasu fosforowolframowego odrazu wskazywało, że ciało to nie należy do zasad purynowych, jak również, że nie jest choliną.

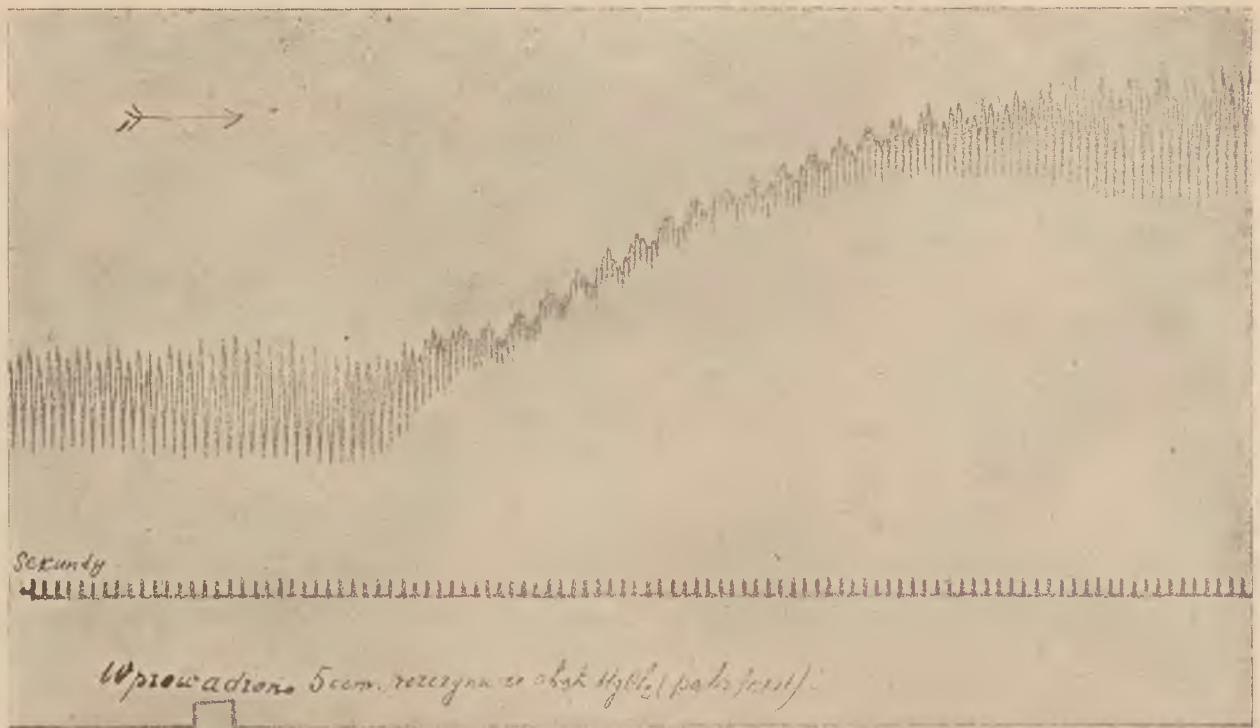
Bardzo ważnym dla charakterystyki tego ciała okazał się mechanizm podnoszenia ciśnienia krwi.

Ciśnienie krwi podnosi się po przecięciu rdzenia kręgowego pod przedłużonym i po przecięciu nn. trzewnych: podniesienie ciśnienia krwi jest więc pochodzenia obwodowego. Obwodowe działanie tego ciała jest jednak zupełnie inne, aniżeli adrenaliny.

Jeżeli przypuścić, że obwodowy narząd naczynioruchowy składa się z zakończeń nerwów naczynioruchowych i mięśni gładkich, to w takim razie zachodzi pytanie, na które z tych dwóch miejsc działa nasze ciało? Analiza fizyologiczna znacznie się upraszcza przy pomocy wazodilatyny. Przy jednoczesnem wprowadzaniu z naszem ciałem wazodilatyny, początkowo zawsze występuje tylko obniżenie ci-

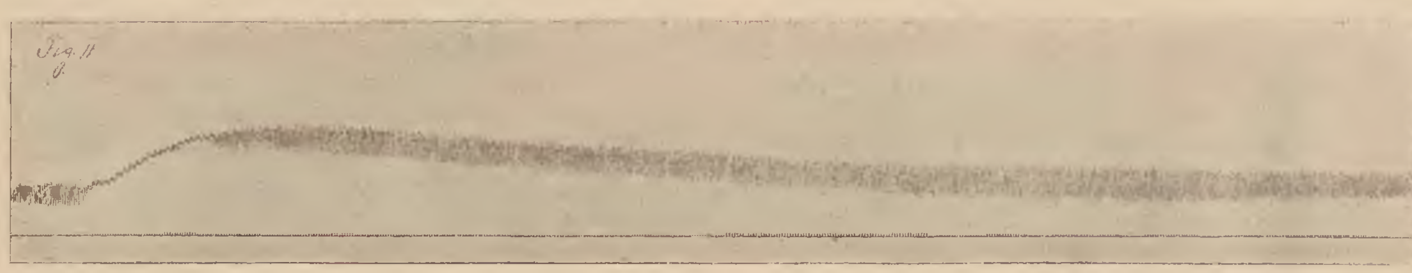
śnienia krwi, które jednak podnosi się, jeżeli naszego ciała użyjemy w nieco większej ilości. Jeżeli ciśnienie krwi podnieść zapomocą naszego ciała, to wprowadzenie wazodilatyny obniża ciśnienie krwi natychmiast. Zupełnie inaczej zachowuje się względem wazodilatyny adrenalina, która zawsze w obecności wazodilatyny podnosi ciśnienie krwi.

Otóż zachodzi pytanie, na którą z tych dwóch części obwodowego narządu naczynioruchowego działa nasze ciało? kowy jelit. Następnie wprowadzenie adrenaliny wywołuje natychmiast podwyższenie parcia krwi. Ponieważ wiemy, że części porażone nie mogą natychmiast przejść w stan podniecenia, więc oczywiście musimy wyłączyć przypuszczenie, żeby adrenalina działała na te same części, które przez pepton Witte zostały porażone. Stąd należy wnosić, że adrenalina działa na części, położone więcej ku obwodowi, a więc na mięśnie gładkie, zaś pepton Witte na zakoń-



Na to pytanie postaram się dać odpowiedź, trzymając się ściśle faktów i istniejących w nauce poglądów.

Niewątpliwie pewien udział w podnoszeniu ciśnienia krwi bierze także i serce, gdyż początkowo występuje chwilowe przyśpieszenie uderzeń serca, a następnie, jakkolwiek częstość uderzeń serca powraca do normy, to jednak wahania tętna są znacznie większe. Co do znaczenia serca w podnoszeniu parcia krwi, to pozwolę sobie powołać się na czenia nn. trzewnych. Ponieważ nasze ciało nie podnosi ciśnienia krwi w obecności wazodilatyny, stąd więc mogę wnosić, że działa ono na te same miejsca, na które porażająco działa wazodilatyna. Czyniąc ten wniosek[1]), ściśle trzymam się poglądu, że obwodowy narząd naczynioruchowy składa się tylko z dwóch części. Gdyby jednak przyjąć, że na obwodzie mamy jeszcze jeden narząd nerwowy w postaci zwojów, w takim razie moje ciało mogłoby



pracę moję: »Ueber die Wirkungen des Chlorbaryums, Adrenalin und Pepton Witte auf die peripherischen vasomotorischen Nervenapparate«. (Schmiedeberg-Festschrift. Arch. für exp. Pathol. u. Pharm. T. LVI, S. 437).

Jeżeli obniżyć ciśnienie krwi zapomocą wazodilatyny (choćby w postaci peptonu Witte), to wtedy podrażnienie obwodowego końca nn. trzewnych nie daje żadnego podwyższenia ciśnienia. Ten wynik może zależeć albo od tego, że wazodilatyna poraziła zakończenia nn. trzewnych, albo też poraziła więcej ku obwodowi położone mięśnie gładkie w naczyniach. O porażeniu mięśni gładkich nie można mówić dlatego, że jednocześnie występuje silny ruch robaczdziałać jeszcze na tę część zwojową. W każdym razie można przyjąć za fakt, że znalezione przezemnie ciało działa

[1]) Wniosek ten wydaje się sprawozdawcy mojej pracy: »Ueber die Wirkungen des Chlorbaryums, Adrenalin und Pepton Witte auf die peripherischen vasomotorischen Apparate« (Arch. f. exp. Path. und. Pharm., Schmiedeberg Festschrift, Tom LVI, S. 437), Franzowi Müllerowi (Berlin) w »Zentralblatt für Physiologie« T. XXII., S. 831, »allerdings durchaus nicht ueberzeugend«. — Ja nie wiem, jakiego poglądu trzyma się Franz Müller, w każdym razie muszę zaznaczyć, że mój pogląd, oparty na faktach i nie przeczący faktom, jest więcej zbliżony do prawdy, aniżeli pogląd, że adrenalina drażni zakończenia nerwów zwężających, tem bardziej, że mój pogląd znajduje potwierdzenie w anatomicznym fakcie, znalezionym przez Hamburgera, że po przecięciu nn. współczulnych na szyi, kiedy włókna tego

drażniąco na nerwowy narząd naczynioruchowy obwodowy.

Ciało o takich samych własnościach chemicznych i fizyologicznych znalazłem oprócz w grasicy także w mózgu i trzustce. Wyciągi z gruczołu tarczowego, z ślinianek wtenczas, kiedy wazodilatyna w nich się rozpadła, dawały mi takie same podnoszenie ciśnienia krwi. Jednak wyciągów tych nie poddawałem wspomnianym badaniom chemicznym. Tylko co rozpoczęte badania nad krwią pozwalają przypuszczać obecność tego ciała także w morfotycznych elementach krwi.

Stąd można z pewnem prawdopodobieństwem przypuszczać, że ciało to, podobnie jak wazodilatyna, znajduje się we wszystkich narządach naszego ustroju. Na podstawie niektórych danych, a mianowicie z jednej strony chemicznych, a następnie na podstawie krzywej ciśnienia, przytoczonej w pracy J. E. Abelousa i E. Bardiera[2]) można wnosić, że ciało to przechodzi do moczu.

Ponieważ ciało, znalezione przezemnie w narządach, jest nadzwyczajnie podobne do ciała, znalezionego w moczu przez wspomnianych autorów, przeto nie chcąc wprowadzać zupełnie nowej nazwy, utrzymuję dla mojego ciała nazwę »wazohypertensyny«, podobną do urohypertensyny Abelousa-Bardiera. Dalsze badania moje nad tem ciałem są w toku. Dodam tylko, że ciało to w ilości 0,005 na 1 kg., oczywiście w stanie niezupełnie czystym, podnosi w wybitny sposób ciśnienie krwi.

Ponieważ w obecności wazodilatyny ciało przezemnie znalezione nie przejawia swojego działania, więc tem należy sobie tłómaczyć, że przy badaniu wyciągów z rozmaitych narządów uchodziło ono uwagi uczonych. Należy zaznaczyć, że Heinatz przy badaniu soku z gruczołu tarczowego widział tylko podnoszenie się ciśnienia krwi, przyczem najpierw występuje przyspieszenie uderzeń serca, t. j. widział zjawisko, opisane, a przezemnie wyżej przedstawione na Fig. 1.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. Dra W. Jaworskiego.

O wartości leczniczej surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.

Na podstawie doświadczeń poczynionych w klinice lekarskiej Uniw. Jag. w roku 1907/8.

Podał
Dr Stanisław Szurek,
asystent kliniki.

(Dokończenie).

XII. M. G. l. 32 krawczyni, przyjęta 10/4 908 z rozp.: *Infiltratio apicum, tuberculoma regionis interarythenoideae operatum.* Początek choroby przed 2 laty dreszczami, potami rozpływnymi, gorączką dosyć wysoką, kaszlem uporczywym; leczona w tutejszej klinice, czuje znaczną po miesiącu poprawę, a po wyjeździe na wieś traci chrypkę. W lutym b. r. ponownie chrypka, dreszcze i poty, dwukrotne skrobanie krtani. Przedmiotowo: ciepłota między 36·9 a 39·5, tętno 112, mocz z śladem białka bez odczynu dwuazowego, waga 41·800, prątki +. Dn. 24/11 wypuszczona, przyjęta zostaje chora ponownie 4/11 w stanie niezmienionym. Dn. 8/11 pierwsze wstrzyknięcie M. S. 5 cm^3 w pośladek, bez odczynu. 10/11 drugie wstrzyknięcie, kaszel, chrypka, poty, ciepłota w. 39·3, tętno 96, łaknienie dobre, kilka stolców płynnych. 12/11 trzecie wstrz. podskórne, kaszel mniejszy, poty jak zwykle, tętno 96, ciepłota 39·3. 13/11 ciepłota 39·0, tętno 108, ból głowy, kłucie w boku lewym, odczynu brak, osłabienie duże. 14/11 czwarte wstrz., ciepłota 38·6, tętno 92, silny kaszel, ból głowy, trochę dreszczy, kłucia brak. 15/11 bezsenność, silny kaszel, poty, ciepłota w. 39·4, tętno 108, osłabienie. 16/11 piąte wstrz. M. S., ciepłota 38·4, tętno 104, chrypka nieco mniejsza, ogółem czuje się lepiej. 17/11 odczynu brak, kaszel i poty mniejsze, chora czuje się znacznie lepiej, ciepłota najwyżej 38·9. 18/11 szóste wstrz., łaknienie znacznie lepsze, stolec raz dziennie, kaszel mniej dokuczliwy, tętno 108, ciepłota w. 38·6; 19/11 chora czuje się znacznie lepiej, niż dni poprzednich, ciepłota dochodzi do 39; siódme wstrz., ciepłota w. 49·1. 22/11 ósme wstrz., sen zły, ból głowy, silny kaszel, odczynu brak, chrypka bez zmiany, ciepłota 38·6. 24/11 dziewiąte, a 26/11 dziesiąte wstrz. podskórne, ciepłoty w. 39 a nawet 39·2. Od 27/11 do 14/12 przerwa dwutygodniowa, ciepłoty między 36·8 a 37·4, prątki + (w znacznej ilości), ciężar ciała 41·000, w moczu 1‰ białka, odczyn dwuazowy wyraźny, we krwi c. b. 6400, c. cz. 3,700.000, Hb. 40%; sen zły, dreszcze, poty, kłucie w boku prawym, bole głowy, kaszel i ogólne osłabienie, chrypka. Dn. 13/12 nieznaczna poprawa, kaszel mniejszy, odpluwanie skąpsze, bole głowy rzadsze, poty bardzo rzadkie, od 4 tygodni lekkie obrzęki dokoła kostek. Głos słaby, cichy, ochrypły. Stan płuc gorszy: po prawej z tyłu przytłumienie od góry do dołu, ze szmerami oskrzelowymi w szczycie, po lewej przytłumienie aż do dolnego kąta łopatki. Dn. 15/12 rozpoczęto drugą seryę wstrzykiwań podskórnych; 16/12 chora czuje się lepiej, ciepłota w. 38·7; 17/12 drugie wstrz. bez odczynu; 18/12 stan podmiotowy lepszy, głos również lepszy, ciepłota 37/7; 19/12 trzecie wstrz., stopy więcej obrzękłe, tętno gorzej napięte, ciepłota w. 38·2; 20/12 obrzęki na stopach większe, zresztą stan podmiotowy dobry, miejsca wkłucia nieco bolesne, ciepłota w. 38. 21/12 czwarte wstrz., ciepłota 37·2, w jamie brzusznej nieco płynu wolnego; 22/12 ogromne osłabienie ogólne, stolec o charakterze czerwonkowym, tętno szybkie, nikłe, słabo napięte, ciepłota w. 37·7; 23/12 osłabienie jak wyżej, obrzęki na goleniach i stopach wielkie, stolce czerwonkowe, apatya, ciepłota 38·4. Wobec ogromnego osłabienia wstrzymano dalsze wstrzykiwania. Ostatni ciężar 44.000, w moczu odczyn dwuazowy, bardzo wyraźny, białko obecne, a pod drobnowidem nieliczne ciałka czerwone, bardzo liczne wałeczki szkliste i ziarniste. 8/1 wśród postępujących obrzęków i słabnącej akcyi serca śmierć. Rozp. klin. przed śmiercią: *Phthisis pulmonum ac laryngis, ulcera intestinorum tuberc., tumor lienis minoris gradus, nephritis subacuta ex injectionibus seri antituberculosi Marmorek acquisista, anasarca, ascites.* Rozp. anatomiczne: *Tuberculosis pulmonum destructiva (cavernae tuberc. apicis pulm. sinistri et lobi superioris pulm. dextri, cavernae tuberc. recentes lobi medii et inferioris pulm. dextri). Tuberculosis caseosa nodosa disseminata pulmonum. Synechiae pleurales ambilaterales in regione apicum. Hypoplasia arteriarum. Atrophia fusca cordis. Ulcera tuberculosa intestinorum pauca. Amyloidosis disseminata lienis (sago), amyloidosis renum. Anasarca extrem. inf. utriusque. Ascites medii gradus.*

XIII. W. O. 22, słuch. uniwersytetu, przyjęty 5/3 z rozp.: *Lymphomata colli et axillae in ind. c. apicitide sin.* Od lat dziecięcych powiększone gruczoły szyjne po stronie lewej; od 4 lat powiększenie się ich znaczniejsze a nadto macalność gruczołów po stronie prawej, nieco później powiększenie nieznaczne gruczołów pachwinowych zwłaszcza po stronie lewej, od 2 lat twarde, niebolesne guzki popod prawą pachą, a od 2 miesięcy guzek poza lewym kątem szczęki dolnej; skłonność do zaziębień, częste nieżyty nosa i bole gardła; od 2 lat nieregularne dreszczyki wieczorne i wzniesienia ciepłoty, nadto silne bole głowy; od szeregu lat wzmożone pocenie się, które w ostatnich czasach się spotęgowało. Dziedziczności brak. Przedmiotowo: ciepłota między 36·6 a 37·4, tętno 80, ciężar ciała 52.000, prątki —, krew: c. b. 9400, c. cz. 5,168.000, Hb, 66%, mocz bez białka, bez odczynu dwuazowego. Od 9/3 lawatywy M. S. po 5, później 10 cm^3 do 19/3. Po ostatniej lawatywie stan ogólny lepszy, chory silniejszy, poty mniejsze, łaknienie dobre, ciepłota waha się w tych samych granicach. Dn. 21/3 chory opuszcza klinikę z poleceniem

---

nerwu uległy zwyrodnieniu, adrenalina swoją drogą wywołuje zwężenie naczyń krwionośnych spojówki, a pepton Witte nie wywołuje już więcej ich rozszerzenia.

[2]) Journal de Physiologie et de Pathologie générale, T. XI, P. 35, 1909 (Janvier).

dalszego robienia lawatyw w domu. Już w czasie drugiej seryi stwierdzić można pomniejszenie się niektórych gruczołów. W czasie trzeciej seryi zmniejszenie to staje się jeszcze wyraźniejsze, przynajmniej w niektórych gruczołach, inne są niezmienione co do wielkości, a to pomniejszenie czuje i potwierdza nawet chory. Oczywiście, że zmniejszanie się to nie zdołało doprowadzić ich do stanu pierwotnego. Ogółem zużył chory 280 cm³ M. S.

XIV. M. Z. l. 21, żona dróżnika, leczona ambulatoryjnie od 25/4 z powodu *lymphomata colli*. Od roku guz po stronie lewej w okolicy podszczękowej, w środku sino-czerwony, ze skórą zrośnięty, mało ruchomy, twardy, nierówny, zrazowaty, na jego powierzchni poniżej ucha zaczerwienienie sine, wielkości korony, strupkiem zaschłym i wydzieliną pokryte, popod strupkiem małe owrzodzenie. Wymiary gruczołów poziomo 10 cm³, pionowo 8 cm³. Gruczoły nadobojczykowe lewe twarde, niebolesne, powiększone do rozmiarów orzechów laskowych i włoskich. Zresztą niema zmian w żadnym narządzie, gorączki, dreszczów ani potów. Kiłę przebyła chora przed 3 laty. Od 25/5 codziennie lawatywy M. S. (5 m³) ambulatoryjne; chora znosi je dobrze i nie skarży się na żadne uboczne przypadły. Lawatyw tych dostała 3 serye po 15, między każdą piętnastką przerwą tygodniowa. Już w czasie drugiej seryi nieznaczne zmniejszenie się głównego guza; po seryi trzeciej guz stanowczo mniejszy, co sama chora przyznaje, więcej ruchomy. Ze względów kosmetycznych poradzono chorej doszczętne wyłuszczenie guza.

XV. M. K. l. 42, woźny, przyjęty dn. 5/5 908 z rozp. *Infiltratio apicis utriusque praec. sinistri, lymphomata colli.* Od roku powiększenie gruczołów szyjnych po stronie lewej, a od 4 miesięcy także i po stronie prawej, od 15 dni powiększenie gruczołów pachwinowych. Chory skarży się na osłabienie, dreszcze pod wieczór, poty nad ranem, kaszel nieznaczny z plwociną skąpą, łaknienie upośledzone, wstręt do mięsa. Dziedziczności brak. Przedmiotowo: ciepłota między 36·2 a 38·8, tętno 94 do 104, ciężar 51.000, prątki —, krew: c. b. 4000, c. cz. 3,976.000, Hb. 72%, mocz bez białka, bez odczynu dwuazowego. Dn. 10/5 pierwsza lawatywa (10 cm³) M. S., ciepłota doszła do 38·5, już po pierwszej lawatywie podmiotowo poczuł się chory znacznie lepiej i opowiada, że w pół godziny po lawatywie doznał przyjemnego wrażenia rozgrzania i wrażenia, jak gdyby mu sił przybyło, od 11/5 do 17/5 dalsze lawatywy, ciepłota między 36·2 a 38·9; chory podaje, że dreszcze stale się zmniejszają i stopniowo także zmniejszają się ostre bole brzucha, na które przedtem się skarżył. 18/6 lawatywa druga, dreszcze ustały, ostre bole w brzuchu zamieniły się w ciężkość po jedzeniu, toż samo ustały bole w nogach i krzyżach, po jedzeniu czuje się chory tylko osłabionym, ciepłota między 36·4 a 37·8. Od 19/5 do 21/5, dalsze lawatywy, które chory bierze z przyjemnością, ciepłota waha się między 36·3 a 38·4. 22/5 lawatywa czternasta; lawatywy wogóle wycieńczają trochę chorego, chory doznaje po nich większego osłabienia, ciepłota między 36/4 a 38/7. 24/5 chory dostał ostatnią lawatywę, ciepłota między 36·4 a 38·3. Ogółem otrzymał chory 150 cm³ M. S. w lawatywach. Stan chorego o tyle się poprawił, że jedyną jego skargą jest osłabienie i uczucie ciążenia w brzuchu, toż samo poprawiło się i łaknienie, ciepłota waha się ciągle między 36·0 a 37·5, a więc jest niższą od dotychczasowej, ciężar ciała 49.700. Dopiero od 9/6 ciepłota spada poniżej 37·0, podnosząc się tylko od czasu do czasu do 37·1 względnie 37·5. Z przybytkiem na wadze (1·5 kg.), w stanie znacznej poprawy, wolny od dolegliwości, opuszcza chory klinikę 24/6. Ten stan poprawy utrzymuje się aż po dzień dzisiejszy. Gruczoły powiększone pod wpływem lawatyw niewątpliwie zmalały, co nawet sam chory przyznaje, stały się więcej ruchome i zupełnie niebolesne.

XVI. L. K. l. 16, wyrobnik, przyjęty dn. 10/11 1908 z rozp.: *Lupus vulgaris.* W 6 roku życia obustronne powiększenie gruczołów szyjnych, a później zropienie, które po trzech latach się wygoiło, wkrótce potem wrzody na obu stopach i łokciach, przed 2 laty ognisko tocznia na lewej ręce a przed rokiem i na prawej, na twarzy toczeń jeszcze w 6 roku życia. Przedmiotowo: ciepłota dochodzi do 37·4, ciężar ciała 49.500, tętno 68 do 72, krew: c. b. 11.200, c. cz. 5,200.000, Hb. 60%, mocz prawidłowy. Palec mały ręki prawej przykurczony, na szyi popod szczęką dolną po obu stronach dwie duże blizny podłużne, żywo czerwone, z porozszerzanemi naczyniami, zgrubiałe, nierówne, wystające nad powierzchnię, z podstawą niezrośnięte; popod uchem prawem poza kością jarzmową niewielka, kształtu nerkowatego, zaklęśnięta, żółtawo-brunatna, powierzchowna blizna; na grzbiecie ręki prawej powyżej palca małego wyniosłość wielkości fasoli, twarda, bolesna, sino-czerwona, złożona z drobnych guzków, pokrytych łuskami; takie same nacieki na śródręczu palca wielkiego, a jeszcze większe na ręce lewej i na grzbiecie obu stóp; w górnej części przedramienia ponad kością łokciową prawą duża, owalna, cienka, miejscami sina blizna; na łokciu lewym blizna wielkości halerza, promienista, z kością zrośnięta; w połowie ramienia lewego, po stronie zewnętrznej blizna owalna, duża, cienka, blada, z promienisto na zewnątrz rozchodzącemi się kilkoma pręgami twardemi, grubszemi; od 13/11 do 3/12 10. wstrzyknięć po 5 cm³ MS. podskórnie bez odczynu miejscowego, bez podniesienia ciepłoty, przy stanie ogólnym bardzo dobrym; tak w czasie wstrzykiwań, jak i po wstrzykiwaniach, oprócz zaczerwienienia żadnej zmiany na owrzodzeniach wspomnianych stwierdzić nie było można. Od 17/12 do 12/1 maść z lanoliny z dodatkiem surowicy Marmorka w stosunku 2 : 1. Pod wpływem maści można było stwierdzić żywsze zaczerwienienie dna wrzodów bez żadnej bolesności. Po 3-tygodniowem stosowaniu tej maści, przykładanej na stałe co 24 godzin, można było zauważyć w obrębie mniejszych owrzodzeń stanowczą poprawę. Mniejsze owrzodzenia pomniejszyły się, a na obwodzie ich widać świeżo tworzący się naskórek, całkowitego jednak zabliźnienia mimo stosowania maści przez ciąg 4 tygodni nie można było osiągnąć. Natomiast w zakresie większego owrzodzenia na ręce prawej nie widać poprawy, owszem nawet pogorszenie; owrzodzenie to stało się nieco większe, miejscami głębiej powyżerane, odczyn jednak był wyraźny w postaci zaczerwienienia całego dna wrzodu, wydzieliny żółtawej, obfitszej, niż poprzednio, a i tu na obwodzie wrzodu można było zauważyć jakby tworzenie się świeżego naskórka. Dn. 12/1 1908 chory na własne żądanie opuścił klinikę.

A teraz zbierzmy spostrzeżenia te w całość, a nie będziemy mogli nazwać ich wyników zachęcającymi do dalszych prób i zadowalniającymi nasze wymogi lecznicze, jakkolwiek przyznać musimy, że materyał chorobowy, jakim kliniki wogóle, a więc i nasza, zazwyczaj rozporządzają, należy po największej części do najgorszych i do najcięższych. Wiemy dobrze, że wyników w takich razach nie można obliczać na odsetki, a tem mniej porównywać z wynikami sanatoryów, które rozporządzają i materyałem, dobranym odpowiednio i całem mnóstwem innych jeszcze czynników, na których klinikom zazwyczaj zbywa. Zawsze jednak od leczenia swoistego mieliśmy prawo domagać się i spodziewać znacznie więcej.

Ogółem przypadków leczonych MS. mieliśmy 16. z tego 12 przypadków gruźlicy płuc, 3 gruźlicy gruczołowej i 1 tocznia. Czystej gruźlicy płuc było przypadków 7, reszta powikłana zmianami krtani i jelit, skrobiawicą lub zmianami w częściach rodnych; z gruźlicy gruczołowej 2 przypadki powikłane były zmianami w szczytach płuc, trzeci zakażeniem kiłowem przebytem. W gruźlicy kostnej, narządu moczowego i otrzewnej nie próbowaliśmy MS, wcale.

Początkowo stosowaliśmy MS. wyłącznie podskórnie w dawce 5 cm³ (10 przypadków), później w jednym przypadku po seryi wstrzyknięć podskórnych przeszliśmy do lawatyw, w końcu (4 przyp.) stosowaliśmy wyłącznie lawatywy w ilości 10 cm³ jako zabieg znacznie wygodniejszy i wolny od niebezpieczeństwa, a przedewszystkiem dający możność leczenia ambulatoryjnego.

Z 12. przypadków gruźlicy czystej i powikłanej zmarło 4 (Nr 2, 4, 7, 12), pogorszenie wystąpiło u jednego (Nr 9), bez zmiany pozostało 2 (Nr 10 i 11), na dalsze wstrzykiwania nie zgodziła się jedna chora (Nr 8), poprawę podmiotową i stanu ogólnego stwierdzić mogliśmy w 4 (Nr 1, 3, 5, 6); poprawa ta atoli w 2 (Nr 1, 6) trwała krótko i wkrótce przypadki te poza kliniką, jak nas wieści doszły, zakończyły się śmiercią.

Ani w jednym przypadku nie mogliśmy pod wpływem

MS. stwierdzić w oczy wpadającej poprawy, któraby powoli i statecznie szła naprzód. Tego, co piszą niektórzy o pojawianiu się w krótkim czasie pod wpływem M. S., ogólnego uczucia zdrowia i podniesienia łaknienia nawet w ciężkich przypadkach, tego w gruźlicy płuc nie spostrzegaliśmy ani razu, a nawet ta wiara i to zaufanie, jakie budzi u każdego chorego nowy lek, słabła u większości chorych z biegiem czasu i traciła tak dalece na swej suggestywnej sile, że musiano używać różnorakich wykrętnych argumentów, ażeby chorych do dalszego leczenia się MS nakłonić. W żadnym przypadku gruźlicy płuc poprawa nie była tak widoczna i zastanawiająca, ażeby ją z całem prawdopodobieństwem można było położyć wyłącznie na karb surowicy Marmorka; pobyt w klinice, leżenie w łóżku i forsowne żywienie sprowadza często tak znakomite wyniki i takie poprawy podmiotowe w tym naszym gruźliczym proletaryacie, że przypisywanie tych wyników MS. byłoby błędem. Piszą niektórzy, że pod wpływem M. S. po dłuższym lub krótszym czasie u większości gorączkujących nastaje spadek ciepłoty. My u naszych gorączkujących nie uzyskaliśmy ani razu cieptoty prawidłowej taksamo, jak nie zdołaliśmy wstrzymać postępu sprawy gruźliczej. Naprzeciw 7 przypadków bez poprawy (lub zmartych) stoją 4 przypadki z poprawą, z tego 2 z wątpliwym skutkiem; liczba nie przemawiająca na korzyść swoistego leczenia sposobem Marmorka. W gruźlicy więc płuc działania MS. nie możemy na podstawie naszego doświadczenia nazwać dodatniem, temwięcej, że i przedmiotowo wykazalnej poprawy w żadnym przypadku nie stwierdziliśmy, a jakkolwiek z początku niekiedy pojawiał się jakby wpływ dodatni na stan ogólny, to jednakowoż zjawisko to trwało zwykle krótko i prawdopodobnie zależało nietyle od surowicy, ile od ogólnych warunków, zmienionych na korzyść dla chorego.

Natomiast z 3 przypadków gruźlicy gruczołowej w 2 powikłanych zmianami szczytów płucnych, pod wpływem lawatyw MS. stan ogólny się poprawił, a we wszystkich trzech — gruczoły, przynajmniej niektóre, zmalały. To zmniejszenie się gruczołów nie doprowadziło wprawdzie powiększonych gruczołów do całkowitego powrotu do wielkości prawidłowej, nie obejmowało wszystkich, ale tylko pewne z nich, zawsze jednak było i dla badającego stwierdzalne, jak i dla chorego widoczne.

Objawów Richerowskiej »anaphylaxie«, tej potęgującej się stopniowo nadwrażliwości ustroju na powtarzane kolejno dawki surowicy mimo stosowania M S. przeważnie podskórnego, spostrzegaliśmy stosunkowo mało, i tylko w 4 przypadkach. Ten odczyn surowiczy był jużto miejscowy, jużto ogólny, a pojawiał się najczęściej w postaci obrzmienia, zaczerwienienia i bolesności w miejscu wkłucia, powiększenia i bolesności gruczołów pachwinowych, dość często w postaci bolów głowy, bezsenności, niemocy członków, bolów brzucha i biegunki; raz tylko widzieliśmy zaczerwienienie okolicy stawów, bole o charakterze gośćcowym w kończynach i stawach i osutkę w postaci licznych, drobnych plamek różowych. Zmiany te po kilku dniach zazwyczaj ustępowały, nie wymagały żadnej interwencyi z naszej strony i wyjątkowo tylko czyniły konieczną przerwę wstrzykiwań. Lawatywy znosili wszyscy chorzy bardzo dobrze bez żadnych ubocznych objawów za wyjątkiem chorego Nr 15, który twierdził, że lawatywy wycieńczają go i sprowadzają osłabienie większe, jakkolwiek i on znosił je wybornie. I z pewnością te nieprzyjemne uboczne przypady, które inni spostrzegali, a których my widzieliśmy stosunkowo mało, nie były powodem, żeśmy w końcu lawatywom dali pierwszeństwo nad wstrzykiwaniami podskórnemi. Podskórne stosowanie wydawało nam się zawsze właściwszem, bo tu surowica w dawce określonej wsysa się bezpośrednio do krwi, gdy przy lawatywach nigdy się nie wie, jak wielką jest dawka, która z płynu wprowadzonego ulega wessaniu. Stąd i my, zgodnie z wielu innymi, surowicy Marmorka nie uważamy za niebezpieczną lub szkodliwą i mniemamy, że do jej stósowania podskórnego tylko nieliczne przypadki się nie nadają. A teraz rozdzielmy, że tak powiem, chorobę na jej składniki, t. j. objawy, i zastanówmy się nad wpływem surowicy na każdy z nich poszczególny.

Co do ciepłoty, to wpływ surowicy na nią w naszych doświadczeniach był ujemny, często niekorzystny. Ta podwójnie działająca surowica tak szczególnie skuteczna, jak piszą, na gorączki trawiące, w naszych przypadkach nie działała przeciwgorączkowo. Po największej części ciepłota pozostawała bez zmiany; w kilku przypadkach (Nr 4, 8, 9) stwierdzaliśmy wśród wstrzykiwań i podczas przerw podnoszenie się ciepłoty ponad poziom dotychczasowy, a tylko w jednym przypadku (Nr 15) ciepłoty niższe, a w końcu spadek ciepłoty do prawidłowego poziomu. Również i w przerwach między wstrzykiwaniami nie byli nasi chorzy wolni od gorączki. Jednem słowem w naszych przypadkach surowica nie wywierała żadnego wpływu na tor gorączki i nie działała na nią obniżająco.

Tożsamo wpływu surowicy na przyspieszenie częstości tętna nie możemy również za innymi potwierdzić; u naszych chorych tętno bywało zmienne, zależne od wahań ciepłoty, a nie zależało od surowicy, jak inni mniemali.

Na przypadłości podmiotowe po największej części surowica nie działała łagodząco. Kaszel nie malał, a w szczególności w nocy nie stawał się mniejszy; przeciwnie niejednokrotnie z początkiem doświadczeń bywał tak gwałtowny, że zmuszał do ponownego podania usuniętych na początku narkotyków.

Na ilość plwociny wpływu wyraźniejszego surowicy również nie zauważyliśmy; odkrztuszanie nie stawało się skąpsze, albo plwocina płynniejszą, obfitszą. Krwioplucia pod wpływem surowicy nie spostrzegaliśmy ani razu. — Wpływu M. S. na pomniejszanie się ilości prątków w plwocinie nie możemy również w przeciwieństwie do innych autorów potwierdzić z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie prątki rzeczywiście znikły. W innych pozostawały one w równej ilości, a jeżeli czasem wydawało nam się, że ilość ich zmalała, to pomniejszenie to było zawsze pozorne, zależne od czysto mechanicznych przypadkowych warunków. Ażeby z poprawą stanu ogólnego one »gwałtownie« (rapid) znikały, na to nie możemy się zgodzić. I u większości naszych chorych zakażenie było mieszane a stósowana przez nas surowica podwójna nie działała lepiej, niżby działała pojedyncza.

Sen, łaknienie, poty, dreszcze zachowywały się zmiennie, a jakiegoś zwrotu wybitniejszego w kierunku dodatnim nie można było stwierdzić przy stósowaniu tej surowicy.

Sen naszych chorych pod wpływem M. S. nie był ani »spokojniejszy«, ani bardziej »orzeźwiający«.

Pod wpływem M. S. waga ciała ma »wzrastać z tygodnia na tydzień«. W naszych spostrzeżeniach tylko u 3 stwierdzić mogliśmy przybytek wagi (Nr 1 + 5 kg, Nr 12 + 2 kg (obrzęki), Nr 15 + $1\frac{1}{2}$ kg); u reszty chorych ciężar ciała stale spadał.

O odczynie dwuazowym piszą niektórzy, że pod wpływem M. S. znika, u nas tylko w 1 przypadku (Nr 3) znikł, w jednym (Nr 2) słaby zamienił się na wyraźny, w 3 (Nr 6, 7, 9) nie istniejący pierwotnie pojawił się mimo leczenia, w 2 (Nr 4, 12) istniejący od początku nie znikł. O działaniu M. S. na krwinki białe, a mianowicie na występowanie leukocytozy nic pewnego powiedzieć nie możemy; w tym kierunku nie robiliśmy spostrzeżeń.

Na stan przedmiotowy w płucach surowica albo nie wywierała wpływu, albo mimo surowicy sprawa postępowała nieubłaganie aż do końca; przytłumienia pozostawały w tych samych granicach (Nr 6), albo postępowały dalej, rzężenia stawały się jużto skąpsze (Nr 9), już też obfitsze, już też pojawiały się w dalszych, przedtem klinicznie zdrowych częściach miąższu (Nr 1, 3, 4, 7, 12). Wzrost rzężeń na początku leczenia stwierdzaliśmy nieraz; ażeby jednak rzężenia stawały się »wilgotniejsze« »i płynniejsze« (lockerer), nie odnieśliśmy takiego wrażenia. Że niekiedy rzężenia stopniowo znikały, a w pomyślnych razach całkiem ginęły i ustępowały miejsca szmerom nieoznaczonym, to i my spostrzegaliśmy, ale wśród innych niepomyślnych oznak nie uważaliśmy tego za równoznaczne z poprawą stanu przedmiotowego. Upośledzone oddychanie w częściach płuc zajętych nie stawało się swobodniejsze, liczba oddechów nie malała, głębokość oddechów nie rosła, jamy nie znikały. Powrotu odgłosu jawnego i czystych szmerów pęcherzykowych, pojawiania się zagęszczeń w częściach naciekłych, blizn, jednem słowem jakiegoś trwałego polepszenia stanu przedmiotowego nie powiodło się nam zauważyć ani razu, przeciwnie w większości przypadków stwierdzaliśmy szerzenie się sprawy gruźliczej jużto powolniejsze, jużto szybsze.

Z 3 dołączonych do historyi chorób protokołów sekcyjnych nie widać także, ażeby surowica w jakikolwiek sposób działała hamująco na postęp choroby.

Natomiast co do gruźlicy gruczołowej, to na podstawie naszego doświadczenia, zebranego w 3 przypadkach, stanowczo powiedzieć możemy, że surowica Marmorka wywołuje zmniejszanie się niektórych przynajmniej gruczołów, nie usuwa coprawda konieczności zabiegu operacyjnego, wywiera jednak pewien wpływ, który zadowolnia chorego i naocznie dowodzi, że surowica jakieś działanie na zmienione gruźliczo gruczoły wywiera.

W toczniu to działanie jeszcze wyraźniej się uwidocznia. Tu maść z dodatkiem M. S., stosowana miejscowo, na obwodzie owrzodzeń ułatwia zabliźnianie się i pokrywanie naskórkiem, a na większych owrzodzeniach sprowadza odczyn wyraźny dna wrzodów. Wpływ ten nie jest tak potężny, by choć najmniejsze owrzodzenie zdołał doprowadzić do zabliźnienia i uczynić zbytecznym zabieg doszczętny, jednakże wpływ ten zawsze jest do pewnego stopnia leczniczy i swoisty, skoro pod działaniem jakiejś maści obojętnej poprawa w tym stopniu uzyskać się nie daje.

Zbierając spostrzeżenia i wyniki nasze we wnioski, wolne od uprzedzeń, sądzimy, że mamy prawo powiedzieć na podstawie naszego doświadczenia: Surowica Marmorka wywiera pewne swoiste, leczące działanie. Działanie to naocznie widzieć można na owrzodzeniach toczniowych; jest ono jednakowoż za słabe, by choć najmniejsze owrzodzenie wygoić. Działanie to dostrzega się jeszcze w gruźlicy gruczołowej, ale tak nieznaczne, że najmniejszego z powiększonych gruczołów nie może doprowadzić do zaniku. Istnieje ono prawdopodobnie i w gruźlicy płuc, ale w stopniu tak małym, że w gruźlicy pierwszego stopnia nie zdoła nic więcej sprawić, niż wszystkie dotychczas nam znane i powszechnie stosowane czynniki, w gruźlicy drugiego i trzeciego stopnia nie zdoła ani na chwilę wstrzymać postępu choroby; przemijające zaś poprawy w tej nieobliczalnej chorobie zdarzają się tak często pod wpływem nieznacznej nawet zmiany zewnętrznych warunków, że trudno je kłaść na karb swoistości surowicy Marmorka.

Surowica Marmorka w gruźlicy, sądzimy, działa rzeczywiście antytoksycznie; działanie to atoli jest tak słabe, że wpływ jego ujawnić się może tylko w gruźlicy gruczołowej i wesprzeć nieznacznie nasze usiłowania lecznicze w gruźlicy pierwszego stopnia; w gruźlicy dalej posuniętej jest surowica środkiem bezsilnym i bezskutecznym. Również i w zakażeniach mieszanych nie zdoła surowica sprowadzić poprawy, jeżeli ta poprawa i bez surowicy nie miała wystąpić.

Surowica Marmorka jest nieszkodliwą i bezpieczną, żadnych poważniejszych ubocznych działań nie wywiera i długi czas, zwłaszcza w lawatywach, dobrze bywa znoszona.

Stąd też na podstawie naszego doświadczenia nie możemy surowicy Marmorka uważać za »wielki krok naprzód« w walce z gruźlicą, jak głoszą niektórzy, ani za »non plus ultra« do zwalczania gruźlicy. W palącem wszystkich nas pragnieniu posiadania jakiegoś środka swoistego przeciwko gruźlicy surowica Marmorka stanowi niewątpliwie pewien krok naprzód, ale krok niewielki, bo jej wartość antytoksyczna jest stanowczo za mała, by mogła jej wyrobić trwałe miejsce wśród środków przeciwgruźliczych. Trzeba się koniecznie o coś więcej pokusić. Surowica Marmorka pokazała nam tylko, że na drodze biernego uodporniania można uzyskać środek, któryby działał swoiście, ale jego siła i wartość lecznicza musi być wiele razy większa od wartości surowicy Marmorka, jeżeli ma on sprowadzić jakikolwiek zwrot w dotychczasowem leczeniu gruźlicy, a wyniki nim uzyskane muszą mieć znaczenie niedwuznacznego, klinicznego doświadczenia, jeżeli mamy weń uwierzyć i nazwać go środkiem naprawdę leczniczym.

JW. Prof. Drowi Wal. Jaworskiemu, dyrektorowi kliniki lek. Uniw. Jag., składam słowa gorącej podzięki za rady, wskazówki i zachętę do niniejszej pracy.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Doc. Kochmann. **Wpływ wyskoku na ustrój głodzony.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 11). K. przeprowadzał badania nad wpływem wyskoku na ustrój głodzony, a to w celu

rozstrzygnięcia pytania, ważnego w życiu praktycznem, czy ewentualnie, n. p. w wojsku, u turystów i t. p. może w razie braku pokarmów wyskok przedłużać życie. Badania swe przeprowadzał K. na królikach, którym najpierw podawał przez pewien czas zwykłe pożywienie, a potem jednym wstrzykiwał podskórnie wyskok, a drugim wodę. Z badań swych doszedł do następujących wniosków: 1) Przez odpowiednio dobraną dawkę wyskoku przy wstrzykiwaniach podskórnych udaje się zwierzętom głodzonym przedłużać życie, natomiast dawki za duże przyspieszają śmierć. 2) To korzystne działanie wyskoku polega na zaoszczędzaniu białka i wody. 3) W większych dawkach działa wyskok moczopędnie. Na podstawie tego poleca też K. wyskok w małych dawkach tam, gdzie n. p. wskutek warunków zewnętrznych odżywienie jest niedostateczne (wypadki na wycieczkach, w wojsku i t. d.), lub też tam, gdzie dany osobnik nie chce lub nie może dostatecznie się odżywiać (gorączkujący, ciężko chorzy i t. p.). *A.*

Comessatti. **O wartości odczynu ocznego żaby i o pewnych własnościach adrenaliny.** (*Archiv f. exper. Pathol. u. Pharm.* T. 60., Z. 3., marzec, 1909). Adrenalina silnie zwęża źrenicę w wyłuszczonem oku żaby, ale nie każde ciało działające taksamo w równych warunkach jest adrenaliną. Brenzkatechina, hydrochinon, kwas salicylowy, rezorcyna, mogą wywierać na oko żaby takież działanie. Badania zaś autora wykazują, że wodne rozczyny soli kuchennej mogą działać, aczkolwiek nie szybko, podobnie, a rozczyny, zawierające ponad 1·25% NaCl, mogą wywoływać zmętnienie soczewki. Wynika z tego, że wartość odczynu ocznego w moczu, co do jego znaczenia dla ewentualnej obecności adrenaliny, musi być bardzo ograniczoną. Jest bowiem prawdopodobne, że odczyn ten w znacznej części zależy od obecności NaCl w moczu. Dodatni odczyn oczny w surowicy krwi, może — zdaniem C. — obudzić tylko przypuszczenie obecności adrenaliny w krwi i to pod tym warunkiem, że w 20—30 minut wyraźnie dodatnio wystąpi. Tylko wtedy ma mierną, choć rzeczywistą wartość. Jednakowoż jest rzeczą prawdopodobną, że dodatni odczyn, otrzymywany z 10 do 20 razy rozcieńczoną surowicą ludzi chorych na zapalenie nerek, zależy od obecności adrenaliny. Dotychczas nie znamy innego, we krwi znajdującego się ciała, któreby w takich rozcieńczeniach surowicy zwężało źrenicę. Na podstawie dalszych swych badań stwierdza C. dość powolną dyalizę adrenaliny. Przy doświadczeniach jego zupełna dyaliza wymagała 20—26 godzin. Wreszcie stwierdził C. doświadczalnie, że zawarta w surowicy ludzkiej adrenalina posiada poza żywym ustrojem dość znaczną trwałość (rezystencyę). *Wł. Kluger.*

Comessatti. **Wyciąg z trzustki, a adrenalina.** (*Archiv f. exper. Pathol. u. Pharm.*, T. 60., Z. 3., 1909). Doświadczenia autora, których opis trzeba przeczytać w oryginale, zdają się dowodzić, że pomiędzy wyciągiem z trzustki, a adrenaliną nie istnieje chemiczny antagonizm. Temsamem pozostaje nadal niewyjaśnione zjawisko, że po wprowadzeniu do ustroju wyciągu z trzustki i adrenaliny, cukromocz albo wcale się nie pojawia, albo ogranicza się do minimalnych ilości cukru. Z doświadczeń autora wynika dalej, że niema również antagonizmu chemicznego między adrenaliną, a surowicą krwi i między adrenaliną, a wyciągami z wątroby, nerek lub śledziony. Wpływ antagonistyczny wyciągu z trzustki na podnoszenie się parcia krwi, wywołane przez adrenalinę, jest wątpliwy. *Wł. Kluger.*

Medycyna wewnętrzna.

L. Isler. **Polyserositis fibrosa.** (*Wiener med. Wochen.* 1909, NN 1—2). Cierpienie to opisał w 1896 r. F. Pick pod nazwą: »Pericarditische Pseudolebercirrhose«; następni autorzy nazywali je zwykle chorobą Picka, już jednak w 1897 Heidemann zwrócił uwagę na zajęcie w tej sprawie chorobowej kilku błon surowiczych, przedewszystkiem osierdzia i otrzewnej, z tworzeniem się wysięku i złogów włóknika, stąd nazwa »polyserositis fibrosa«. Część autorów szukała pierwotnej przyczyny choroby w wątrobie, zwłaszcza w zmianach jej torebki (»Zuckergussleber« Curschmann). Wreszcie omawiana choroba w ostatnich czasach (1908 r.) została nazwana przez Neissera »Morbus Bamberger«, wobec tego, iż słynny ten klinicysta już w roku 1872 podał jasny jej obraz.

Choroba ta była przedmiotem licznych dociekań w ostatnich latach, dotąd jednak istnieją znaczne różnice w poglądach na istotę jej i etyologię. [Porównaj ciekawą pracę Prof. Wiczkowskiego w »Tygodniku lekarskim« z r. b. *Przyp. spraw.*]. Isler podaje opis przypadku tem ciekawszy, iż spostrzegany od r. 1900 do 1908 i zakończony śmiercią i oględzinami pośmiertnemi. W obrazie klinicznym na pierwszy plan wysuwała się puchlina brzuszna znacznego stopnia z żółtaczką, lecz bez powiększenia wątroby i śledziony. Po śmierci stwierdzono wybitne zajęcie wszystkich błon surowiczych, które były bardzo zgrubiałe, białawo zabarwione, pozrastane z obok leżącymi narządami. Osierdzie było zupełnie zarośnięte i zwapniałe, tak że serce pokryte było twardą, 2—3 mm grubą powłoką i wyglądało, jakby zwapniała stwardniała kula (»Kalkherz«). W poglądach swych na istotę cierpienia I. przyłącza się do zdania Neissera, iż niepodobna stwierdzić, która mianowicie błona surowicza jest pierwotnym punktem wyjścia sprawy chorobowej: czynnik szkodliwy musi krążyć we krwi, oddziaływając przedewszystkiem na osierdzie i torebkę wątroby. Co do etyologii, to autor nie podziela poglądu Rosego i inn. o gruźliczej podstawie cierpienia. W jego przypadku nie było też śladów żadnych gruźlicy. Wobec tego, iż chory trzykrotnie przechodził zapalenie płuc, możliwem jest, iż dwoinki, względnie ich toksyny, były przyczyną cierpienia, jak to stwierdził niedawno w swym przypadku z kliniki Neissera Latzel. *Dr St. Rudzki.*

Romanowski. **Leczenie chorób gruzełkowych niedotlenionymi związkami fosforu.** (*Wracz. Gazeta* 1908, Nr 8). Gruźlica, kiła i trąd należą do grupy chorób, których podstawą anatomiczną jest zdaniem Romanowskiego zawsze gruzełek, zbudowany ze znanych składników: tworów olbrzymich, komórek nabłonkowatych i nacieku drobno-komórkowego, a skłonny do zserowacenia. Oprócz podobieństwa anatomicznego choroby te mają jeszcze i pewne kliniczne podobieństwo: są to choroby przewlekłe, którym stale towarzyszy niedokrwistość. Zmiany układu nerwowego stanowią w tych chorobach objaw bardzo wczesny, chociaż klinicznie nie rzucający się w oczy. Charakterystyczną też cechę tych chorób stanowią owrzodzenia przewlekłe, z następowemi głębokiemi bliznami. Nakoniec choroby te nie poddają się leczeniu doszczętnemu i dają nieskończoną ilość nawrotów.

Dwojaki charakter chorób tych, sprawiających w miejscu którędy wtargnął zarazek, powstawanie niestałego jakby nowotworu a w całym ustroju zwyrodnienie narządów i cherę ogólną, zależy zdaniem autora od tego, że toksyny bakteryjne, działając na komórki ustroju, wywołują przedewszystkiem wzmożony rozkład jąder komórkowych, których ważną część stanowi fosfor. Rozkład ten, zupełnie podobny do rozkładu fizyologicznego, jest tylko silniejszy i nierównomierny. Jeżeli tedy we krwi jest niedostateczna ilość fosforu, czy to wskutek tego, że pokarm zawiera go mało, czy też wskutek tego, że pokarm niedostatecznie wchłania się z przewodu pokarmowego, to następuje względny brak fosforu, a co za tem idzie — obniżenie działalności komórek. Wobec tego autor mniema, że wskazane jest tutaj podawanie fosforu w postaci łatwo przyswajalnej. Chociaż posiadamy już cały szereg przetworów fosforu (fosfatynę, sanatogen, fitynę i t. d.) do wewnętrznego użycia, jednakowoż przetwory te mało nadają się do zapełnienia braku fosforu w ustroju, ponieważ zawierają kwas fosforowy, połączenie, całkowicie nasycone tlenem i niezdolne do dalszej przemiany. Z drugiej znów strony wprowadzanie do ustroju fosforu »per se« jest nieracyonalne, ponieważ drobina fosforu jest zanadto złożona, wskutek czego działanie jego jest nierównomierne i zbyt silne. Najbardziej nadają się do użycia związki fosforu niedotlenione: kwas fosforawy, podfosforawy i nakoniec hypotetyczny kwas PH_2 (OH), którego znane są tylko związki pochodne organiczne. Mieszaninę tych kwasów niedotlenionych nazwał autor fosfacydą, i działanie jej przedstawia w sposób następujący. Wodór tych kwasów może być zastąpiony przez jakiekolwiek białko; tym sposobem powstaje białko fosforowe, które ulegając rozmaitego rodzaju przemianom daje ostatecznie kwas nukleinowy; ten zaś kwas przy utlenianiu się i hydratacyi przechodzi w kwas moczowy i fosforowy, które w chwili wywiązywania się działają bakteryobójczo. Dlatego to zdaniem autora leczenie gruźlicy, kiły i trądu polegać powinno na systematycznem nasycaniu ustroju fosforem aż do pojawiania się kwasu moczowego w ogniskach chorobowych. W miarę nasycenia fosforem wydzielają się endotoksyny, wywierając na ustrój działanie trujące. Powstaje tym sposobem odczyn, tak, jak przy leczeniu tuberkuliną. Leczenie chorych na gruźlicę polegać więc ma na tem, żeby po wstrzyknięciu fosfacydy otrzymać lekki, ale wyraźny odczyn. Odczyn polega przedewszystkiem na podniesieniu ciepłoty na 2—3 dzień po wstrzyknięciu; jednocześnie pojawia się uczucie niedomagania, osłabienie, brak apetytu, wzmożony kaszel, bole w kończynach i ogólne rozdrażnienie, a czasami senność. Po kilku dniach, jak podaje autor, nieprzyjemne te objawy znikają i pojawia się uczucie zdrowia, siły, apetyt poprawia się, zmniejsza się duszność i kaszel.

Wtedy znowu wstrzykuje się takąsamą, lub cokolwiek większą dawkę. Najmniejsza dawka 0,05; można dojść do 3·00.

Ze 146 chorych na gruźlicę, leczonych tym sposobem przez autora, u 98 miało wystąpić polepszenie, t. j. powstrzymanie sprawy miejscowej, wzrastanie wagi ciała i ilości hemoglobiny. U 23 chorych wynik był niejasny. U 25 chorych nie było żadnego polepszenia, w tej liczbie 13 zmarło.

Co się tyczy kiły, to autor starał się przedewszystkiem wypróbować ten sposób przy ciężkich zmianach krtani, nerwobolach kiłowych, kile mózgu, wiądzie rdzenia, zapaleniu nerwu wzrokowego, porażeniu postępującem. Prawie we wszystkich takich przypadkach, jeżeli leczenie było przeprowadzane dostatecznie długo, następowało, jak podaje autor, wyraźne polepszenie i zatrzymanie się sprawy. Wogóle odniósł autor wrażenie, że przy takim sposobie leczenia kiły i zmian pokiłowych, wyleczenie następuje zawsze (?) i dlatego porzucił dalsze badania w tym kierunku i zwrócił całą swą uwagę na leczenie gruźlicy.

Zastanawiając się nad pytaniem, jakie przypadki gruźlicy nadają się do takiego leczenia, sądzi autor, że uleczalne są wszystkie te przypadki gruźlicy płuc, kości, stawów, w których jeszcze nie nastąpiło zwyrodnienie narządów wewnętrznych. Za nieuleczalne zaś uznać należy te przypadki, w których przy istnieniu grubo-bańkowych rzężeń, plwocina wykrztuszana bywa w bardzo niewielkiej ilości, gdzie tętno stale przekracza 120, gdzie uporczywe rozwolnienie nie daje powstrzymać się zapomocą żadnych środków, gdzie przy istnieniu jam uporczywy kaszel nie daje się usunąć żadnym narkotykiem. Przy powikłaniach ropnych i zapalnych należy co do wstrzykiwań zachować nadzwyczaj wielką ostrożność. Dowodów skuteczności i swoistości swego sposobu leczenia dopatruje się autor w następujących jeszcze okolicznościach: 1) Jednocześnie z ogólnem polepszeniem składowe części plwociny znacznie się zmieniają, pojawiają się formy inwolucyjne laseczników, a wreszcie i one znikają, w plwocinie pojawiają się kryształki kwasu moczowego. Ciałka wielojądrzaste znikają, natomiast znajduje się więcej limfocytów. Jądra komórek w miarę nasycenia ustroju fosforem zwiększają się, barwią się słabo, a w nich pojawiają się wakuole. Przeciwnie przy gruźlicy postępującej, jądra są małe i barwią się silnie. 2) Przy leczeniu tym sposobem świnek morskich, zakażonych gruźlicą ludzką, następuje w mniejszym lub większym stopniu zwyrodnienie włókniste narządów wewnętrznych. 3) Jeżeli rosnącym świnkom morskim wstrzykiwać fosfacydę po 0,2—0,4, co 2—3 dni, to rosną one prędzej i mają więcej podściółki tłuszczowej. Próby zakażenia takich świnek gruźlicą ludzką wypadły ujemnie. 4) Odsetek hemoglobiny we krwi zwiększa się od 90% do 100%; zwiększa się też waga ciała. *Dr L. Mańkowski.*

Pedyatrya.

Pehn et Chalier. **O wrodzonej gruźlicy.** (*Archives de médecine des enfants.* Nr 1 i 2 1908).

Sprawą wrodzonego zakażenia gruźliczego zaczęto się zajmować od r. 1873, kiedy Charrin opisał dosyć typowy pod tym względem przypadek. Odtąd ukazało się kilka prac tej sprawie poświęconych (Arloing, Londe i Thiercelin, Straus). W r. 1898 G. Küss w znakomitej swej pracy o dziedziczności gruźlicy zebrał wszystko, co było ogłoszone; nagromadzony materyał rozklasyfikował, poddał ocenie krytycznej i wysnuł wnioski. Od tego czasu opisano jeszcze kilkanaście przypadków, do których P i C. dołączają dwa własne spostrzeżenia. Autorzy poddają surowej krytyce wszystkie przypadki, opisane po r. 1898 (nie objęte pracą Küssa) i dochodzą do wniosku, że się zbyt lekkomyślnie mówi o gruźlicy wrodzonej. Baumgarten twierdził, że gruźlica u dzieci bierze swój początek w okresie płodowym, ale zarazek gruźliczy pozostaje w ustroju w przeciągu mniej lub więcej długiego czasu w stanie utajonym i dopiero czynniki zmniejszające odporność ustroju, wyprowadzają go z tego stanu. Jeżeli teorya ta niekiedy się sprawdza, nie można jej jednak uważać za prawidło ogólne. W każdym przypadku objawów gruźliczych u niemowląt, należy najpierw rozstrzygnąć pytanie, czy zarazek dostał się do ustroju przed, czy po urodzeniu. Tu się często napotyka na wielkie trudności. Wogóle tylko wtedy można uważać rzecz za prawdopodobną, gdy od urodzenia niemowlęcia minęło nie więcej, niż jeden miesiąc. Niektórzy, jak np. Lebküchner, uważają za wrodzone przypadki takiej gruźlicy, kiedy u dziecka, mającego nawet kilka miesięcy, stwierdza się daleko posunięte zmiany anatomiczne, które ich zdaniem nie zdążyłyby się rozwinąć, gdyby zakażenie nastąpiło później, po urodzeniu. Że to zapatrywanie nie jest słuszne, przekonywamy się ze spostrzeżeń Wassermana, Haushaltera i innych, gdzie zmiany gruźlicze daleko posunięte stwierdzano u niemowląt kilkotygodniowych, jako sprawę nabytą. Za przykładem Küssa, P. i C. dzielą spostrzeżenia na dwie kategorye. Do pierwszej zaliczają przypadki gruźlicy wrodzonej bez zmian anatomicznych (2 przypadki, 1 własny). W obu spostrzeżeniach nie stwierdzono ani makroskopowych ani mikroskopowych zmian w tkankach płodów matek, zmarłych na gruźlicę. Zakażenia gruźliczego dowodzi fakt zakażenia zwierząt przez przeszczepienie (w obu przypadkach) cząstek łożyska i wątroby płodu. Spostrzeżenia gruźlicy wrodzonej ze zmianami anatomicznemi dzielą autorzy na 1) ujemne, 2) wątpliwe i 3) dodatnie. Z pomiędzy ujemnych zaznaczamy przypadek Ricarda, który dlatego autorzy uważają za ujemny, że z rodziców chorego gruźlicę miał tylko ojciec. Tymczasem ojciec nie ma żadnego wpływu na dziedziczenie gruźlicy. Dotychczas nie opisano ani jednego przekonywającego przypadku — ani u ludzi, ani u zwierząt — gruźlicy, przekazanej przez ojca. Wątpliwe są te przypadki, gdzie badania przeprowadzono nie dość ściśle, lub gdzie wiek dziecka przekroczył jeden miesiąc. Z 20 opisanych przez Küssa, jako dodatnich, P. i C. uznają 16; z opisanych po 1898 roku — 6, które wytrzymały surową krytykę. Do 11 przypadków bez zmian G. Küssa dodają 2 (1 własny). Wszystko to razem stanowi 35 przypadków. Ta liczba wskazuje, jak rzadko się zdarza wrodzone zakażenie gruźlicze. Dlatego każdy podejrzany przypadek należy badać szczegółowo. Należy zwrócić uwagę na stan matki, na początek jej choroby (podczas ciąży, czy przedtem), rozwój, czas trwania, siedlisko, zmiany w narządach płciowych, stan zdrowia ojca (dla wyświetlenia jego wpływu). Baczną uwagę należy zwrócić na łożysko, które bezwarunkowo należy zbadać mikroskopowo i przez szczepienie na zwierzętach. Następnie koniecznie należy przeprowadzić badanie pępowiny. Badania powinny być możliwie ścisłe. Zdarza się bowiem, że zmiany przymiotowe uważa się za gruźlicze i odwrotnie, zwłaszcza, jeżeli się poprzestaje na badaniach histologicznych (komórki olbrzymie nie są właściwe tylko gruźlicy).

Pytania, od czego zależy zakażenie płodu i kiedy ono następuje, dotychczas nie rozstrzygnięto ostatecznie. Löffler utrzymywał, że dostęp laseczników do płodu zależy od zmian gruźliczych w narządach płciowych matki. Tymczasem te zmiany stwierdza się nie często. Nocard, Schmorl i Kockerl twierdzą, że dopiero zmiany martwicze w łożysku otwierają drogę lasecznikom, gruźlica zaś łożyska nie koniecznie wywołuje gruźlicę płodu. Co się tyczy czasu, kiedy następuje zakażenie, to tylko raz jeden stwierdzono gruźlicę płodu czteromiesięcznego; zwykle stwierdza się gruźlicę dopiero w 5 miesiącach i później. W okresie płodowym niema zakażenia. Gruźlica matki może na ciążę wywierać wpływ dwojaki, zależnie od czasu, kiedy nastąpiło zakażenie matki. Z doświadczeń D'Arigo u zwierząt wynika, że zakażenie samiczek w ciąży wywołuje poronienie, chociaż łożysko i narządy wewnętrzne płodu pozostają bez zmian; natomiast poronienie należy do wyjątków u samiczek, które przed zapłodnieniem już miały gruźlicę; w tym przypadku łożysko i płód dopiero w drugiej połowie ciąży zawierają laseczniki. Co się tyczy usadowienia się gruźlicy wrodzonej, to błędnem jest zapatrywanie Baumgartena, Kelscha i innych, którzy pierwsze miejsce wyznaczają gruźlicy gruczołów chłonnych, gdyż zmiany w gruczołach są wtórne; najczęściej spotyka się zmiany w wątrobie. W płucach w przeważnej liczbie spostrzeżeń zmian nie wykryto. Gruźlicę wrodzoną stwierdza się drogą poszukiwań laseczników we krwi żyły pępkowej, albo przez szczepienie na zwierzętach, albo wreszcie przez barwienie laseczników w skrawkach histologicznych. Te ostatnie badania często stwierdzały siedlisko laseczników w świetle naczyń. Z tego powodu Heitz twierdzi, że większość przypadków gruźlicy wrodzonej bez zmian jest zakażeniem podczas konania, gdyby bowiem zakażenie nastąpiło wcześniej, toby drogą badania mikroskopowego stwierdzono mniejsze lub większe zmiany w tkankach. Przebieg kliniczny nie daje pewnych rękojmi co do rozpoznania. — Ostatecznie autorzy wysnuwają wniosek o doniosłem znaczeniu praktycznem; ponieważ dotychczas opisano tylko 35 niewątpliwych przypadków wrodzonej gruźlicy, należy przeto uważać ją za niezmiernie rzadką i dlatego nie można uważać dzieci rodziców gruźliczych za skazane na gruźlicę, ponieważ one gruźlicy jeszcze nie mają i chowane w odpowiednich warunkach higienicznych, mogą uniknąć zakażenia. *S. Dulewicz.*

Simon Flexner i James Jobling. **Wyniki leczenia zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych surowicą przeciwmeningokokową na podstawie 400 przypadków.** (*Archives of Pediatrics.* Nr 10, 1908).

Spostrzeżenia zbierano w różnych miejscowościach Stanów

Zjednoczonych, Kanadzie i Anglii, z mniejszych lub większych epidemii i sporadycznych przypadków. Do statystyki i zestawienia krytycznego autorów weszły tylko przypadki, badane bakteryologicznie. Wyniki oceniano, uwzględniając wiek chorych, dzień choroby, wpływ na przebieg, wpływ surowicy na meningokoki, płyn mózgowordzeniowy i leukocytozę.

W wieku poniżej 1 roku		wyzdrowiało	zmarło.
leczono surowicą	22 przyp.	11	11 (50%)
pomiędzy 1 a 2 rokiem	19 «	11	8 (42 «)
« 2 a 5 «	68 «	52	16 (23 «)
« 5 a 10 «	79 «	70	9 (11 «)
« 10 a 20 «	105 «	80	25 (24 «)

Najmłodsze dziecko z leczonych surowicą z wynikiem pomyślnym miało 1 miesiąc.

Podług dnia wstrzyknięcia ścisłe dane udało się autorom zebrać co do 361 przypadków:

Wstrzykn.		wyzdrowiało	zmarło.
1 do 3 dn. chor.	w 123 przyp,	107	16 — 16,5%
4 do 7 « «	w 126 «	96	30 — 24 «
po 7 dniach	w 112 «	73	39 — 35 «

Dane co do przypadków, w których surowicę wstrzykiwano po 7 dniach (zaliczono tu i przypadki o przebiegu kilkotygodniowym) dowodzą, zdaniem Flexnera, iż dopóki w płynie stwierdza się meningokoki i szkody wyrządzone układowi nerwowemu mogą jeszcze być naprawione przez odradzanie się, surowica może mieć jeszcze działanie pomyślne. W przypadkach, gdzie surowicę zastosowano wcześnie, spadek odsetki śmiertelności jest aż nadto widoczny.

Co do wpływu na przebieg, to z 273 przypadków, gdzie autorzy mogli zużytkować dokładne dane, 200 wykazywało poprawę powolniejszą (per lysin) w 73 czyli około 30% po wstrzyknięciu surowicy choroba została przełomowo przerwana. W 228 wyleczonych przypadkach czas trwania objawów chorobowych głównych nie przekraczał 11 dni.

Wybitny wpływ, zdaniem autorów, wywiera wstrzyknięcie surowicy na same meningokoki: liczba ich wybitnie się zmniejsza, spostrzega się je tylko wewnątrzkomórkowo, podlegają szybko zwyrodnieniu, tracą żywotność na pożywkach.

Pod wpływem surowicy zmętnienie płynu szybko znika; twierdzą to autorzy nawet co do płynów wyraźnie ropnych. Liczne badania krwi przed i po wstrzyknięciu surowicy przekonały autorów, że leukocytoza we krwi po wstrzyknięciu surowicy szybko się zmniejsza, spostrzegano nawet raptowne spadki liczby ciałek białych wraz z wyjaśnieniem się płynu i zniknięciem meningokoków. — Brak tego wpływu świadczy zdaniem autorów źle co do rokowania. Nawroty przy leczeniu surowicą zdarzały się znacznie rzadziej, a jeszcze rzadziej niepomyślnie się kończyły podczas nawrotu przypadki, w których zastosowano surowicę wcześnie i w dostatecznych dawkach. Wyleczenie przeważnie było zupełne, z powikłań pozostawała jedynie głuchota, ale i to w niewielu przypadkach i tylko tych, gdzie objawy ze strony uszu wystąpiły jeszcze przed wstrzyknięciem surowicy.

J. Brudziński.

Charles Hunter Dunn. **O leczeniu zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych surowicą przeciwmeningokokową na podstawie 40 przypadków.** (*Archives of Pediatrics.* Nr 10, 1908).

Surowicę wstrzykiwał Dunn zawsze do kanału kręgowego, wstrzykiwał ją nawet w późniejszych okresach choroby. W razie otrzymania przez nakłucie lędźwiowe płynu mętnego surowicę stosowano natychmiast, w razie zaś otrzymania płynu przezroczystego czekano na wynik badania bakteryologicznego. Poprzestawano na jednorazowem wstrzyknięciu w przypadkach, w których nastąpiła wybitna poprawa wraz ze spadkiem ciepłoty do poziomu prawidłowego, w przeciwnym razie stosowano surowicę co dzień, dopóki taka poprawa nie nastąpiła, nie dłużej jednak, niż 4 dni z rzędu. Niekiedy należało po przerwie znowu wstrzykiwać, w przypadkach cięższych wstrzykiwano nawet 2 razy na dobę. Zwykła dawka wynosiła 30 cm³, największa 45 cm³. W przypadkach, gdy udawało się wypuścić małą tylko ilość płynu mózgowordzeniowego, dawkę zmniejszano aż do 10 cm³. Na 40 przypadków leczonych surowicą zmarło 9 (22%), wyzdrowiało 31. Z wyleczonych — u 2 pozostały następstwa (głuchota i ślepota). Zupełne wyleczenie w 72% przypadków. Śmiertelność innych lat wynosiła w Bostonie w tym samym szpitalu dziecięcym 58—80%. Z 9 zakończonych śmiertelnie przypadków 5 było przewlekłych w bardzo późnym okresie choroby. Autor podkreśla, że wybitne działanie surowicy Flexnera uwydatnia się więcej jeszcze u łoża chorego; przebieg przy leczeniu surowicą stanowi zdaniem jego kontrast zupełny z przebiegiem przy dawnych sposobach leczenia — co się wyraża spadkiem ciepłoty przełomowym lub zwalniającym, wybitnem polepszeniem stanu ogólnego wraz z ustąpieniem niektórych objawów (zamroczenie, bredzenie, ból głowy, przeczulica, stężenie karku, wymioty) i skróceniem całego przebiegu, co uderzało w porównaniu z długością przebiegu w tym samym szpitalu w innych latach. Autor potwierdza w zupełności wpływ surowicy na same meningokoki; (zmniejszenie się ich liczby, wewnątrzkomórkowe położenie).

Nawroty zdarzają się i przy leczeniu surowicą i wymagają dalszego jej stosowania. Działanie surowicy było zdaniem autora tem wybitniejsze, im wcześniej ją zastosowano; w późniejszych okresach choroby naogół nie widział autor wpływu dodatniego; spostrzegał jednak i wyjątki od tego prawidła, radzi więc wstrzykiwać surowicę w każdym przypadku.

J. Brudziński.

Manicatide: **W sprawie stosunku bakteryi czerwonki do zapalenia okrężnicy u dzieci** (*Compt. rend. de la soc. de Biol.* Nr 34 1908). Zapalenie okrężnicy (*colitis*) u dzieci ze wszystkich zaburzeń przewodu pokarmowego najbardziej zbliżone jest do czerwonki dorosłych. Autor w ciągu kilku lat szukał u dzieci w odpowiednich przypadkach bakteryi Shiga-Kruse. Wszystkich spostrzeżeń zebrał 54; tyczą się one przeważnie dzieci w wieku od kilku miesięcy do roku życia; tylko 13 dzieci było starszych. Bakterye Shiga-Kruse powiodło się autorowi wykazać tylko w 5 przypadkach i to u dzieci, które wszystkie miały więcej, niż 5 lat. Próba aglutynacyjna dawała bardzo nieokreślone wyniki. Leczenie surowicą przeciwczerwonkową było bezskuteczne. Wobec tego wszystkiego autor mniema, że zapalenia okrężnicy u dzieci w Jassach i okolicy (gdzie autor robił badania) nie są wywoływane przez prątki Shiga-Kruse.

Dr L. Mańkowski.

Senftleben. **Leczenie krztuśca.** (*Deut. med. Wochschr.* Nr 2. 1909). Autor za lek swoisty przy leczeniu krztuśca uważa antypirynę i bardzo ją gorąco poleca. Stosuje ją u dzieci od 7 do 12 lat po $^3/_4$ gr. 3 razy dnia, u dzieci starszych 3 r. dnia po 1 gr. Gdy dziecko jest małe, podaje lek w lawatywach. Po 5 dniach leczenia występuje znaczna poprawa, po 10 dniach leczenie przerywa się na 8 dni, poczem znown się je przez 8 dni powtarza. Wyniki ma S. bardzo dobre, zwłaszcza gdy leczenie wcześnie zostaje podjęte. *Dr Skórczewski.*

Higiena.

Kruse. **Przyczynki do higieny wody.** (*Zeitschr. f. Hygiene* T. 59, 1908, str. 6—94). Pod powyższym tytułem mieści się 8 rozmaitych prac, zawierających wiele doświadczenia praktycznego i wyników badań autora.

1. Prosty przyrząd nurkowy dla poboru wody składa się z probówki grubościennej, zawierającej w części dolnej dla obciążenia śrut zatopiony, od góry zamkniętej doszlifowanym korkiem szklannym. Korek od dołu otwarty, ma postać baniatą, od góry zaś zatopioną krótką rurkę szklaną. Rurka, zanurzona wraz z kurkiem do wody, nabiera ją kroplami powoli i służy dobrze do poboru wody z głębi bez wydatnej domieszki wody powierzchownej.

2. Spostrzeżenia przy badaniu wód gruntowych co do zawartości bakteryi. W 2 przypadkach, w których rodzaj gruntu odpowiadał wszelkim wymaganiom, zawierała woda czerpana ze studni, bitych w głębokości 6 m, wiele bakteryi. Stan ten nie zmienił się po odkażeniu rury sposobem Neissera, przy użyciu którego otrzymywał Kruse kikakrotnie wyniki takie same. Należało wobec tego przyjąć, że woda gruntowa w tej głębokości zawiera jeszcze bakterye. W jednym wypadku o 1 m głębsze wbicie rury do ziemi, w drugim przemieszczenie na małą odległość studni wystarczało do uzyskania wody prawie jałowej. Spostrzeżenia te świadczą, że nawet w głębokości większej, niż 4 m, ziemia rodzima zawiera ogniska nieczyste.

3. Znaczenie obecności bakteryi okrężnicy w wodzie. Wbrew zdaniu innych higienistów występuje Kruse ze zdaniem, że obecność nawet jadowitych bakteryi okrężnicy w wodzie nie przemawia przeciw dobroci wody; jego zdaniem wielu przecenia z przyczyn rozmaitych częstość pojawiania się bakteryi okrężnicy w wodzie. Próbie wykazania tej bakteryi odmawia on tego znaczenia, jakie posiada zwykłe określenie liczby bakteryi w wodzie. Nietrudno zresztą zamienić ją z bakteryami grupy *B. cloacae;* próba fermentacyjna Ejikmanna przy 46 C.

jest za mało czuła i nie może służyć do oceny dobroci wody. Próba w formie dowolnej może być użyta jedynie jako próba ilościowa, nie zaś jako jakościowa i służyć do pomocy przy stosowaniu innych metod badania wody, nie może zaś ich zastąpić.

4. Rzadkie zanieczyszczenie wody gruntowej. Kilka wód gruntowych w pewnej okolicy oddziaływało wybitnie kwaśno i wykazywało kwaśność, odpowiadającą 1,5—5,8 cm kwasu normalnego w litrze; wolnego i związanego kwasu siarkowego znaleziono do 572 mg (SO_3), kwasu azotowego do 110 mg (NO_5), chloru do 28 mg w 1 litrze. Przed 20 laty z górą pękła komora ołowiana położonej w okolicy fabryki kwasu siarczanego, przyczem wielkie ilości kwasów wsiąkły w ziemię. Należało przyjąć, że do tego faktu należy odnieść prawie całą ilość kwasu siarkowego i znaczną ilość kwasu azotowego w wodzie.

5. Wpływ powodzi na wodociągi z wody gruntowej. Z doświadczeń swoich co do wpływu powodzi na wodociągi gruntowe doszedł K. do stwierdzenia faktu, że wylewy rzek zawsze wywołują zwiększenie bardzo wybitne ilości bakteryi wody wodociągowej, pobieranej z okolicy rzeki, zwiększenie to jednak nie sprowadza zazwyczaj szkody dla zdrowia konsumentów wody. W szczególności nie można było wykazać związku przyczynowego między epidemiami duru brzusznego, a powodziami w terenie wodociągu gruntowego. Jakkolwiek w Dreznie po powodziach prawie zawsze wzrasta wśród dzieci częstość zachorowań na nieżyt jelit, objawu tego nie mógł spostrzedz Kruse w wodociągach gruntowych, położonych nad Ruhrą i na podstawie poczynionych doświadczeń twierdzi, że w tej okolicy powodzie nie wywierają żadnego ujemnego wpływu na wodociągi gruntowe. Nadmiernie wysoką liczbę bakteryi w wodzie wodociągowej podczas powodzi tłómaczy K. gorszą filtracyą wody rzecznej, większą zawartością bakteryi w wodzie rzecznej w tym okresie, przedewszystkiem zaś przymieszką bakteryi ziemnych, osiadłych na dnie rzeki i tworzących wraz z mułkiem znakomitą warstwę filtrującą, a poruszonych silnemi falami powodzi. Nie można się spodziewać, by udało się zapobiedz zwiększeniu liczby bakteryi w wodociągach już gotowych; częściowo udać się to powinno przez urządzenia, zdążające do ograniczenia częstości i rozmiarów powodzi, jeziora sztuczne u źródlisk rzek, nad któremi leżą wodociągi, na miejscu zaś przez tamy poniżej wodociągu, czasowe wyłączenie poszczególnych studni i galeryi filtracyjnych, narażonych najwięcej podczas powodzi, przez wały ochronne, podniesienie poziomu terenu, wybrukowanie brzegów i wyłożenie terenu wodociągowego gliną i trawnikiem.

6. Sztuczne dostarczanie wody gruntowej. Wiele wodociągów gruntowych, położonych nad rzekami i w ich pobliżu, liczy na »sztuczną filtracyę« wody przez brzeg i dno rzeczne, niektóre z nich prawie wyłącznie na tej drodze otrzymują wodę. Woda ta tak co do ciepłoty, jak również i co do zawartości bakteryi, na ogół bywa bez zarzutu. Ujemną jednak stroną tej filtracyi podobnie, jak i filtracyi przez sztuczne filtry piaskowe, jest zapychanie się filtru mułem, czemu jednak zapobiegają okresowe powodzie, poruszające mułek, nagromadzony na dnie i brzegach rzeki, oraz mróz, którego wpływu nie zbadano jednak dotychczas dostatecznie. W razie zbyt nizkiego stanu wody w rzece, w braku powodzi, nagłych i silnych mrozów, radzić sobie można przez irygacyę gruntu wodą powierzchowną, o ile grunt składa się z materyałów dobrze filtrujących, żwiru i piasku o dostatecznej grubości. Lepsze usługi oddaje urządzenie rowów, połączonych z rzeką i przebiegających w niewielkiej odległości od studzien i galeryi filtracyjnych, zamkniętych śluzami przy dopływie i odpływie do rzeki. W nowszych czasach wyściela się rowy te celem podniesienia własności filtracyjnych ich dna warstwą piasku. Tego rodzaju urządzenia mają przyszłość i nadają się do urządzenia przy odpowiedniej budowie gruntu; zdaniem Krusego dostarczają one wody lepszej od sztucznych filtrów piaskowych, pod względem ciepłoty niegorszej — co do ilości bakteryi często od nich lepszej —, a tańsze są od nich w kosztach urządzenia.

7. Samooczyszczanie się wody w rzekach i jeziorach sztucznych (Talsperren) posiada dla higieny jedynie o tyle znaczenie, o ile odnosi się do bakteryi zakaźnych, lub »wskaźników« tychże. Metody wykazania pierwszych dają jedynie w rzadkich przypadkach wyniki pewne i wobec tego jesteśmy skazani na spostrzeżenia pośrednie co do trwania zakaźności wód zanieczyszczonych, a i spostrzeżenia te zależą od przypadku. Do tych spostrzeżeń zaliczyć trzeba fakt, że woda wodociągowa Paryża po przebiegu 140 klm w rurach zamkniętych, w ciągu 1½ dnia zakażona w r. 1894 i 1899, wywoływała ciężkie zakażenia durowe, oraz fakt, że woda w Lawrence (stan Massachussetts), przebywając w wielkim zbiorniku przez 2 tygodnie, nie traciła zakaźności w tym czasie. Również z doświadczeń autora, oraz innych wynika, że bakterye cholery i duru tak w wodzie stojącej, jak i bieżącej, nie ginęły rychło, a przynajmniej nie ginęły w ciągu kilku tygodni. Nie mamy również dowodów na to, by bakterye zakaźne ginęły w rzekach powierzchownych szybciej od bakteryi kałowych i naodwrót, według K. stąd też jedynym wskaźnikiem oczyszczenia się wód są liczby zawartych w nich bakteryi. Z licznych badań wynika, że w rzekach wielkich o szybkim biegu zmniejszenie liczby bakteryi na przestrzeni 15—27 klm jest bardzo nieznaczne, albo też zupełnie niewidoczne; w innych rzekach mniejszych i górskich (Izara, potoki Czarnolasu) oczyszczenie odbywa się szybko. Oczyszczenie się szybkie spostrzega się na rzekach, przebiegających jeziora; w każdym razie jest jednak niedostateczne pod względem higienicznym. Najlepsze wyniki otrzymuje się w wodach stojących i płynących wolno, szczególnie w jeziorach sztucznych (Talsperren). Badania autora, wykonane na jeziorze, zaopatrującem miasto Barmen, rzucają nowe światło na sprawę samoistnego oczyszczania się wody w tych jeziorach. Liczba bakteryi w wodzie tego jeziora bywa najmniejsza na wiosnę i w lecie, wzrasta zaś pod jesień, a przyczyną tego jest wielki dopływ nowej wody pod jesień, obniżenie ciepłoty, silne fale, deszcz i t. p. Najmniej ujemnego wpływu wywierają te czynniki na wodę zawartą w głębi jeziora. Do oczyszczenia dokładnego wody potrzeba wielu dni, a nawet tygodni, a zatem czasu, nadto działa tu naświetlenie, rozcieńczenie, siła ciężkości i brak pożywienia, w części zaś obecność pierwotniaków, której nie przypisuje K. zbyt wielkiego znaczenia. Któremu z czynników przypisać trzeba rolę najważniejszą, zależy od chwilowych i miejscowych warunków. Ile w tym procesie samoistnego oczyszczenia odnieść należy do czynników uorganizowanych, niższych tworów zoologicznych i botanicznych — w szczególności zielenic — oraz bakteryi, rozstrzygnąć muszą badania pracowniane i dokonane w naturze. W każdym razie — zdaniem Krusego — badania te wykażą, że dotychczas zanadto wielką rolę przypisywano działalności bakteryi.

8. Próby filtracyi na małą i wielką skalę. Praca niniejsza zasługuje na szczególniejszą uwagę ze względu na to, że dowodzi, iż pojęcia nasze o małej zdolności filtracyjnej piasku świeżego, niepokrytego warstwą mułku, czy warstewką filtracyjną, są błędne. Doświadczenia autora, wykonane z piaskiem rozmaitych okolic doliny łożyskowej Renu i Ruhry, umieszczonym w beczkach i silnie ubitym, odkażonym wodą karbolową, dowodzą, że piasek w warstwie o grubości 60—80 cm, a nawet i mniejszej, od samego początku filtracyi bardzo dobrze filtruje. Nawet przy bardzo wielkiej szybkości filtracyjnej 900 mm na godzinę przechodziło przez filtr tylko 1% bakteryi, zawartych w wodzie sączonej. Wyjątek pod tym względem stanowi piasek z okolicy Ruhry, zawierający przeszło 60% ziaren o średnicy poniżej 6 mm, a jedynie 10% ziaren o średnicy poniżej 0,94 mm. Największą ilość bakteryi mieściły warstwy najbardziej powierzchowne piasku, zlepione ze sobą rodzajem śluzu, dosyć znaczną ich ilość warstwy z głębokości 20 cm. Spuszczenie wody z filtru i ponowne napełnienie go z góry wywoływało zawsze wzmożenie się liczby bakteryi w przesączu. Znaczniejsza ciepłota wody sączonej, oraz wielka ilość bakteryi w niej sprzyja rozwojowi ich we filtrze, a tem samem daje przesącz pod względem bakteryjnym gorszy. Dłuższy ruch nieprzerwany filtra powoduje jego przepuszczalność, albo też przepuszczanie bakteryi, zatrzymanych w okresach działalności poprzednich. Usunięcie warstwy mułku na filtrach wodociągowych wywołuje według K. pogorszenie wyniku filtracyi 12-krotne. W doświadczeniach, dokonanych na wielką skalę na rowach, zasilających teren wodociągu gruntowego w Bochum i Steele, otrzymywał K. przy zwykłym stanie wody w wodzie wodociągowej najwyżej 0,1% bakteryi, któremi zakaził wodę rowu; ilość ta wzrosła najwyżej do 1% w razie nagłego i sztucznego wzniesienia stanu wody w rowach o 1,4 m ponad stan normalny. Niedostateczna działalność piasku i żwiru Ruhry, stwierdzona doświadczeniami pracownianemi, znikła w doświadczeniach na wielką skalę. Zdaniem K. sztuczne dostarczanie wody wodociągom gruntowym rowami, przebiegającemi przez teren wodociągowy, rokuje wiele nadziei. *L. Bier.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Wygodne kleszcze łącznie z igłą Deschampa podał Axhausen. Nadają się one znakomicie do zakładania mnogich podwiązek przy podwiązywaniu sieci, krezki i t. p. Kleszcze ma ciągle operator w ręce prawej i zgniata niemi dane miejsce, asystent zaś nawleka nitki i zakłada podwiązki. Zyskuje się przez to na czasie, bo nie trzeba ciągle zmieniać dwóch narzędzi, t. j. Deschampa i kleszczy do zgniatania. (*Münch. med. Wochs.* Nr 13). *K.*

Nagłe tworzenie się przerzutów w skórze przy leczeniu mięsaka grzbietu promieniami Röntgena spostrzegał Kanitz. Przypadki takie nie są odosobnione. (*Med. Klinik*, Nr 14). *A.*

Raka języka operuje Butlin, mający na tem polu może największe doświadczenie wśród współczesnych chirurgów, zawsze dwuczasowo. Najpierw usuwa gruczoły i podwiązuje tętnicę językową, a potem dopiero wycina język. Gruczoły, o ile nowotwór nie przekracza linii środkowej, wyjmuje B. tylko po stronie chorej. Ze 197 operowanych zmarło 20 bezpośrednio po operacyi, 26 wskutek przerzutów w ustach, 29 w gruczołach, 77 wyleczonych (krócej, niż 3 lata po operacyi 22, dłużej, niż 3 lata — 55). (*Brit. med. J.*, 2. I., 1909). *A.*

Przeszczepianie gruczołu tarczowego podług Salzera udaje się najlepiej sposobem Eiselsberga, t. j. pomiędzy powięź brzuszną, a otrzewnę, przyczem o wiele lepiej przyjmuje się u zwierząt tkanka gruczołu, jeżeli się ze szyi usunie gruczoł zupełnie, niż gdy wytnie się gruczoł na szyi tylko częściowo. (*Wiener klin. Wochs.*, Nr 11). *A.*

Przy operacyi ogólnego zapalenia otrzewnej radzi White operować sucho i nie płukać jamy brzusznej. Dbać natomiast należy o dokładne sączkowanie, zwłaszcza miednicy. Po operacyi chorych powinno się układać prawie siedząco. (*Brit. med. J.*, 9. I., 1909). *A.*

Przy stawach wrzekomych równie dobre usługi, a nieraz i lepsze, jak szew kostny, oddają podług Reinharda Stoelznera wstrzykiwania krwi i leczenie zastoiną. (*Inaug. Diss.* Monachium). *A.*

Gruźlicę krtani radzi Kraus leczyć naświetlaniem słonecznem. Chory siedzi przed lustrem plecami do słońca, wkłada sobie sam lusterko krtaniowe i kieruje promienie na krtań. Chorzy uczą się tego prędko; wyniki lecznicze bardzo dobre. (*Münch. med. Wochs.* Nr 13). *A.*

Błonę i jamę bębenkową znieczula Tiefenthal w następujący sposób: Najpierw na błonę bębenkową wpuszcza się na 15 minut 4 krople 20% kokainy z dodatkiem kropli suprareniny (1:1000). Potem przez dolny odcinek błony bębenkowej wkłuwa się igłę strzykawki i wpuszcza 2—4 kropli 5—10% kokainy z dodatkiem adrenaliny (w stosunku 1 adrenal.: 5 kokainy). Już w kilka sekund występuje zupełne znieczulenie. (*Münch. med. Wochs.* Nr 13). *A.*

Arsacetin podał Ehrlich w miejsce atoksylu, ponieważ atoksyl często działa trująco. Arsacetin ma być 4—5 razy mniej trujący. Wstrzykuje się go po 0,6 na raz. Mimo tych zapewnień, Ruette spostrzegał po wstrzyknięciu 3·6 grm tego środka (z powodu łuszczycy), wystąpienie zaniku nerwu ocznego i przestrzega też przed używaniem tego przetworu. (*Münch. med. Wochs.* Nr 14). *A.*

Kąpiele dziegciowe urządza Taege w bardzo prosty sposób według przepisu: *Ol. Rusci 150,0, L. Kali kaust. Ph. G.) 90,0 MDS.* Przed użyciem wstrząsnąć i z połową litra denaturowanego spirytusu pomieszać (na 2 wanny). (Kąpiele te są skuteczne w chorobach skórnych, jak wyprysku, łuszczycy, świerzbiączce i t. p.) (*Münch. med. Wochs.* Nr 14). *A.*

Marskość nerek u zwierząt wywołał Schlayer przez wstrzykiwania adrenaliny w miąższ nerek. (*Tow. lek. Tübingen*, 8. II., 1908). *A.*

Czynność ciałek nabłonkowych omawiał na posiedzeniu lek. wiedeńskich Falta. Wycięcie gruczołu tarczowego i ciałek bocznych, albo też wycięcie tylko tych ciałek, wywołuje objawy tężyczki i cukromocz po adrenalinie. Natomiast wycięcie samego gruczołu tarczowego (bez ciałek) nie wywoływało cukromoczu adrenalinowego. Zmiany te były przejściowe i trwały zwykle do paru tygodni. *A.*

Przy podawaniu małych dawek strontu ciężarnym zwierzętom uzyskuje potomstwo zdaniem Lehnerdta silne kości, natomiast przy dawkach wielkich występują zmiany, przypominające żywo krzywicę. (*Tow. lek. Halle*, 6. I., 1909). *A.*

Mór według Jordanskyego i Kladnitskyego przenosi się ze szczurów na ludzi za pośrednictwem pluskiew. J. i K. wykazali, że prątki moru w ciele pluskiew zachowują żywotność 10 dni i dłużej. (*Ann. d. Inst. Past.*, *mai*, 1908). *A.*

Tuberkuliny t. zw. żelazowej (t. j. otrzymanej ze starej tuberkuliny przez strącenie chlorkiem żelaza) używał do odczynu skórnego Ohm i doszedł do wniosku, że dodatni wynik dowodzi napewno tak u dzieci, jak i u dorosłych, obecności większego ogniska w ustroju, natomiast wynik ujemny nie ma praktycznego znaczenia i gruźlicy nie wyłącza. (*Med. Klinik*, Nr 14). *A.*

Dla zbadania, czy prątki gruźlicze leżą wewnątrz ciałek białych, czy luźno poleca Assmann następujący sposób barwienia: 1) minutę w gorącej karbol-fuchsynie, odbarwienie 5% kwasem siarkowym i wyskokiem bezwzględnym; 2) wymycie wodą i wysuszenie; 3) podbarwienie [40 kroplami] barwnikiem Jennera (Grübler, Lipsk) przez 5 minut; 4) obmycie wodą. Protoplazma leukocytów występuje wyraźnie w tonie szaro-różowym, jądra niebiesko, wszelkie inne drobnoustroje ciemno-niebiesko, protoplazma nabłonków brudno-czerwono, lub szaro-niebiesko, prątki gruźlicze czerwono, a, o ile leżą śródkomórkowo, otoczone jasnem polem. (*Münch. med. Wochs.* Nr 13). *A.*

Przetwory przysadki mózgowej polecają Renon i Delille w cierpieniach serca, tam gdzie ciśnienie krwi jest nizkie, natomiast przy zmianach aorty jest to leczenie przeciwwskazane. Dawka 0,2—0,4 proszku z gruczołu. Leczenie to dobrze jest stosować w przerwach leczenia naparstnicą. (*Soc. de ther. Paryż*, 9. XII., 1908). *A.*

Przy gośćcu stawowym osiąga się podług Leesa zawsze bardzo dobre wyniki przy stosowaniu salicylu, ale w dawkach znacznie większych, niż się to zwykle czyni. L. podaje salicylan sodu 10 razy dziennie w równych częściach ze sodą. Zaczyna od 10,0 grm i dodając dziennie 2—4 grm, dochodzi do 40,0. Powikłań L. nie spostrzegał. (*Brit. med. J.* 16. I., 1908). *A.*

Obrzęk powiek jest podług Spriggsa często jednym z pierwszych objawów niektórych epidemii grypy. (*Brit. med. J.*, 12. XII., 1908). *A.*

Tak zwane przelotne białkomocze wydarzają się podług Schreibera dość często, trwają kilka godzin, i znikają bez śladu. U jednej chorej spostrzegał S. białkomocz po każdem badaniu górnych części brzucha i ucisku na aortę. Także u niektórych innych chorych udało się S. wywołać w ten sposób przelotny białkomocz, który odnieść należy do chwilowych zaburzeń krążenia nerkowego. (*Med. Klinik*, Nr 14). *A.*

Przy skazie moczanowej poleca Fenner *acidum thymicum* 3 razy dziennie po 0,52 (kołaczyki po jedzeniu). W razie zaostrzenia się sprawy zaleca F. dawki większe, w sprawach przewlekłych można podawać środek ten nawet i miesiącami. (*Lancet*, 19. XII., 1908). *A.*

Przeciwko drżączce starczej poleca Massaglia paratyreoidynę. (*Gaz. d. osp.* Nr 149, 1908). *A.*

Ciekawą statystykę cukrzycy w Szwajcaryi podaje Jan Ziegler (za rok 1901—1905). Śmierć z cukrzycy wypada do innych zgonów w stosunku 1: 300. Umiera 59% mężczyzn, a 41% kobiet, głównie po 60. roku życia, i to głównie z klasy zamożniejszej i więcej z ludności francuzkiej, niż niemieckiej. W 30% za przyczynę śmierci podano śpiączkę cukrzyczą, zwłaszcza u młodych osobników, potem idą powikłania płucne i sprawy ropne. *A.*

Mleko wolne od cukru dla użytku chorych na cukrzycę podał Bomma. W smaku nie różni się ono od zwykłego, wyjałowionego mleka i daje się we flaszkach przechowywać długi czas. Niestety na razie wyrabiają to mleko tylko w Berlinie. *A.*

Porażenia błonicze od czasu wprowadzenia leczenia surowicą wcale nie stały się rzadsze, a nawet porażenia serca są częstsze. Twierdzi to Malynicz na podstawie 1391 przypadków błonicy ze szpitala dziecięcego w Zürichu. Porażenia przy leczeniu surowicą występują wcześniej i trwają krócej, niż dawniej, przyczem częściej występują porażenia kończyn, niż podniebienia i t. p. Według M. śmiertelność u porażonych od czasu wprowadzenia surowicy stała się nawet większą. (Zürich, 1908 wyd. *Akademia*). *A.*

Ważenie niemowląt w domu umożebnia tani przyrząd, podany przez Holzapfla, dający się dołączyć do każdej większej wagi domowej. (*Münch. med. Wochs.*, Nr 12). *K.*

Fałszowanie mięsa. Na 166 prób t. zw. siekanego mięsa u rzeźników wykazał Fränkel w 151 domieszkę siarkanu sodu. (*Kl. Jahrb.* XX., 3). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 31. marca 1909 r.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 72.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Bruner miał wykład: **O obecnych zagadnieniach promieniotwórczości.**

W dyskusyi zabiera głos Prof. Klecki, zapytując prelegenta, jakie mamy prawo sądzić, że przy doświadczeniach z ciałami promieniotwórczemi tylko pojedyncze niejako ładunki ciała promieniotwórczego bywają wyrzucane ku ścianom rury szklanej. Prelegent wyjaśnia tę sprawę.

3) Dr Nelken miał wykład p. t.: **Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego wartość rozpoznawcza w chorobach umysłowych i nerwowych na tle kiły powstających.**

Dyskusyę rozpoczął Prof. Jaworski, podnosząc, że obecnie próby Wassermanna wydają coraz lepsze wyniki. Mowca przytacza dane statystyczne ze spostrzeżeń Laschki i Löfflera, zebranych na bardzo wielkiej ilości chorych. W ustaleniu etyologii przy wiądzie rdzenia badanie to odgrywa rolę rozstrzygającą, bo jeśli daje stale ujemny wynik, to można przyjąć za przyczynę cierpienia uraz lub przeziębienie, jak to twierdzi Leyden. U chorych na kiłę, a pozornie wyleczonych, radzi Prof. J. przez długi szereg lat robić próbę Wassermanna i zawsze powtarzać swoiste leczenie, dopóki odczyn daje dodatnie wyniki. W pierwszych latach choroby należałoby kilka razy do roku robić powyższe próby. Po 35 latach niema już zwykle odczynu. — Dr Eisenberg robi uwagę, że przy rozmaitych zakażeniach zjawia się niekiedy zwiększona ilość globuliny, należy to więc brać pod uwagę nawet wtedy, gdy się stwierdzi objaw pleocytozy. — Prof. Piltz zwraca uwagę na praktyczne znaczenie odczynu Wassermanna we wczesnych okresach zniedołężnienia poraźnego, na tle kiły powstającego. Zdarza się bowiem często, że początkowym objawem jest tylko pewna depresya, naprowadzająca na myśl neurastenię. W razie dodatniego odczynu rozpoznanie uproszczone i leczenie odpowiednie. — Dr Szymanowski zapytuje, czy odczyn W. w płynie mózgowo-rdzeniowym występuje już wcześnie. — Dyskusyę zakończyły wyjaśnienia prelegenta. *Dr Damski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XII. Posiedzenie naukowe d. 16. kwietnia 1909.

I. Przewodniczący zawiadamia o mającym się odbyć w Poznaniu obchodzie 500-letniej rocznicy śmierci sławnego klinicysty polskiego Strusia; przedstawicielem Towarzystwa będzie Prof. Rydygier.

II. Kol. Prof. Kucera na prośbę zarządu przedstawia sprawę zarzutów podniesionych w jednym z dzienników przeciw kol. Hornungowi z powodu jego badań kontrolnych nad dezynfekcyą mieszkań, przeprowadzaną przez miasto. Po krótkiej dyskusyi polecono zarządowi zająć się tą sprawą i wydać odpowiednią opinię kol. Hornungowi, który się o nią zwrócił do Towarzystwa.

III. Kol. Selzer przedstawia **próby**, tyczące się czynności trzustki (Sahliego, Schmidta, Cammidgea) oraz dodatnie wyniki otrzymane przy stosowaniu próby Cammidgea.

IV. Kol. Orzechowski przedstawia 48-letniego chorego z wybitnemi **zmianami odżywczemi skóry** i jej wytworów (wypadanie włosów, kruchość paznokci i zębów, brak pocenia się, zmiany barwikowe), drżeniem, ogólnem osłabieniem. U chorego stwierdza się prawie zupełny zanik gruczołu tarczowego, pewne zboczenia w nerwach czuciowych i ruchowych, zapomocą rentgenizacyi powiększenie przysadki mózgowej i, zdaje się, obecność grasicy, nadto przerost narządu chłonnego. Trzustka, wątroba i nadnercze nie wykazują upośledzeń w wydzielaniu. Chory wykazuje nadto objawy niewielkiej **akromegalii.** Na skórze dość liczne guzki, które, jak badanie drobnowidowe wykazało, są tkanką martwiczą, naciekłą złogami soli wapniowych (bad. chemiczne). Prelegent stosuje u chorego pastylki tyreoidynowe; obecnie widoczne znaczne polepszenie.

Kol. W. Ziembicki przedstawia wynik badania wydzielin chorego. Podnosi obecność limfocytozy (50%), którą, jak to ostatnie badania wykazują, możnaby odnieść do grasicy, i w ogólności porusza sprawę działania grasicy na układ krążenia. Na podstawie ujemnego wyniku próby Cammidgea wyłącza cierpienie trzustki. W końcu mówi o znaczeniu grupy gruczołów »o wewnętrznem wydzielaniu«. Kol. Ostrowski okazuje i objaśnia zdjęcia rentgenowskie, wykonane w przedstawionym przypadku. Kol. Hornowski zgrubień członów palców nie uważa za objaw akromegalii, ale raczej za zmiany, dnie odpowiadające, tem więcej, że podobne zmiany były i u matki chorego, cierpiącej na dnę.

V. Kol. W. Ziembicki mówi: **O znaczeniu rozdzielania białka w moczu dla rozpoznania skrobiawicy nerek.** W dyskusyi zabiera głos kol. Opolski. *Nowicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Zakład ubezpieczeń dla wszystkich lekarzy austryackich projektuje Wydział austryackich Izb lekarskich ze względu na to, że do ubezpieczenia lekarzy nie są obowiązane wszystkie zatrudniające ich instytucye i że w niektórych przypadkach opłacane przez lekarzy premie są nieproporcyonalnie wysokie. Zakład nie polegałby na zasadzie wzajemności, lecz byłby towarzystwem akcyjnem. Do założenia potrzeba około 1,500.000 kor. kapitału, który zgromadzonoby przez wypuszczenie 7200 akcyi po 200 koron. Wydział Izb zajmuje się obecnie opracowaniem statutu Zakładu. *R.*

Instrukcya służbowa dla lekarzy gminnych Austryi niższej, wydane właśnie przez tamtejsze namiestnictwo, nakłada na nich następujące obowiązki: wykonywanie policyi zdrowia, stwierdzanie i usuwanie usterek sanitarnych, nadzór nad środkami żywności, zwalczanie partactwa lekarskiego, nadzór nad obłąkanymi, kalekami i podrzutkami, nie umieszczonymi w zakładach, zapomocą kontroli, wykonywanej przynajmniej raz do roku, interwencya wobec chorób zakaźnych, szczepienie i rewakcynacya przynajmniej raz w roku, bezpłatne badanie szupaśników, leczenie ubogich i podrzutków za osobnem wynagrodzeniem z powiatowych lub krajowych funduszów ubogich, zastępowanie lekarzy rządowych na wezwanie władz za wynagrodzeniem normalnem. — Za czynności urzędowe nie mogą lekarze od stron prywatnych żądać ani przyjmować żadnego wynagrodzenia. Lekarzom gminnym przysługują dyety po 7 koron dziennie, prawo do corocznego czterotygodniowego urlopu; koszta zastępstw muszą pokrywać sami lekarze gminni. *R.*

Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy warszawskich liczyła w r. 1908 (dziewiątym istnienia) 144 uczestników, którzy złożyli w ciągu roku 9639 rb.; rachunek wkładek członków zamknięto kwotą 37.341 rb. Pożyczek wypłacono w r. z. 10.342 rb., spłacono 11.800 rb., pozostaje na pożyczkach 14.962 rb. Czysty zysk w r. 1908 wynosił 1793 rb., na r. 1909 spodziewany jest zysk 1937 rb. *R.*

Kasa zapomogowa dla lekarzy i wdów po lekarzach w Bawaryi rozdała w r. 1908 zapomóg 17.817 marek. Majątek wynosi 357.060 marek. Kasa liczy 2583 członków, płacących 15.629 marek rocznie; stale zaopatruje ona 53 wdów i sierót kwotą 9625 marek rocznie. *X.*

Na konferencyi w sprawie ustaw o ubezpieczeniu w Budapeszcie domagał się sędzia Harkanyi wprowadzenia przy-

musu operacyjnego w razie, jeżeli są widoki, że operacya może przyspieszyć wyleczenie. Ze strony lekarzy podniesiono jednak protest, albowiem według ustawy nie wolno nikogo operować bez jego woli, z wyjątkiem małoletnich i umysłowo chorych. *X.*

W sprawie fizycznego wychowania młodzieży szkolnej wydało austryackie ministerstwo spraw wewnętrznych do wszystkich władz szkolnych krajowych wystosowane rozporządzenie, w którem podnosi doniosłość ćwiczeń fizycznych dziatwy szkolnej i wskazuje na konieczność, aby wychowańcy seminaryów nauczycielskich uczyli się zabaw ruchowych. W tym celu mają być w seminaryach nauczycielskich wprowadzone osobne ćwiczenia popołudniowe pod kierunkiem wykształconych w tym względzie nauczycieli. Zarządy szkół mają zaś wejść w porozumienie z towarzystwami gimnastycznemi, pływackiemi, sportowemi i t. p. w sprawie uzyskania placów i przyrządów do zabaw. *R.*

Zwalczanie gruźlicy na Węgrzech postępuje raźnym krokiem. Do istniejących już 4 sanatoryów, 5 dyspensatoryów, 1 stacyi i 1 szkoły leśnej, przybyły niedawno 2 dalsze dyspensatorya i 1 sanatoryum. Na Węgrzech istnieje 13 towarzystw, zmierzających do budowy dalszych sanatoryów. *R.*

Śmiertelność osesków była w wielkich miastach całego świata w r. 1907 mniejsza, niż w poprzedniem siedmioleciu. Na 100 żywo urodzonych przypadało śmierci wśród osesków m. i. w Kairze 33·0, w Chicago 26·7, w Petersburgu 26·6, w Moskwie 26·3, we Wrocławiu 22·4, w Rouen 19·5, w Lille, Monachium i Poznaniu po 19·3, w Marsylii 17·9, w Warszawie 17·2, w New-Yorku 15·6, w Peszcie 15·5, we Lwowie 14·6, w Wiedniu 14·4. Najmniejszą śmiertelność miały: Aberdeen 2·6, Bordeaux 6·2, Christiania 7·7, Amsterdam 8·9, Zürich 9·5, Paryż 10·4, Berlin 11·2, Londyn 11·4, Grac 13·2 i t. d. *R.*

Śmiertelność w Rosyi wynosiła w r. 1906 29·2 pr. m. Lekarzy było w tym roku 17.096, felczerów i felczerek 21.670, szpitali 7.100 ze 167.000 łóżkami. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 18. IV. do 24. IV. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Brzeżany (Budyłów 6), Buczacz (Krasiejów 1, Zadarów 1, Płaszcza 7), Drohobycz (Medenice 3, Letnia 3, Mraźnica 3, Bolechowce 6), Gródek jag. (Gródek jag. 1), Horodenka (Hawrylak 10, Harasymów 3, Targowica 11, Czortowiec 33, Żywaczów 1, Głuszków 3, Obertyn 1), Jaworów (Lubienie 6), Kałusz (Słoboda nieb. 6), Kolbuszowa (Sokołów 1), Kołomyja (Słobódka polna 11, Siemakowce 5, Chomiakówka 2), Lisko (Łupków 3), Mościska (Małnów 1, Małnowska wola 3, Trzcieniec 4), Nadwórna (Pniów 12), Rawa (Ulhówek 1, Wulka mazow. 4), Sanok (Osławice 20), Skałat (Nowosiółka skał. 1), Śniatyn (Trościaniec 7, Rożnów 2), Stanisławów (Chomiaków 9), Stryj (Komarów 4), Turka (Turka 2, Ilnik 6), Zaleszczyki (Capowce 3), Żółkiew (Batiatycze 1), Żydaczów (Mikołajów 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 18. IV. do 24. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcy 1), płonicy 21 † 2, odry 1 (1), duru osutkowego 1 (1), duru brzusznego 4 (1), nagminnego zapalenia opon 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. IV. do 24. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 3 (w tem obcych 3 † 2), krztuśca 1, płonicy 5 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 6 (5), gorączki połogowej 1 (1) *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 28. III. do 3. IV. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 3, płonicy 3, duru osutkowego 53 † 1, duru brzusznego 8 † 4, duru powrotnego 14, błonicy 1, róży 7, grypy 5. (*Gaz. lek.* 17).

W sprawie zmiany ustawy Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Zmiana ustawy Towarzystwa lekarzy galicyjskich będzie przedmiotem obrad najbliższego Walnego Zgromadzenia. Projekt zmiany opracowany został przez komisyę, wybraną w tym celu na ostatniem Walnem Zgromadzeniu, w porozumieniu z komisyą, wybraną przez Towarzystwo lekarskie krakowskie. Projektowane zmiany zmierzają do połączenia Towarzystw lekarskich w Galicyi w jedną całość i do wydatnego poparcia naukowych i humanitarnych celów tego zrzeszenia się.

Wobec wagi sprawy z uznaniem podnieść należy, że Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich zajęła się nią żywo i prosiła osobną odezwą wszystkie Sekcye o rozpatrzenie projektu, wzywając zarazem delegatów Sekcyi na naradę, która się ma odbyć dzień przed Walnem Zgromadzeniem, calem ustalenia wspólnego postępowania. To powszechne zainteresowanie się sprawą jest objawem bardzo korzystnym, bo rozwój takiej instytucyi, jak Towarzystwo lekarzy galicyjskich, tylko w takim razie może być pomyślny, jeżeli do niego przyłożyć zechce ręki ogół kolegów.

Do osiągnięcia jednozgodnego porozumienia, któreby pozwoliło odrazu i bez odwłoki dokonać pożytecznych reform, może przyczynić się rozpatrzenie głównych zasad projektowanych zmian i wyjaśnienie niektórych szczegółów. To wyjaśnienie jest celem niniejszych uwag.

Sekcya jarosławska wychodzi ze słusznego punktu widzenia, że Towarzystwo lekarzy galicyjskich ma dwa cele równie ważne, równie doniosłe, a mianowicie: 1) wspieranie wdów i sierot po lekarzach i 2) popieranie i szerzenie wiedzy lekarskiej. Niewątpliwie wszystkim lekarzom zależy na obu tych celach. Cele te stwarzają grunt, na którym się wszyscy spotykamy. Lekarz, któryby nie miał zrozumienia dla obu tych celów, stanąłby poza społecznością lekarską, ożywioną zawsze uczuciem ludzkości i zapałem do wiedzy i nauki.

Co do sposobu, jak obu tym celom ma Towarzystwo lekarzy galicyjskich zadość uczynić, musi nastąpić porozumienie. Wkładka roczna w Towarzystwie wynosi dotąd 20 K., jak przed 40 laty. Czy ta kwota wystarczy, aby szerzyć wiedzę lekarską w kraju i zapewnić wsparcia materyalne wdowom i sierotom? Popieranie wiedzy lekarskiej polega, jak wiadomo, przeważnie na tem, że się spostrzeżenia, wykłady, wyniki badań i prace naukowe ogłasza drukiem. Czynią to u nas obecnie dwa pisma lekarskie, wychodzące we Lwowie i w Krakowie. Na poparcie tego celu zamierza przeznaczyć Sekcya jarosławska po 10 koron od członka. W roku 1908 drukowały oba te pisma 136 prac oryginalnych, a obok tego prowadziły obfity dział sprawozdawczy, odźwierciedlający najważniejsze prądy obcego piśmiennictwa lekarskiego i ruch naukowy w Towarzystwach lekarskich polskich. Treść pism naszych należałoby jednak jeszcze więcej wzbogacić i ramy ich rozszerzyć, aby zaspokoić w należytej mierze potrzeby czytelników. Otóż do tego właśnie zmierza projekt nowej ustawy, opracowanej przez komisye statutowe we Lwowie i Krakowie. Według niego bowiem w przyszłości każdy członek Towarzystwa otrzymywałby oba pisma, a w ten sposób już przy obecnym stanie wydawnictw, materyał znacznie obfitszy. Niewątpliwą zaś okazuje się korzyść z takiego urządzenia wobec faktu, że pisma te mają się w przyszłości nawzajem uzupełniać. Nietylko w zakresie rozpraw oryginalnych będzie przeto czytelnik otrzymywać dwukrotnie więcej, ale i sprawozdawczy dział będzie rozszerzony w ten sposób, aby nowe w nim nabytki podzieliły się między oba pisma i aby się jedno i tosamo w obu pismach nie powtarzało. Członkowie Towarzystwa otrzymywać będą przez to jakby jedno pismo, w dwóch niejako oddziałach wychodzące i dwakroć bogatsze, a oparte w obu oddziałach na stalszych materyalnych podstawach, które zapewnią dalszy rozwój. Czy jednak ta postępowa reforma da się przeprowadzić, gdybyśmy zmniejszyli poparcie materyalne, udzielane pismom przez Towarzystwo? Od każdego członka płaciliśmy za jedno pismo przez blizko 40 lat po 13 K., a członkowie krakowscy po 14 K., a dziś przy olbrzymio wzmożonej produkcyi literackiej miałoby wystarczyć 10 K. chociaż druk, papier i administracya o tyle więcej kosztują, niż dawniej, objętość pisma wzrosła, a dla wypełnienia rosnących potrzeb czytelników należy im dostarczyć jeszcze obfitszego materyału? To też na razie potrzeba conajmniej 18 K. od członka na poparcie piśmiennictwa. Za tę kwotę będzie można członkom dostarczać oba pisma, na podstawie podanej powyżej kombinacyi, a dzięki temu, że pisma nasze, na żadne zyski nie obliczone, do kosztów wydawnictwa dokładają z innych jeszcze źródeł. Projektowana zmiana ustawy czyni w ten sposób zadość słusznemu postulatowi, aby Towarzystwo wypełniało jeden ze swych obu głównych celów w mierze odpowiadającej wymaganiom doby obecnej i nowoczesnym postępom umiejętności lekarskich.

Równie ważną, dla niektórych nawet ważniejszą jest rzeczą sprawa wspierania wdów i sierót. Dotąd kapitalizowaliśmy część dochodów, co według nowego projektu ustaje, skutkiem czego kwota na pensye i na wsparcia będzie znacznie większa. Nowy

bowiem projekt wychodzi z zasady, że żyjący organizm, jakim jest Towarzystwo, może się opodatkować, a świadczenia wzajemne muszą się równoważyć.

Nie można od nas żądać, abyśmy tylko sami składali kapitały dla następców, a trudno znowu się spodziewać, że za 10 K. rocznego świadczenia od członka, wdowy i sieroty mogą mieć dostateczne zaopatrzenie. Może to nastąpić dopiero w przyszłości, jeżeli się będzie udzielać wsparcia tylko wdowom i sierotom po lekarzach, którzy do Towarzystwa należeli, a ilość darów i zapisów się wzmoże.

Będzie tedy rzeczą układu, w jaki sposób można zadość uczynić potrzebom wsparcia wdów i sierót i potrzebom naukowym. Możnaby podnieść roczną wkładkę o pewną kwotę; gdyby zaś uchwalono, że wkładka ma wynosić tylko 20 K., jak dotąd, należałoby na razie podnieść subwencyę na wydawnictwa, a w przyszłości, kiedy wydawnictwa się ustalą, znowu podnieść subwencyę na wsparcie wdów i sierót. Na cel ten są przecież przeznaczone nietylko wkładki roczne, ale także dochody z majątku i funduszów, wynoszących obecnie kilkakroć sto tysięcy koron. Nawet przy wkładce 20 K. i udzieleniu na razie wydawnictwom żądanej subwencyi, będzie wsparcie dla wdów i sierót poważne. Gdyby np. wraz z Krakowem do Towarzystwa lek. gal. należało tylko 600 członków, tedy na subwencyę pism przypadałoby 10.800 K., na wsparcia zaś i pensye ze względu na odsetki funduszów znacznie wyższa suma. Nie można tedy powiedzieć, aby połowa dochodów szła na cele naukowe, a połowa na wsparcie, owszem, na wsparcia przeznacza się wiele więcej. Subwencya wreszcie na wydawnictwa jest tylko czasowa, w przyszłości Walne Zgromadzenie może ją obniżyć. Spodziewać się wreszcie należy, że przy pewnych zmianach w administracyi, przy lepszem zrzeszeniu się lekarzy, przy energicznem dopatrzeniu, aby każdy członek zadość czynił obowiązkom względem Towarzystwa, dochody Towarzystwa wzrosną.

I jeszcze jedna uwaga. Subwencya dla naszych wydawnictw nie jest jałmużną: za nią ci, którzy się krzątają koło pism, dają, czerpiąc z innych jeszcze źródeł, wiele więcej, niż dają za tę samą kwotę pisma zagraniczne, obmyślane na zysk. Nasze pisma lekarskie są wynikiem poczucia obowiązku względem piśmiennictwa lekarskiego; ten rozwój polskiego piśmiennictwa w najtrudniejszych warunkach jest poważnym objawem narodowej żywotności. Pomiędzy nami w Towarzystwie lekarzy gal. przeważna część członków z biegiem losu wsparcia nie potrzebuje, ale wszyscy czytać, kształcić się muszą. Dziwić się tedy nie można, że większość czuwać nad tem będzie, aby było co czytać i aby to, co się czyta, było coraz lepsze.

Sekcya jarosławska poruszyła także projekt kasy pogrzebowej na wzór »Samopomocy«; jestto rodzaj asekuracyi, która, jak dotąd, pozostaje poza celami Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Każdy członek Towarzystwa może, jeżeli chce, wstąpić do kasy pogrzebowej Krajowego Związku lekarzy (Samopomocy). Przymusowe wpisywanie członków byłoby podniesieniem wzajemnych świadczeń. Toczące się zaś układy pomiędzy Krajowym Związkiem lekarzy a Towarzystwem lekarzy galicyjskich może doprowadzą do skupienia agend filantropijnych.

Na koniec podnieść należy, że uwaga Sekcyi jarosławskiej o równych prawach i obowiązkach jest słuszna. Dlatego projekt ustawy zmierza do tego, aby wszyscy członkowie Towarzystwa lekarskiego w Krakowie należeli do Towarzystwa lekarzy galicyjskich, podczas kiedy dotąd mieli odrębne stanowisko. Z powyższego wynika, że ze względu na zgodę w zasadniczej rzeczy, dotyczącej celów filantropijnych i troski o szerzenie nauki lekarskiej, nie zachodzi istotna różnica pomiędzy projektem zmiany ustawy, rozesłanym przez Radę zawiadowczą członkom Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a projektem Sekcyi jarosławskiej. Chodzi tylko o sposób przeprowadzenia rzeczy. Delegaci Sekcyi na Walnem Zgromadzeniu znajdą niewątpliwie sposób, aby Towarzystwu lekarzy galicyjskich zabezpieczyć w przyszłości pomyślny rozwój, a mamy nadzieję, że uchwaleniem zmian ustawy stworzą warunki, które pozwolą wspólnemi siłami prowadzić do coraz większego rozkwitu instytucyę, zawdzięczającą swój początek przezornej i szlachetnej myśli naszych kolegów.

Drugi Zjazd balneologów polskich.

Przy udziale kilkudziesięciu uczestników, zarówno lekarzy, jak i przedstawicieli zarządów zdrojowisk, odbył się w dniach 23 i 24 kwietnia b. r. w Domu lekarskim w Krakowie drugi Zjazd balneologiczny. W gronie uczestników, oprócz przedstawicieli wszystkich zdrojowisk galicyjskich, znajdowali się wysłańcy zdrojowisk naszych z Królestwa. Towarzystwo balneologiczne polskie, które Zjazd ten zorganizowało, przygotowało na Zjazd pokaźny »Pamiętnik«, jako drugi tom swoich wydawnictw. Pamiętnik ten, obejmujący 15 arkuszy druku, zawiera oprócz sprawozdań z działalności Towarzystwa balneologicznego w latach 1905—1909 i z obrad krajowej ankiety balneologicznej, odbytej w r. 1906, rozprawy: prof. dra L. Korczyńskiego, dra Regieca, Damańskiego, inż. Morawskiego, dra Wąsowicza, Dobrzyckiego, Praschila, Grundzacha, Piotrowskiego, J. Jaworskiego, J. Zanietowskiego. Rozprawy te i artykuły dotyczą bądź to ogólnych zagadnień balneologicznych, wodoleczniczych itd., bądź poszczególnych zdrojowisk naszych, wskazań leczniczych i wyników leczenia, bądź spraw balneotechnicznych i stosunków ekonomicznych naszych zdrojowisk.

Obrady Zjazdu odbiją się szczegółowo i wiernie w publikacyach Towarzystwa balneologicznego polskiego. Tutaj wystarczy wobec tego w ogólnych tylko rysach podać przebieg Zjazdu i zaznaczyć, że świadcząc dodatnio o ruchliwości naszego Towarzystwa balneologicznego, stanowi on dowód, iż ogół naszych lekarzy zdrojowych coraz gorliwiej stara się skierować nasze zdrojownictwo na tory pomyślnego rozwoju.

W przeddzień Zjazdu odbyło się Walne Zgromadzenie Towarzystwa balneologicznego, na którem uchwalono podjąć kroki w sprawie utworzenia katedr balneologii na obu wszechnicach galicyjskich i w sprawie utworzenia komisyi zdrojowej przy Wydziale krajowym, oraz przy ministerstwie. Następnie przyjęto sprawozdanie Wydziału z ostatniego roku, w którem Wydział podnosi udział swój w zorganizowaniu bojkotu zdrojowisk pruskich, w ankiecie, zwołanej do Lwowa w celu założenia »Ligi zdrojowisk« i w przedstawieniu przy tej sposobności władzom najpilniejszych potrzeb zdrojownictwa krajowego. Wydział starał się usilnie o rozwój organu Towarzystwa, a najważniejszym w tym kierunku krokiem było zakupienie i złączenie z organem Towarzystwa drugiego pisma o pokrewnym kierunku, wydawanego w Krakowie. Towarzystwo liczyło w ostatnim roku 50 członków zwyczajnych, 6 wspierających i 8 honorowych. W końcu dokonało Walne Zgromadzenie wyborów, powołując do Wydziału Towarzystwa drów Aronsohna, Frączkiewicza, Pelczara, Regieca i Wąsowicza.

Zjazd, powitany przez Jana hr. Potockiego imieniem Towarzystwa balneologicznego polskiego, prof. dra Dobrowolskiego imieniem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, dziekana prof. Wachholza imieniem Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. dra Browicza imieniem Akademii umiejętności, dra Schneidra imieniem krajowego Związku turystycznego i dra Merza imieniem krajowego Związku przemysłowego, wybrał prezesami swoimi dra Bandrowskiego z Warszawy, dra Dłuskiego z Zakopanego i p. Grabowskiego, dyrektora Krynicy. Właściwe obrady Zjazdu rozpoczął wykład dra K. Dłuskiego i M. Rozpędzihowskiego p. t. »Wyniki badań krwi w gruźlicy wedle metody Arnetha, wykonanych w pracowni Sanatoryum«, poczem nastąpiły wykłady dra Wąsowicza i dra Z. Pelczara »O leczeniu przewlekłych chorób serca w zdrojowiskach krajowych«. Z zakresu lekarskiego odbyły się nadto wykłady dra Regieca »O koloniach leczniczych dla dzieci zołzowych«, dra Aronsohna »O leczeniu chorób kobiecych w zdrowiskach krajowych«, dra Zanietowskiego »O postępach przyrodolecznictwa i wodolecznictwa w świetle najnowszych i własnych spostrzeżeń«, dra Kupczyka »O wskazaniach w stosowaniu wodoleczenia«, dra Regieca »O zastosowaniu i działaniu leczniczem solanek rymanowskich w chorobach przewodu pokarmowego«, dra Turzańskiego p. t. »Wyniki leczenia zdrojowego zołzów w Iwoniczu w porównaniu z wynikami, osiągniętymi w Bad-Hall, Salzbad i uzdrowiskach morskich«.

Drugą część obrad Zjazdu stanowiły potrzeby naszych zdrojowisk i ich sprawy ekonomiczne. Prelegentami w tym dziale byli: dr Kmietowicz, Flis, Bandrowski itp. Z. Rosner, a przedmiotem obrad było ekonomiczne znaczenie naszych zdrojowisk i konieczne z tego względu inwestycye, ulgi podatkowe i inne, dalej urządzenie wystawy zdrojowisk, sprawa prasy zdrojowej i reklamy na usługach zdrojowisk.

Zarówno wykłady naukowe, jakoteż i referaty w sprawach ekonomicznych były punktem wyjścia bardzo ożywionych dyskusyi. W dyskusyach tych wyłonił się cały szereg doniosłych wniosków, których wykonanie polecił Zjazd częścią umyślnie wybranym komisyom, częścią zaś Wydziałowi Towarzystwa balneologicznego.

Uczestnicy Zjazdu zwiedzili w czasie wolnym od obrad zakład Zanderowski drów Wachtla, Merza i Staszewskiego, oraz Zakład zdrojowy w Swoszowicach pod Krakowem. Po zamknięciu Zjazdu odbyło się zebranie koleżeńskie, na którem wygłoszono szereg przemówień.

Zarówno żywe zajęcie, z jakiem uczestnicy Zjazdu brali czynny udział w obradach, jakoteż liczba i doniosłość uchwalonych wniosków są zadatkiem dalszego, pożytecznego działania Towarzystwa balneologicznego i pomyślnego rozwoju Zjazdów balneologicznych polskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 28. IV. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Jaworski i Dr Korolewicz wykładali: »O opsoninach w schorzeniach gruźliczych i technice ich badania«, poczem przedstawili chorych klinicznych.

— Towarzystwo ginekologiczne krakowskie wybrało na r. b. prezesem Prof. Dra Rosnera, wiceprezesem Dra Cerchę, sekretarzem Dra Jareckiego, skarbnikiem Dra Lachsa.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Leon Rosławski, rodem z Mędrzechowa w Galicyi.

— »Przegląd zdrojowy« i »Przewodnik kąpielowy« połączyły się w jedno pismo pod nazwą »Przegląd zdrojowo-kąpielowy« pod redakcyą Dra Flisa i Dra Frączkiewicza.

— Uczniowie Prof. A. Witkowskiego ogłaszają odezwę, zapraszającą do składek na fundacyę imienia znakomitego naszego uczonego, przeznaczoną na stypendyum dla uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego, poświęcających się studyom w zakresie fizyki. Składki przyjmuje »Bank hipoteczny w Krakowie (na rachunek bieżący fundacyi im. Prof. A. Witkowskiego)« oraz »Dom bankowy H. Wawelberga w Warszawie« (Kotzebue 6).

— W Administracyi »Przeglądu lekarskiego« można nabywać rozprawę Dra W. Bugiela p. t. »Nasz najznakomitszy lekarz odrodzenia, Józef Struś (1510—1568)«, po 2 korony za egzemplarz. Całkowity dochód ze sprzedaży przeznaczony na wmurowanie nowej tablicy pamiątkowej Strusia w Poznaniu.

Lwów. Towarzystwo walki z gruźlicą ogłosiło swoje sprawozdanie za cały czas istnienia. Założone 14. października 1904, za inicyatywą głównie Dra T. Janiszewskiego, rozpoczęło Towarzystwo zrazu starania o założenie sanatoryum; myśl ta jednakże dla braku funduszów nie urzeczywistniła się, a gdy tymczasem zmieniły się nieco w całej Europie zapatrywania na znaczenie sanatoryów i rozpoczął się ruch w kierunku dyspenzatoryów, zwróciło Towarzystwo swoją działalność w tym nowym kierunku i 17. maja 1908 otworzyło pierwsze dyspenzatoryum we Lwowie, powierzając kierunek lekarski Drowi W. Czerneckiemu i d. H. Balabayderowi; opiekunką była p. Kwiatkiewiczowa. Z dyspenzatoryum korzystało po koniec r. 1908 117 mężczyzn i 72 kobiety; tylko u 33 z tych osób nie wykazano zmian gruźliczych. Oprócz działalności dyspenzatoryum według przyjętego we Francyi programu starało się Towarzystwo odosabniać zdrowe dzieci od chorych rodziców, umieszczając je w zakładach sierot i t. d. W ostatnim czasie rozpoczęło Towarzystwo starania o utworzenie kolonii leśnych. Oprócz funduszów ze składek członków i ofiar, uzyskało Towarzystwo z Tow. Czerwonego Krzyża 2000 kor. subwencyi, natomiast nie zdołało uzyskać żadnej subwencyi z państwowego funduszu przeciwgruźliczego, chociaż do tego wsparcia miało niezaprzeczone prawo. W wydziale Towarzystwa zasiadali zrazu Prof. Barwiński, Prof. Dr Gluziński (wiceprezes), Józef Hudec, Dr T. Janiszewski, Prof. Dr Jordan, Dr Lilien, Dr Legeżyński, r. dw. Dr Merunowicz, Dr E. Piasecki (sekretarz), Dr Stroynowski (skarbnik) i Antoni hr. Wodzicki (prezes). Na Walnem Zebraniu przed paru dniami zostali wybrani do Wydziału »Koła lwowskiego«: Prof. Dr Wiczkowski (prezes), Prof. Barwiński (wiceprezes), Dr Witold Ziembicki (sekretarz), Dr M. Bett i p. Piórkiewicz. Na zasadzie zmienionego statutu ma Towarzystwo rozciągnąć działalność swoją na cały kraj, tworząc w tym celu w większych miastach swoje »Koła«.

— Na Zjeździe pedagogicznym we Lwowie w d. 4. i 5. lipca b. r. będzie tematem obrad sekcyi wychowania fizycznego: »Wychowanie fizyczne w duchu potrzeb narodowych«. Temat ten podzielono na 3 części: 1) Higiena szkolna i służba zdrowia. 2) Ćwiczenia cielesne ze względu na rozwój sił fizycznych, zgodnie z zasadami higienicznemi i fizyologicznemi. 3) Higiena nauki szkolnej.

— Prof. Dr Mars wybrany został posłem na Sejm z kuryi większej własności powiatu nowosądeckiego.

— W klinice pedyatrycznej wakuje posada asystenta. Termin konkursu upływa 10 maja b. r. Podania wnosić należy do Wydziału lekarskiego.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Zofia Silberstein i Zygfryd Diamant, rodem ze Lwowa.

— Wydawany przez Dra S. Mikołajskiego miesięcznik esperancki »Voĉo de kuracistoj« rozwija się pięknie i pomyślnie. Od Nowego Roku 1909 przybrał »Voĉo» charakter pisma sprawozdawczego i w każdym z 5 dotąd wydanych zeszytów ogłosił po kilkadziesiąt streszczeń z prac naukowych lekarskich wszystkich zakresów i krajów. W Nrze 5 podaje Dr Mikołajski artykuł o prasie lekarskiej polskiej. Miesięcznik ten jedna sobie coraz liczniejszych zwolenników, a objętość poszczególnych zeszytów wzrosła od Nowego Roku przeszło w dwójnasób.

— Wzorowo urządzony zakład leczniczy prywatny, obejmujący 14 pokoi, 2 sale operacyjne chirurgiczne, salę porodową, leżalnię, wziewalnię, łazienki i t. d., zbudował Dr K. Solecki.

Warszawa. Zmarły niedawno w Wysokiem litewskiem Dr Karol Kobryniec zapisał Kasie im. Mianowskiego 50.000 rb. dla osób pracujących na polu naukowem, a 60.000 na stypendya, dalej 26.000 na sanatoryum w Rudce, oprócz tego mniejsze kwoty na szpitale i przytułki w Warszawie.

— Wystawa przeciwalkoholiczna w gmachu teatralnym trwać będzie od 27. IV. do 13. V. b. r. Urządzeniem jej zajął się z ramienia Towarzystwa higienicznego komitet z Dr Bregmanem na czele; na koszta zgromadzono z ofiar dobrowolnych 2500 rb. W czasie wystawy odbywać się będą odczyty popularne i pogadanki na tematy, ściśle z wystawą złączone. Po zamknięciu w Warszawie ma być wystawa przeniesiona do miast prowincyonalnych.

Z różnych stron. W Berlinie pracuje obecnie 161 kobiet, jako pomocnice w pracowniach naukowych w zakresie histologii, bakteryologii i serologii.

— Liczba kobiet słuchaczek na wydziałach lekarskich szwajcarskich równa się prawie liczbie słuchaczy mężczyzn, gdyż w r. b. zapisanych było 876 mężczyzn, 836 kobiet.

— Dr Elżbieta Blackwell, pierwsza kobieta, która zyskała doktorat medycyny, obchodziła niedawno w Londynie 60-letni jubileusz doktoratu.

— W Stanach Zjednoczonych ma powstać państwowy urząd zdrowia, którego projekt opracowuje, na zlecenie prezydenta Tafta, generał-lekarz Wyman.

Mianowani: Dr H. Sieczkowska asystentką zakładu obłąkanych w Münzingen w Szwajcaryi.

Redakcya otrzymała: Żychoń: O wymaganiach, jakie pensyonatom, hotelom i domom polecanym przez komisyę klimatyczną stawiać należy. Zakopane 1908. — Zielewicz: Nowe przyczynki do życiorysu Dra Karola Marcinkowskiego na źródłach archiwalnych osnute. Poznań 1908. — Pamiętnik polskiego Towarzystwa balneologicznego. 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1909:

Gazeta lek. Nr 14. A. Puławski: Ś. p. Teodor Dunin. Motz (c. d.). — Nr 15. Bychowski: O niektórych wskazaniach do radykalnej i paliatywnej trepanacyi w nowotworach mózgu. Kijewski (c. d.). Motz (dok.). Waszkiewicz (dok.). — Nr 16. Puterman i Breszel: Przyczynek do wrzodziejącego zapalenia gardła, wywołanego przez laseczniki wrzecionowate. Kijewski (c. d.). Bychowski (c. d.). — Nr 17. Świątecki: Przypadek »nerki chirurgicznej«, leczony odłuszczeniem torebki nerkowej. Kijewski (dok.). Bychowski (c. d.). Królikowski: Praktyczna wskazówka dla szczepiących ospę.

Medycyna i Kronika lek. Nr 14. Oszman i Sarcewicz: Przypadek międzyżebrowej przepukliny trzewiowej. Eiger (c.d.). — Nr 15. Saks: Jedenaście przypadków cięcia cesarskiego z zejściem pomyślnem dla matek i dzieci i kilka uwag o postępo-

waniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych. Eiger (dok.). — Nr 16. Wasserthal: O wpływie odżywiania przez odbytnicę na wydzielanie soku żołądkowego. Saks (c. d.). — Nr 17. Judt: Przyrząd do określania całkowitego kwasu solnego w soku żołądkowym. Wasserthal (dok.).

Tygodnik lekarski Nr 13. Kowalski: O znaczeniu przekrwienia odczynowego. Marischler (c. d.). — Nr 14. Wilenko: O wpływie kwasu glutarowego na florydzynowy cukromocz. Marischler (dok.). Reis: Operacya zaćmy w pierwszej połowie XVIII. stulecia. — Nr 15. Papée: Zmiany kiłowe na błonach śluzowych o charakterze wczesnym, 10 względnie 13 lat po zakażeniu. Kwietniewski: Karol Darwin. Reis (c. d.). — Nr 16. Bocheński: Przypadek obumarcia płodu w czasie ciąży z powodu błoniastego przyczepienia pępowiny. Reis (c. d.).

Nowiny lekarskie Nr 4. Rychliński: Ś. p. Teodor Dunin. St. Serkowski: Kolonie-olbrzymy i kolonie-ruchome drobnoustrojów. Malinowski: Wyniki badań nad próbą Wassermanna w przymiocie. Wretowski: Własności odkażające mydeł dezynfekcyjnych. St. Zieleniewski: Porównawcze określenie ilości azotu w moczu. J. Wiśniewski: Nowe podłoże dla dwoinek Neissera i meningokoków. S. Starkiewicz: Przyczynek do zakażeń mieszanych w stanach zapalnych gardzieli. K. Kaczyński: Zestawienie hemolitycznych własności niektórych gatunków drobnoustrojów. St. Serkowski: Index opsonicus. Bieliński (c. d.). A. Wrzosek: Józef Mianowski.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warsz. Zesz. 1. i 2.: Rzętkowski: O żywieniu chorych w szpitalach warszawskich. Otto: Arterioskleroza u zwierząt i jej stosunek do arteriosklerozy u ludzi. Giedroyć (c. d.).

Odczyty kliniczne 1909. Serya XVIII. Zesz. 1—3: Kamieński: Zasady żywienia dzieci. Zesz. 4—5. Skłodowski: O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacyi w kamicy nerkowej niepowikłanej.

Ginekologia Tom II. Zesz. 5. i 6.: Wojciechowski B.: Uwagi nad pięciu przypadkami cięcia cesarskiego sposobem Fritscha. Dobrowolski: Sprawozdanie z kliniki położniczej krakowskiej. Lachs: Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

Postęp okulistyczny Nr 2. i 3.: Rosenhauch: Zapalenia rogówki z hypopyon o rzadkiem podłożu bakteryologicznem.

Przegląd higieniczny Nr 4: Mołczański (dok.). Kaczorowski (dok.).

Zdrowie Nr 4: Jaroszyński: Rzut oka na piśmiennictwo polskie w sprawie alkoholizmu.

Kronika dentystyczna Nr 4. Fabianówna: O zastosowaniu szyn przy złamaniach szczęk. Frejdkin: Wynik oględzin zębów uczniów II. warszawskiego gimnazyum męskiego. Ziemens: Kilka słów o naprawianiu zębów ćwieczkowych.

Głos lekarzy Nr 8: Mikołajski: Środki zaradcze przeciw partactwu leczniczemu. Klęsk: Czy lekarzom wolno i wypada strajkować? Kleider: Opinia do ankiety międzynarodowej w sprawie tajemnicy lekarskiej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 5. maja 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye. 2) Doc. Gliński: O skręceniu osiowem macicy.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222

SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg. | ŁOG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Dla uspokojenia nerwów i pobudzenia snu
Bromural
(α-monobromisovalerianylowy mocznik)
Dawki: Jako środek uspokajający 0,3 g. kilka razy dziennie; jako lekki środek nasenny 0,6 g. przed pójściem spać jako proszek lub w kołaczykach.
Rp. 1 rurka oryg. kołaczyków bromural. (Knoll) po 0,3 Nr XX. 18 a
KNOLL et Co., Ludwigshafen am Rhein.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Serravallo
Wino chinowe z żelazem.
Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie 43
przez dzieci i kobiety
Wystawa hig. Wiedeń 1906: Nagroda państw. i dypl. hon. do medalu złotego.
Odznaczone kilkakrotnie. — Przeszło 5000 orzeczeń lekarskich. Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki.
J. Serravallo. Triest-Barcola.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!
Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"
Przetwór leczniczy składający się: z Kali jod. 0·05 Ferratin 0·10 Calc. glycer. phosph. aa. 0·10 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.
Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"
polecane są z dobrym skutkiem przy błednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p. Daw. dz.: dla dzieci 2—4 szt., dla dorosłych 6—9 szt. Tylko w oryginal pudełkach zawierających 24 sztuk.
Cena 2 Korony 50 halerzy. 215 c
Rp. Pastill. Jodo-Ferrat. comp. „Jahr" scat. origin.
Wyrób i główny skład
w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 8. maja 1909. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor Prof. Dr L. Wachholz).

Z kazuistyki obrażeń schyłkowych.

Podał

Jan Nowaczyński,

stud. med.

Obrażenia schyłkowe powstają w największej liczbie przypadków wówczas, gdy człowiek wskutek nagłej utraty przytomności, która poprzedza zejście śmiertelne, upada bezwładnie na twardą podstawę. Zdarzają się one u ludzi, zmierających czyto z powodu zmian anatomicznych serca, płuc, czy też w następstwie udaru mózgowego, względnie wskutek różnorodnych urazów, godzących w okolice, mieszczące narządy dla życia ważne. Nagłość zejścia, siła upadku, oraz szereg innych okoliczności, wśród których upadek następuje, wpływają na rozległość i rodzaj obrażeń; można się tu spotkać z otarciami naskórka, ranami różnego rodzaju, złamaniami kości, zwichnięciami stawów, złamaniami czaszki, połączonemi z krwotokami, złamaniami kręgosłupa, pęknięciami narządów wewnętrznych.

Obrażenia schyłkowe stanowią niejako przejście między obrażeniami, powstałemi za życia, a pośmiertnemi, posiadać też mogą cechy tak jednych, jak i drugich, a więc okazują już to wyraźne, już to nieznaczne podbiegnięcia krwawe, względnie brak im zupełnie odczynu życiowego, a to zależnie od króciej lub dłużej utrzymującej się jeszcze czynności serca po doznaniu obrażenia na schyłku życia.

W piśmiennictwie znajdujemy dość liczne opisy obrażeń schyłkowych. Zanim je przytoczę, pozwolę sobie opisać dwa przypadki, których sekcya dokonana, w tutejszym Zakładzie medycyny sądowej, stwierdziła obecność takich obrażeń.

Pierwszy przypadek dotyczył niejakiego M. St., mężczyzny lat 60 liczącego, zmarłego przed kilku laty nagle w łaźni parowej.

Protokół sekcyi opiewa:

1. Zwłoki mężczyzny, dobrze zbudowanego i odżywionego, 164 cm długie. Skóra zabarwiona cytrynowo-żółto (żółtaczka). Zarost siwy na głowie i brodzie. Plamy pośmiertne jasno-wiśniowe na zwykłych miejscach. Stężenie pośmiertne w kończynach dolnych utrzymane.

2. Obrażenia: Tuż nad nasadą nosa ku prawej stronie dwa otarcia naskórka zaschnięte: jedno wielkości korony, drugie wielkości halerza, krwią podbiegnięte. Na skrzydle nosowem prawem dwa otarcia naskórka wielkości halerza o tych samych cechach; na wardze górnej po stronie lewej takieżsamo otarcie wielkości centa. W środku brody otarcie wielkości fasoli. Na ramieniu lewem otarcie wielkości dwu guldenów obok siebie położonych, pergaminowato zaschnięte, bez podbiegnięcia; na ramieniu prawem otarcie wielkości grochu, nad kolanem prawem i pod rzepką dwa otarcia wielkości centa, przyschnięte i krwią podbiegnięte. Na powierzchni stopy prawej otarcie wielkości grochu, a w okolicy kłykcia zewnętrznego goleni siniec wielkości guldena. Z tyłu w okolicy 7. kręgu szyjnego w linii środkowej ciała otarcie wielkości talara, silnie krwią podbiegnięte.

Wewnętrznie: Powłoki czaszki po stronie wewnętrznej w miejscu, pokrywającem guz lewej kości czołowej, okazują wynaczynienie wielkości halerza. Sklepienie czaszki nieuszkodzone; kości prawidłowej grubości, opona twarda oddziela się łatwo, żółtaczkowo zabarwiona, gładka. Zatoki próżne, opony miękkie silnie nastrzykane; pod oponami w okolicy płatu bocznego lewego widać między zagłębieniami zwojów krew wynaczynioną ciemno-wiśniową, wiotko skrzepłą, w ilości pół łyżki. Mózg prawidłowej zbitości, prawidłowy i nieuszkodzony. Tętnice podstawowe bez zmian; komory próżne; zwoje podstawowe, móżdżek i rdzeń przedłużony bez zmian.

3. Krtań i tchawica próżne; błona śluzowa lekko przekrwiona, tkanka śródpiersia cytrynowo żółta, bez zmian. Ułożenie trzew klatki piersiowej prawidłowe. Płuco prawe z opłucną ścienną wiotkimi zrostami połączone, po stronie lewej zrosty ściślejsze. Opłucna gładka, nielicznemi wybroczynami pokryta. Miąższ płuca prawego przekrwiony, mało powietrzny, na przekroju zalewa się cieczą pienistą, krwawą. Płuco lewe taksamo; w górnych częściach przybrzeżnych okazuje rozedmę miernego stopnia.

4. Osierdzie gładkie, lśniące, żółtaczkowo zabarwione; w worku osierdziowym mierna ilość płynu przesączynowego jasnego. Pod osierdziem serca prawego mierna ilość tkanki tłuszczowej. Komora lewa próżna; wsierdzie okazuje nasiąknięcie krwawe, bez zmian; mięsień sercowy kruchszy, żółtawo zabarwiony. Komora prawa powiększona, mięsień cienki, tłuszcz silnie rozwinięty, granica niewyraźna; wsierdzie przesiąknięte barwikiem krwi. W całym mięśniu sercowym nieliczne białe ogniska łącznotkankowe. Naczynia wieńcowe pokręcone, twarde. Tętnica główna prawidłowej szerokości, ściana nasiąknięta barwikiem żółci, nierówna, miejscami stwardniała.

5. Gardło, przełyk bez zmian. Ułożenie trzew jamy brzusznej prawidłowe. Żołądek, jelita gazami rozdęte; żołądek zawiera pół litra treści pokarmowej; błona śluzowa bez zmian. Jelita zawierają treść właściwą, błona śluzowa bez zmian, tylko w jelicie ślepem szaro-łupkowo zabarwiona. 6. Śledziona mała, miąższ zielonkawo-wiśniowo zabarwiony, rozłażący się. 7. Wątroba prawidłowej wielkości, miąższ zielonkawo-wiśniowy, nieco kruchszy; woreczek żółciowy większy, przewód rozszerzony, błona śluzowa nierówna, sprawia uczucie jakby zawierała piasek. 8. Nerki prawidłowej wielkości, bez zmian. 9. Kościec nieuszkodzony.

Wydane w przypadku tym orzeczenie brzmiało:

Przyczyną śmierci stało się porażenie mięśnia sercowego w następstwie włóknistego zwyrodnienia i stłuszczenia, przyczem jako czynnik usposabiający uważać należy działanie wyższej ciepłoty, panującej w łaźni. Obrażenia zewnętrzne, sekcyą stwierdzone, powstały przy upadnięciu

denata ze schodów łaźni. W przypadku tym, jak zresztą orzeczenie podaje, owe wyżej wymienione liczne otarcia naskórka bezsprzecznie uznać należy za obrażenia schyłkowe, powstałe w chwili, gdy denat, utraciwszy przytomność w następstwie nastającego porażenia serca, upadł na schody łaźni.

Drugi przypadek tyczył się niejakiego L. F., mężczyzny lat 31 liczącego, zmarłego w klinice chirurgicznej, gdzie chory po udzieleniu mu porady lekarskiej poderżnął sobie gardło scyzorykiem.

Protokół tej sekcyi opiewa:

1. Zwłoki mężczyzny dobrze zbudowanego i odżywionego 176 cm długie. Plamy pośmiertne skąpe, mało wyraźne. Stężenie pośmiertne wszędzie utrzymane. Spojówki i powłoki ciała blade.

2. W środku czoła ciemno-brunatne otarcie naskórka wielkości korony. W otoczeniu na przestrzeni pięciokoronówki podbiegnięcie krwawe. Nad kością ciemieniową prawą blizna, 2 cm długa, powierzchowna, strupkiem pokryta; nad szczytem czaszki dwa obok siebie leżące otarcia naskórka, z których jedno $^1/_2$ cm długie, drugie kształtu i wielkości grochu. W środku szyi rana, okrążająca szyję, a rozpoczynająca się w środku karku, stąd ku dołowi i przodowi biegnąca i kończąca się również w środku karku na 3 cm poniżej jej początku. Brzegi rany ostre, gładkie, jak i dno krwią podbiegnięte. Rana w swym początku przenika tylko skórę, pogłębiając się w dalszym ciągu przenika powierzchowne warstwy mięśni i drobne naczynia żylne, przecina krtań w ten sposób, iż oddziela od chrząstki tarczowatej nagłośnię i przecina przednią ścianę przełyku; po stronie prawej w miejscu przebiegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego pozostawia mostek utrzymanej skóry i odtąd płytko przenika jedynie skórę. Wielkie naczynia tętnicze i żylne szyi oraz nerwy nieuszkodzone. W obu przegubach łokciowych po jednej ranie prostolinijnej, 5 cm długiej, szwami spojonej. Na grzbiecie ręki prawej nieregularne otarcie naskórka. Twarz, szyja, klatka piersiowa, obie ręce skrzepłą krwią powalane. 3. Zresztą brak obrażeń.

Wewnętrznie:

4. Powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznej w miejscu opisanego otarcia naskórka krwią podbiegnięte. Opona twarda gładka, cienka, między nią a lewą kością ciemieniową na przestrzeni dłoni dziecka ciemniejsze i jaśniejsze skrzepy krwi, do opony i kości ściśle przylegające; zresztą opona twarda i miękkie gładkie, cienkie. Podstawa czaszki nieuszkodzona. Sklepienie czaszki okazuje dwa podłużne pęknięcia kości ciemieniowej lewej, do 10 cm długie, od dołu i zewnątrz ku górze i wewnątrz biegnące. Naczynia podstawy cienkie, zatoki żylne próżne.

5. Płuca wolne, opłucne gładkie, lśniące, miąższ płuc wszędzie powietrzny, jędrny, gładki, wydziela ciecz pienistą, jasną.

6. Osierdzie, nasierdzie bez zmian. Serce pośmiertnie stężałe, próżne; pod wsierdziem komory lewej drobne wybroczyny. Zastawki, wsierdzie gładkie, cienkie. Na błonie wewnętrznej tętnicy głównej drobne zgrubienia. Mięsień sercowy jędrny, blady. Ściany naczyń wieńcowych zgrubiałe.

7. Śledziona, wątroba, obie nerki prawidłowej wielkości, blade, bez zmian. 8. Żołądek zawiera nieco skrzepów krwi, bł. śluzowa blada; jelita cienkie i grube zawierają treść właściwą; błona śluzowa bez zmian. 9. Kościec nieuszkodzony.

Wynik sekcyi w tym przypadku, a więc obecność rozległej rany ciętej na szyi, ślady znacznego krwotoku zewnętrznego, wreszcie niedokrwienie wszystkich narządów wewnętrznych obok wybroczyn pod osierdziem komory lewej, które według badań Hofmanna[1]), a w ostatnich czasach Marxa[2]) za jedną z dość charakterystycznych cech śmierci ze skrwawienia uważać należy, przemawiał dowodnie za tem, iż denat zmarł skutkiem utraty znacznej ilości krwi. Stwierdzone więc równocześnie sekcyą pęknięcia sklepienia czaszki łącznie z krwotokiem podoponowym za przyczynę śmierci uważanem być nie mogło, a stanowiło natomiast obrażenie schyłkowe. Wytłómaczenie sposobu powstania tego obrażenia i określenie go jako schyłkowego było na podstawie wywiadów, udzielonych przez lekarzy klinicznych, zupełnie łatwe. Denata znaleziono leżącego w ten sposób na kamiennych schodach, prowadzących na strych kliniki, iż nogi denata leżały na kilku wyższych stopniach, natomiast głowa i tułów niżej. Nie mogło więc ulegać wątpliwości, iż samobójca po zadaniu sobie śmiertelnej rany upadł w dół ze schodów, a uderzając o nie, doznał pęknięcia czaszki. Za schyłkowem powstaniem obrażenia przemawiał jeszcze brak znaczniejszego krwotoku śródczaszkowego.

Powyższe dwa przypadki, zwłaszcza zaś drugi, dowodzą dostatecznie, jak ważną jest znajomość obrażeń schyłkowych i jak łatwo budzić one mogą w danych okolicznościach podejrzenie wrogiego działania ręki obcej.

Rozpoznanie obrażenia jako schyłkowego nie nasuwa poważnej trudności, o ile obrażenie nie jest zbyt rozległe, nie dotyczy narządów dla życia ważnych, brak mu wyraźnego życiowego odczynu i jeśli sekcya stwierdzi czy to zmiany chorobowe, czy też inne uszkodzenia, które w sposób wystarczający tłómaczą śmierć denata; trudnem natomiast staje się rozpoznanie właściwe, gdy chodzi o obrażenia rozległe, w skutkach doniosłe, jak np. złamanie czaszki połączone z uszkodzeniem mózgu, pęknięcie narządów wewnętrznych z krwotokami, które to obrażenia same przez się mogą stanowić już dostateczną przyczynę śmierci, lub też gdy znajdując się obok innych równie rozległych obrażeń, względnie obok zmian chorobowych, właściwą przyczynę śmierci stanowiących, każą przypuszczać t. zw. zbieg przyczyn śmierci *(concurrentio causarum mortis)*. Równie trudnem może być rozstrzygnięcie, z jakiego rodzaju obrażeniem mamy do czynienia, jeśli np. zmiany chorobowe narządów wewnętrznych, będące przyczyną śmierci, są mało wyraźne, jak to często się zdarza w przeróżnych stanach chorobowych mięśnia sercowego, w początkowych okresach chorób zakaźnych, w przypadkach, w których śmierć następuje wśród napadu drgawkowego i t. p. W celu uniknięcia w takich przypadkach pomyłek, należy poddać narządy wewnętrzne, w szczególności mięsień sercowy badaniu mikroskopowemu, rozważyć ściśle wszystkie okoliczności, towarzyszące przypadkowi, — nierzadko wstrzymać się z wydaniem stanowczego orzeczenia aż do ukończenia dochodzeń sądowych.

Z piśmiennictwa zasługują na wzmiankę następujące przypadki.

Casper[3]) stwierdził w jednym przypadku u denata, którego znaleziono w ścieku ulicy, ranę na grzbiecie nosa, drążącą do kości, z równoczesnem podbiegnięciem krwawem obu powiek lewego oka, wynaczynienie krwi między kości czaszki a opony, oraz szczelinę na podstawie czaszki po stronie lewej; powłoki miękkie czaszki nie były uszkodzone. Zdaniem Caspra obrażenia te wywołał upadek denata, nałogowego pijaka, na ostry brzeg kamiennego ścieku.

Dittrich[4]) sekcyonował zwłoki znalezione w rowie, i wykazał obok daleko posuniętych zmian w mięśniu ser-

[1]) Lehrb. der gerichtl. Med. 1903, str. 356.

[2]) Zeitschr. für Med. B. 1902.

[3]) Handb. der ger. Med. 1889, str. 111.

[4]) Handb. der ärztlichen Sachverst. Tätigkeit. III. T., str. 341.

cowym, naczyniach wieńcowych, mierny krwotok pod oponami miękkiemi w okolicy kości ciemieniowej jakoteż krwią podbiegnięte złamanie trzonów kręgu 3. i 4. szyjnego. Obrażenia te określa on jako obrażenia schyłkowe, przyjmując, iż denat w chwili nagłego osłabienia czynności serca upadł głową pochyloną ku przodowi do rowu. Za tym sposobem upadku przemawiało jeszcze złamanie rożków górnych chrząstki tarczowatej bez śladów obrażeń szyi, któreby świadczyły o ewentualnem działaniu obcej ręki.

Wreszcie opisuje Haberda[5]) dwa przypadki. W jednym, podobnym do przypadku Dittricha, wykazała sekcya u denata, który nagle upadł na ulicy i po dwu dniach, w ciągu których skarżył się tylko na ból głowy, zmarł, daleko posunięte zmiany ścian naczyń wieńcowych serca i tętnicy głównej, blizny w mięśniu sercowym tłuszczowo zwyrodniałym, nerki marskie i przerost serca, a jako przyczynę śmierci świeże ropne zapalenie opon mózgowych, wywołane złamaniem kości w stropie oczodołu, które powstało przy upadku denata w chwili niedomogi serca. W drugim przypadku, ciekawym o tyle, iż niema podobnego w piśmiennictwie, nastąpiło pęknięcie prawej komory serca w chwili upadku, spowodowanego nagłą śmiercią w następstwie porażenia serca. Znaleziono obok zmian anatomicznych serca, podłużną, 15 mm długą szczelinę, biegnącą wzdłuż przedniego rowka prawej komory, o brzegach nierównych, nie podbiegniętych krwią, w worku osierdziowym zaś około 40 cm^3 płynnej krwi. Że to pęknięcie nie mogło stać w związku przyczynowym ze śmiercią, o tem świadczyła obecność nieznacznej ilości krwi w worku osierdziowym, obok zupełnego braku podbiegnięć w miejscu pęknięcia, co pozwalało przypuszczać, że pęknięcie powstało w chwili ustania czynności serca.

O pęknięciu lewej komory serca, jako obrażeniu schyłkowem, wspomina w swym podręczniku Hofmann[6]). Pęknięcie takie stwierdzić miał Rokitansky u osobnika, który zmarł śmiercią przez powieszenie, zaś Haumeder u człowieka, zmarłego wskutek krwotoku mózgowego.

W końcu nadmienić należy, iż do uszkodzeń schyłkowych zaliczają autorowie także obrażenia, zadane podczas stosowania zabiegów ratunkowych w formie czyto otarć naskórka, pergaminowato zaschłych, znajdujących się zazwyczaj na ramionach i klatce piersiowej, a będących następstwem stosowanego sztucznego oddychania, czy śladów po ukłuciu igłą Pravatza: te ukłucia przedstawiają się często jako okrągłe, wypukłe, twarde, blado-szare miejsca, które po nacięciu wyglądają jakby ugotowane, a wejrzeniem swem mogą przypominać oparzenie trzeciego stopnia, zmiany wywołane działaniem kwasu siarkowego lub guzy krwawe, te ostatnie tem łatwiej, że wskutek samego ukłucia następuje wybroczyna w otaczającą tkankę. Pochodzenie tych obrażeń jednakowoż łatwo określić, gdyż po nacięciu tych miejsc czuje się woń środka, stosowanego w celach ratunkowych, np. kamfory lub eteru.

---

[5]) Zur Lehre von den agonalen Verletzungen. Wien. klin. Wochenschrift 1897, Nr 8.

[6]) l. c. 486.

Ciąża zewnątrzmaciczna, jej rozpoznawanie i wskazania lecznicze.

Napisał

Dr Stanisław Peszyński w Berdyczowie (Ukraina).

Sprawa ciąży zewnątrzmacicznej powinna być uważana za jedną z najaktualniejszych i domagających się gruntownego zbadania ze stanowiska medycyny ogólnej, a to z następujących powodów:

Większość ogółu lekarskiego sądzi o ciąży zewnątrzmacicznej, że jest ona jednym z niezmiernie rzadkich stanów chorobowych ustroju kobiecego i że stanowi ona przedmiot badania oraz leczenia, należący wyłącznie do lekarzy położników i ginekologów.

Rzeczywistość atoli zaprzecza stanowczo słuszności obydwu powyższych zdań.

Dzięki bowiem znacznemu rozszerzeniu horyzontów wiedzy lekarskiej i udoskonaleniu techniki badania, dało się w ciągu paru ostatnich dziesiątków lat stwierdzić wybitną częstość przypadków ciąży z zewnątrzmacicznem umieszczeniem zapłodnionego jajka. Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, że dzięki temu, iż pierwsze objawy takiej ciąży, zmuszające do wezwania pomocy lekarskiej, nie mają specyalnych cech choroby kobiecej, a tylko znamiona natury ogólnej, mogące łatwo wprowadzić w błąd otoczenie chorej, przeto w tych przypadkach bywa najczęściej wzywany lekarz internista.

Zważywszy jednak, że większość lekarzy internistów i lekarzy praktycznych, którzy, bądź dla braku możności, bądź dla braku chęci, nie zdążyli zdobyć sobie w dziedzinie położnictwa i ginekologii więcej wiadomości, niż nam ich dostarczają wykłady profesorów i klinika w ciągu stosunkowo krótkiego okresu studyów uniwersyteckich, uważam za rzecz niezbędną i konieczną zwrócić na sprawę przezemnie poruszoną uwagę ogółu lekarskiego, nie wyróżniając w nim w danej chwili lekarzy zajmujących się lub nie zajmujących się położniczo-ginekologiczną praktyką.

Ciąża zewnątrzmaciczna do niedawna jeszcze była uważana, jak nadmieniłem, za zdarzenie wyjątkowo rzadkie. I tak w podręczniku położnictwa Łazarewicza (wyd. 1879) spotykamy zdanie, że przypadki ciąży zewnątrzmacicznej zdarzają się niezmiernie rzadko: na 500.000 porodów jeden raz. W dziele Karola Schrödera (wyd. 11-te 1891) powiedziano już, że ciąża zewnątrzmaciczna jest wcale nierzadką nieprawidłowością (...»keineswegs allzuseltene Anomalie«). Prof. Auvert w swojem dziele »Traité d'accouchements« (wyd. 1894) powiada, że jedna ciąża zewnątrzmaciczna przypada na 10.000 prawidłowych ciąży (co stanowi już 50 razy więcej, niż u Łazarewicza). Prof. v. Winkel w swojem dziele (wyd. 1904), uchylając się od podania ogólnych liczb statystycznych ze względu na brak pewnej statystyki w tej sprawie, ogranicza się do statystyki własnej, przyczem okazuje się, że w ciągu niecałych pięciu lat wśród 3600 chorych ginekologicznych w jego klinice stałej było 120 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, co stanowi 3,3%. Nakoniec w IV tomie »Real-Encyklopädie« Eulenburga (wyd. 1908) spotykamy następujące słowa: »Nakształt powodzi napływające wciąż mnóstwo publikacyi o przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej mogłoby doprowadzić do wniosku, że nieprawidłowe umieszczanie się jajka zaczęło zdarzać się ostatnimi laty z zadziwiająco wzrastającą częstością. Wszakże do takiego wniosku nie uprawniają nas jakiebądź zmiany, spostrzegane w narządzie rodnym współczesnych nam kobiet, u których nie znajdujemy nawet żadnych nowych postaci zaburzeń ginekologicznych. Mnożenie się ludności krajów cywilizowanych nie daje nam również zadowalniającego tłómaczenia tego ciekawego faktu. Tłómaczenie zaś polega jedynie na tem, że równocześnie z udoskonaleniem sposobów badania, rozwój techniki operacyjnej oraz ogromny przybytek doświadczenia zawodowego dają w obecnym czasie prawo otwarcia jamy brzusznej, skoro tylko daje się z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznać ciąża pozamaciczna« [1]).

Nader prawdopodobnie brzmi zdanie Dührssena, że przypadki ciąży zewnątrzmacicznej zdarzają się coraz częściej wskutek wzrastającego rozpowszechnienia się zakażenia wiewiórowego.

W naprędce zebranem przezemnie piśmiennictwie, obejmującem okres nie więcej, jak 25—30-letni, narachowałem 2.172 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej.

Tak więc wobec niewątpliwej i oczywistej częstości tej

sprawy, wobec przeświadczenia, że większa część takich przypadków dostaje się do rąk niespecyalistów, powinniśmy uznać naglącą potrzebę jej rozpatrzenia, zwłaszcza, że ciąża zewnątrzmaciczna, nastręczając mniej doświadczonemu lekarzowi dużo trudności rozpoznawczych, doprowadza go częstokroć do wręcz fałszywego rozpoznania i zależnie od tego do najniewłaściwszych i nawet wprost szkodliwych zabiegów leczniczych. Zabiegi owe potęgując i bez tego niebezpieczne wielce położenie kobiet w ciąży zewnątrzmacicznej, pociągają za sobą niejednokrotnie najsmutniejsze wyniki, które nadomiar złego, przypisywane jakim innym, mylnie pojętym przyczynom, częstokroć nie pozostawiają w świadomości lekarza nawet najmniejszego przypuszczenia o jego fatalnej pomyłce.

Nie mam wcale zamiaru przedstawić sprawy ciąży zewnątrzmacicznej w całej jej rozciągłości. Przemknę się tylko przez etyologię, której stan obecny w obszernym i bardzo zajmującym artykule przedstawił niedawno dr L. Lorentowicz w »Gazecie lekarskiej«. Streszczę jak najkrócej anatomię i histopatologię, a omówię dokładniej te tylko strony zajmującej mię sprawy, które dla celów i zadań medycyny praktycznej mają pierwszorzędną wartość. Mam tedy na względzie symptomatologię i dyagnostykę ciąży zewnątrzmacicznej, a następnie wskazania do jej leczenia.

Ciąża zewnątrzmaciczna pochodzi stąd, że zapłodnione jajko nie dostaje się do miejsca swego przeznaczenia — do jamy macicy, lecz zatrzymuje się i rozwija na jakimkolwiek punkcie pomiędzy jajnikiem i macicą. Przyczyn, które powstrzymują jajko w czasie przesuwania się jego przez jajowód i wywołują jego zagnieżdżenie się w miejscu nieprawidłowem, należy szukać bądź w pewnym stanie zapłodnionego jajka, który dalsze jego przesuwanie się utrudnia lub przedwcześnie przerywa, bądź to w niedostatecznem działaniu siły przesuwającej, bądź też wreszcie w mechanicznych przeszkodach, jakie ono na swej drodze spotyka, a które mogą zależeć albo od zmian w samym jajowodzie powstałych, albo też od przyczyn po za nim leżących.

Względnie do miejsca przyczepu jajka, odróżniamy ciążę jajnikową, brzuszną czyli otrzewną i jajowodową, tę zaś ostatnią dzielimy na ściśle jajowodową, jajowodowo-maciczną i jajowodowo-jajnikową.

Ciąża zewnątrzmaciczna ma bezwarunkowo cechy patologiczne wskutek tego, że umieszczenie i dalszy rozwój zapłodnionego jajka, wobec braku tych urządzeń ochronnych, jakie macica w odrębnych szczegółach swej budowy posiada, wywierają niszczący wpływ na tkanki w miejscu jego przytwierdzenia. Nadto nie zostaje osiągnięty właściwy cel ciąży, ponieważ przy tak nieprawidłowem umieszczeniu płodu zostaje wyłączony wpływ sił wydalających, dzięki którym płód, doszedłszy do zupełnego rozwoju w ustroju matki, zostaje zeń wydany na świat.

Ciąża zewnątrzmaciczna bardzo rzadko dochodzi do końcowego okresu, jakim jest zupełny rozwój płodu, najczęściej następuje przedwczesne, a w przeważnej liczbie przypadków nawet bardzo wczesne przerwanie ciąży wskutek samorodnego pęknięcia worka płodowego. Zdarza się to najczęściej w drugim lub trzecim, rzadziej w czwartym miesiącu ciąży. Daleko rzadziej następuje we wczesnych okresach ciąży obumieranie jajka bez uprzedniego nadwerężenia jego błon; niezmiernie rzadkie są także przypadki, w których ciąża zewnątrzmaciczna, pokonawszy wszelkie zagrażające jej niebezpieczeństwa, zdoła dotrwać przy żywym płodzie do drugiej połowy swego terminu.

Przerwanie ciąży zewnątrzmacicznej z pęknięciem worka płodowego następuje w sposób dwojaki: albo rozrywa się część worka, zwrócona do światła jajowodu, i w tym przypadku następuje poronienie jajowodowe; albo też rozrywa się część worka, zwrócona ku ścianie trąbki wraz z tą ścianą i jej otrzewnem okryciem, w tym drugim przypadku mamy anatomiczny i kliniczny obraz pęknięcia jajowodu.

Pierwszy wypadek zdarza się częściej, drugi rzadziej, ale zdarzają się niekiedy obydwa razem. Pęknięciu błon płodowych, niezależnie od tego, czy się ono kieruje ku światłu, czy też ku powierzchni jajowodu, towarzyszy zawsze krwotok. W przypadku poronienia, krew się wylewa do jajowodu, a przez jej otwór brzuszny może się dostawać do jamy brzusznej; w drugim przypadku, t. j. przy pęknięciu worka płodowego wraz ze ścianą jajowodu, krew wylewa się bezpośrednio do jamy brzusznej. Taki przypadek sprowadza zazwyczaj o wiele cięższe następstwa dla matki, niż poronienie jajowodowe, chociaż pod względem anatomo-patologicznym obydwie sprawy znajdują się w bardzo blizkim związku genetycznym. Istotnej przyczyny pęknięcia ciężarnego jajowodu nie można upatrywać tylko w biernem rozciąganiu jej ścian, dokonywanem przez stały wzrost jajka, lecz przedewszystkiem i głównie jest ono wynikiem przeżarcia, jakie jajko wywiera na tkanki ustroju macierzyńskiego, wysyłając w głąb owych tkanek — w danym przypadku w głąb ściany jajowodu — swe korzenie, czyli ramiona ektodermalne, które w sposób nieprzeparty dążą ku powłoce surowiczej jajowodu.

Pęknięcie jajowodu w jednej grupie przypadków następuje nagle, kiedy jej ściana, ścieńczała i dawnej spoistości pozbawiona, rozrywa się pod wpływem raptownie wzmożonego ciśnienia w worku płodowym wskutek bodźca miesiączkowego lub wreszcie pod wpływem urazu (uderzenia, upadku, ucisku na powłoki brzuszne, badania). Tworzy się przytem mniejsza lub większa szczelina, przez którą całe jajko wyśliznąć się może; najczęściej jednak jajko nie traci łączności ze ścianą worka płodowego. W znacznej wszakże liczbie przypadków pęknięcie jajowodu nosi charakter raczej przeżarcia, niż właściwego pęknięcia.

Rozmiary wewnątrzbrzusznego krwotoku nie zależą bynajmniej od wielkości pęknięcia. Częstokroć przy najmniejszem punkcikowem przeżarciu bywają bardzo obfite, nawet śmiertelne krwotoki, których źródłem jest zawsze powierzchownie położone, przeżarte naczynie tętnicze.

W poronieniu jajowodowem wylew krwi zazwyczaj bywa niezbyt wielki. Krwawią małe naczynia u podstawy jaja lub na wypuklonym do światła jajowodu odcinku worka płodowego. Po utworzeniu się krwiaka (*haematoma*) worka płodowego krwawienie najczęściej ustaje, i niekiedy powraca jeszcze, kiedy sącząca się krew, drążąc sobie kanał przez środek niezupełnie jeszcze skrzepniętego krwiaka, wylewa się na zewnątrz worka płodowego.

Krew wylana do jamy brzusznej albo rozlewa się pomiędzy jelitami, tworząc luźne skrzepy, albo tworzy otorbione zbiorowiska, krwisteki w dolnej części jamy brzusznej, przeważnie w zagłębieniu odbytniczo-macicznem, tworząc krwistek zamaciczny, rzadziej w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem: krwistek przedmaciczny.

Gdy krwotok odbywa się z przestankami wskutek przerastania komórkami płodowemi i przeżerania nowych naczyń, albo też pod wpływem czynników zewnętrznych, jak wstrząśnienie lub wzmożony ruch robaczkowy i t. p., wówczas wylewają się nowe porcye krwi, której skrzepy układają się na tych, co dawniej powstały. Zazwyczaj kobiety, które były już przedtem niedokrwiste, nie mogą już znieść takich powtórnych, acz niewielkich, wylewów i umierają.

Krew wylana wchłania się stopniowo. Niewielkie krwisteki, wsysając się zwolna, znikają zupełnie, większe wsysają się bardzo powoli, czasem w ciągu miesięcy i lat. Przytem występuje niekiedy ropienie i rozpad, wskutek dostawania się do krwisteku bakteryi, rzadziej przez jajowód, częściej przez ścianę jelita.

Krwistek zropiały może pęknąć do jelita, do pęcherza, do pochwy, lub przebić ścianę brzuszną. Temi drogami treść jego, jak również części pogrążonego w nim płodu, wydostają się na zewnątrz.

Sam płód we wczesnych okresach swego rozwoju może uledz wessaniu zupełnie, gdy zaś kościec jego osiągnął już znaczny stopień kostnienia, wtedy wsysają się tylko części miękkie, a kościec zostaje. Niekiedy płód podlega zwapnieniu, tworząc rozmaite postacie płodu skamieniałego, który przez długie lata (40—50) może pozostawać w jamie brzusznej kobiety, nie wywołując szczególniejszych zaburzeń, nawet nie przeszkadzając nowej ciąży macicznej.

Rozpoznanie ciąży zewnątrzmacicznej bywa w niektórych przypadkach dość łatwe, w innych znowu, i to w dość licznych, stanowi ono jedno z najtrudniejszych zadań dyagnostyki położniczo-ginekologicznej.

W żadnym innym przypadku z dziedziny patologii narządu płciowego kobiety nie grają tak ważnej roli wywiady, jak w rozpoznaniu ciąży zewnątrzmacicznej. W wyjątkowych tylko przypadkach wystarcza do ustalenia rozpoznania badanie przedmiotowe. W przeważnej atoli liczbie przypadków na drogę prawdziwą naprowadzają wywiady, będące, ma się rozumieć, w zupełnej zależności od dobrej woli i od intelektualnego rozwoju chorej.

W szeregu okoliczności poprzedzających spotykamy sprawy gorączkowe po połogach lub poronieniach, jak również oznaki chorób przydatków macicznych, szczególnie pochodzenia wiewiórowego, miesiączkowanie bolesne.

Najwcześniejszemi oznakami ciąży zewnątrzmacicznej są następujące objawy:

Ból, szczególnie jednostronny, stanowi jeden z najpospolitszych i wiele znaczących objawów ciąży zewnątrzmacicznej, towarzyszący jej od początku do końca. Ból ten przyłącza się częstokroć do istniejących już dawniej lekkich zapaleń jajowodów i spraw okołojajowodowych.

Zatrzymanie miesiączki ma największe znaczenie rozpoznawcze wówczas, gdy lekarz znajduje chorą w późniejszym okresie ciąży. Nawet jednorazowe nieukazanie się miesiączki, lub ukazanie się w ilości znacznie mniejszej, niż zwykle, u kobiety niestarej i miesiączkującej zazwyczaj zupełnie prawidłowo, wspiera w znacznym stopniu, przy obecności innych jeszcze danych, podejrzenie co do ciąży zewnątrzmacicznej. Zupełne zatrzymanie miesiączki stanowi w takich przypadkach objaw nader rzadki, daleko częściej bywają nieznaczne krwawienia, nie posiadające typowych cech miesiączkowania, a będące w związku z objawami podrażnienia, występującymi niekiedy w worku płodowym lub w przylegających doń częściach otrzewnej. Pomiędzy takiemi krwawieniami bywają mniejsze lub większe przerwy. Krwawieniom towarzyszy często wydzielenie strzępów doczesnej, niekiedy wydziela się nawet cała błona doczesna.

Zmiany ogólne w ustroju, jakoto w narządzie trawienia, w układzie nerwowym, w gruczołach i brodawkach sutkowych, są zupełnie takie same, jakie się spostrzega przy ciąży prawidłowej. Wszelako wszystkie te najwcześniejsze oznaki ciąży są mniej wyraźne przy ciąży zewnątrzmacicznej.

Badając przez pochwę, należy mieć przedewszystkiem na względzie dokładne określenie stanu macicy, a mianowicie: stosunku jej wymiarów do terminu ciąży, oraz jej stosunku do tego tworu, który uważamy za worek płodowy. Zazwyczaj znajdujemy macicę zbyt małą, w stosunku do terminu ciąży, i odchyloną w jedną lub drugą stronę przez twór niewielkich rozmiarów. — Zmuszeni jednak jesteśmy ograniczać bardzo ścisłość naszego badania ze względu na połączone z niem niebezpieczeństwo, polegające na możliwości pęknięcia worka płodowego, oraz zakażenia chorej.

Z czynności technicznych, mających posiłkować badanie, należy wspomnieć o zgłębnikowaniu i o skrobaniu próbnem.

Zastosowanie zgłębnika w celu przekonania się o tem, że jama maciczna jest pusta, nie jest dopuszczalne wogóle w przypadkach, gdzie się rozpoznanie waha między ciążą wewnątrzmaciczną i zewnątrzmaciczną. Wyjątek stanowią te przypadki, w których przy trwającem już długo krwawieniu nic nie mamy przeciwko wydzieleniu się leżącego w jamie macicy, obumarłego lub zwyrodniałego (w zaśniad groniasty) płodu. Zresztą zgłębnikowanie nie chroni od pomyłek, jak tego dowodzą dwa następujące przykłady. W znanym przypadku Depaula, który, wprowadziwszy na znaczną głębokość zgłębnik, spostrzegł odchodzenie wód płodowych i na tej podstawie rozpoznawał ciążę maciczną, przy obdukcyi okazało się jednak, że zgłębnik poprzez cienką ścianę macicy przebił worek płodowy, oraz błony jaja. — Jeszcze ciekawszy jest przypadek, opisany przez Winkla [1]), w którym lekarz, przyjąwszy donoszoną do końca ciążę zewnątrzmaciczną za wewnątrzmaciczną z zatrzymaniem obumarłego płodu, wprowadzał kilkakrotnie przez przedziurawioną przez siebie ścianę maciczną świeczki [bougie] do jamy brzusznej, przyczem jedna świeczka pozostawała tam w ciągu 48 godzin, nie wywołując nic więcej, jak tylko ograniczone podrażnienie otrzewnej. Winkel, dokonując w kilka miesięcy później laparotomii, wprowadzał zgłębnik do tyłozgiętej i poza workiem płodowym leżącej macicy, przyczem mógł się przekonać, że zgłębnik zupełnie gładko, bez najmniejszej ze strony ściany macicznej przeszkody, przenikał przez nią do jamy brzusznej. Oglądając następnie, po wycięciu worka płodowego, macicę pokrytą pokładami miękkiej tkanki łącznej, nie mógł już odnaleźć śladów przedziurawień dawniejszych.

Jakkolwiekbądź zgłębnikowanie jest daleko mniej niebezpieczne, niż skrobanie macicy, dokonywane przy podejrzeniu ciąży zewnątrzmacicznej, w celu rozpoznawczym — wykrycia typowych pierwiastków doczesnej w błonie śluzowej macicy. Korzyści podobnego badania są bardzo niewielkie, zważywszy, że nieobecność rzeczonych pierwiastków nie uchyla przypuszczenia co do ciąży zewnątrzmacicznej, a to z powodu, iż nieobecność ich może zależeć od tego, że albo doczesna odeszła niepostrzeżenie przed badaniem, albo odrodziła się samoistnie po obumarciu płodu, leżącego zewnątrz macicy, albo też mamy przed sobą tak wczesny okres rozwoju płodowego, że wcale jeszcze nie nastąpiło przeistoczenie błony śluzowej macicy.

[1]) Handbuch d. Geburtshülfe II. B., II. Th. Wiesbaden, 1904.

Ott zaleca specyalnie obmyślaną przez siebie wąziutką łyżeczkę, dającą się łatwiej do macicy wprowadzić; atoli szczególnych korzyści narzędzie to nie przedstawia.

O ile wątpliwe są korzyści rozpoznawczego skrobania, o tyle nieomylne są wskazówki, gdy macica dostarcza sama danych rozpoznawczych w postaci wydzielonej samorodnie błony doczesnej. Stanowi to jeden z kardynalnych punktów oparcia dla rozpoznania. Wszystkie mniej lub więcej chwiejne dane anamnestyczne otrzymują gruntowną podstawę wówczas, gdy się okaże, iż odszedł twór błoniasty, czemu towarzyszyło krwawienie, oraz bole kurczowe. Fakt ów oczywiście nabiera większej wagi, gdy ten twór poddamy ścisłemu badaniu.

Z punktu rozpoznania różniczkowego nie należy utożsamiać z wydzieleniem błony doczesnej przy ciąży zewnątrzmacicznej tworów, wydzielanych przy wczesnem poronieniu oraz przy miesiączkowaniu bolesnem błoniastem (*dysmenorrhoea membranacea*).

Trudności rozpoznawczej nie przedstawia to wcale, o ile że w takim przypadku wydzielanie się błon zdarzało się już niejednokrotnie dawniej. Nadto błona doczesna różni się od miesiączkowej szczegółami budowy anatomicznej. Niekiedy worek doczesnej wydziela się całkiem na podobieństwo wczesnego poronienia; po rozcięciu wszakże okazuje się pustym.

Wydzielenie błony doczesnej jest skutkiem odruchowych skurczów macicy, będących wynikiem spraw, odbywających się w worku płodowym. Dotychczas uważano za regułę, że bodźcem, wywołującym je, jest śmierć płodu; w podobny sposób oddziaływa także usunięcie żywego płodu z worka płodowego. Ów bodziec należy tłómaczyć przeniesieniem podrażnienia drogą nerwów naczynioruchowych z worka płodowego na macicę. Podrażnienie zaś zostaje wywołane przez towarzyszące umieraniu płodu międzyłożyskowe wybroczyny i powstające stąd podrażnienie otrzewnej.

Jednakże wydzielenie błony doczesnej może się odbywać nawet przy zachowaniu całości ciąży zewnątrzmacicznej, a to gdy wybroczyny międzyłożyskowe wywołują współczulne skurcze macicy. Tak np. E. Fränkel w 36 godzin po nakłuciu worka płodowego w celu przerwania ciąży, spostrzegł wydzielenie doczesnej, gdy tymczasem płód został usunięty dopiero w 8-ym miesiącu żywy przez laparotomię.

Dlatego też nie należy uważać odchodzenia błony doczesnej za pewną oznakę zamierania płodu. Do oznak niepewnych należy krwawienie, ciągnące się niekiedy dość długo i dające się spostrzegać częstokroć przy dalszem trwaniu ciąży. Podobne krwawienie dopiero w łączności z innymi charakterystycznymi objawami nabiera znaczenia wskazówki rozpoznawczej co do zaszłej śmierci płodu.

W liczbie sposobów rozpoznawczych wymienić należy prześwietlanie promieniami Röntgena, jakkolwiek w gruncie rzeczy liczyć wiele na wyniki takiego badania nie należy, chyba tylko w przypadkach płodu skamieniałego (*lithopaedion*).

Ott posiada własnego wynalazku przyrząd prześwietlający, którym się posługuje w podobnych przypadkach.

Wszystko, co się dotychczas mówiło, stosuje się do okresu początkowego, w którym tylko rzadko udaje się rozpoznać rozwijającą się i nienaruszoną ciążę zewnątrzmaciczną. Francuzi nazywają to okresem niepewności (période d'incertitude [2]).

Rozpoznanie w tym okresie, szczególnie, gdy się nie może przeprowadzić obserwacyi systematycznej, może być uczynione jedynie z pewnem prawdopodobieństwem. Musimy się w niem rachować z mniej lub więcej pewnemi podmiotowemi i przedmiotowemi oznakami ciąży wogóle i zewnątrzmacicznej ciąży w szczególności. Do liczby tych oznak należy przedewszystkiem stwierdzenie guza, który wnosząc z miejsca, jakie zajmuje, musi pochodzić od jednego z przydatków macicy, którą równocześnie znajdujemy nieco powiększoną i dość miękką.

Tętnienie naczyń, w tym guzie wyczuwane, wielu autorów uważa za znamienne dla ciąży zewnątrzmacicznej, atoli spotykamy je podobnież przy zapalnym obrzęku przydatków.

Ów guz nie ma określonych konturów, a ma zbitość miękkiego pęcherza. Takie same wrażenia dotykowe mogą również sprawiać wodniaki i ropniaki jajowodu, lecz równoczesne znajdowanie takiego guza w przydatkach, obok współczesnego przerostu macicy ma już nader cenną wartość rozpopoznawczą.

W dalszym ciągu w początkowych okresach ciąży zewnątrzmacicznej mamy sposobność spostrzegać zjawiska następcze w samym worku płodowym. Z tych zjawisk na pierwszy plan

[2]) Traité pratique d'accouchements par A Auvard. Paris 1894.

występują krwotoki. Źródłem ich mogą być: 1) nadwerężenia zewnętrzne worka płodowego (pęknięcie); 2) nadwerężenia jego wewnętrzne (poronienie); 3) obydwa te przypadki naraz.

Nie zawsze możemy odróżnić dokładnie, jaki rodzaj nadwerężenia mamy w danym wypadku, wszakże, na podstawie ilościowych i topograficznych stosunków wywołanego owem nadwerężeniem krwotoku, możemy wysnuwać pewne wnioski, mające dużo prawdopodobieństwa.

Odróżniamy dwa główne typy krwotoku wewnątrzbrzusznego:

1) rozlany i 2) ograniczony workiem płodowym i już odrazu otorbiony lub otorbieniu podlegający.

Ograniczone krwotoki dzielimy znowu na: *a*) wewnątrzotrzewne (*haematocele periuterina*), *b*) podsurowicze (*haematoma paranterinum*), *c*) ograniczone jamą worka płodowego (*haematosalpinx* — inaczej *haematoma ovarii — e graviditate*.

Przejdziemy teraz do rozbioru danych rozpoznawczych każdej z tych poszczególnych odmian krwotoku.

Rozlany wolny wylew do jamy brzusznej daje się rozpoznać na mocy tego wpływu, jaki wywiera na stan ogólny chorej, oraz na zmiany miejscowe. Związek danego krwotoku z ciążą zewnątrzmaciczną widoczny jest w części z wywiadów, w części zaś ze zmian miejscowych, wprawdzie nie zawsze wyraźnych, wskazujących na istnienie ciąży z umieszczeniem płodu zewnątrz macicy.

Zastanawiając się nad wpływem, jaki wywiera wylew krwi na stan ogólny ustroju, odróżniamy wstrząs, będący skutkiem nagłego wylania się płynu obcego, jakim w gruncie rzeczy jest krew, wylewająca się z naczynia krwionośnego do jamy brzusznej, oraz te następstwa, jakie wywołuje ciągły ubytek ilości krwi krążącej.

Istota wstrząsu polega głównie na wywołanym przez nagłe podrażnienie otrzewnej odruchu, który wywiera wpływ obniżający na czynność serca. Wstrząs objawia się przez zamącenie lub nawet zupełną utratę przytomności, bladość, przyśpieszenie oddechu i szybkie, drobne tętno. Wszystkie te objawy w przeważnej liczbie przypadków przy niezbyt obfitym krwotoku mijają rychło i chore rychło przychodzą do siebie. Atoli, przy trwającym krwotoku, objawy zapadu trwają dłużej, a nawet się wzmagają. Zresztą ocenę stanu ogólnego należy bardzo indywidualizować; tak np. kobiety, które już przedtem były niedokrwiste, jak również kobiety otyłe, znoszą krwotoki wogóle dość źle.

Gdy ilość wylanej krwi przekracza pewną miarę (1—$1^1/_2$ litra), wówczas można już badaniem fizycznem dowieść jej obecności w jamie brzusznej. Ponieważ płynna krew, dzięki ruchowi robaczkowemu jelit, rozlewa się po całej jamie brzusznej i w części tylko gromadzi się w bocznych i tylnych jej wgłębieniach, przeto otrzymujemy przy opukiwaniu względne tylko, zamaskowane przez bębnicę stłumienie. Przeciwnie, stłumienie owo występuje daleko wyraźniej ponad spojeniem łonowem, gdzie się wysuwają niekiedy duże skrzepy krwi, występujące z jamy miednicy małej. Chełbotania przytem nie bywa wcale lub tylko bardzo ograniczone. Tłómaczy się to tem, że część krwi krzepnie i to stanowi przeszkodę w powstawaniu i rozszerzaniu się ruchu falowego.

Winkel[3]) opisuje przypadek znacznego, wolnego wylewu krwi (przy laparotomii usunięto $1^1/_2$ litra), podczas którego brzuch był miernie wzdęty i wydawał na przednich i bocznych ścianach odgłos tępy bez śladu chełbotania. Jak pokazała sekcya operacyjna, wylew krwi, który pochodził z jajowodowo-macicznego, nie większego nad orzech laskowy, worka płodowego i trwał blizko 15 godzin, przedstawiał się w postaci niewielkich rozmiarów skrzepu, leżącego za przednią ścianą brzuszną, a za nim leżały mocno skurczone pętle jelita cienkiego. W zatoce Duoglasa i w bocznych częściach miednicy nie dawał się wymacać przy poprzedniem badaniu żaden obrzęk, żadne wypuklenie sklepień pochwowych. Chora, u której przy podnoszeniu ciężkiego przedmiotu wystąpiły nagle objawy krwotoku brzusznego, skarżyła się tylko na bole w dołku podsercowym, który się okazał bardzo czułym na dotyk. Ostatnia miesiączka była jak zazwyczaj obfita, dość długa i nastąpiła we właściwym czasie, na 3 tygodnie przed opisanem wydarzeniem.

Ten przypadek, który w gruncie rzeczy nie dawał nic pewnego dla rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej, przedstawiał przykład jednoczesności rozlanego stępienia obok zupełnego braku chełbotania, co jest właśnie znamienne dla wewnątrzbrzusznego wylewu krwi.

Wśród oznak podmiotowych, spostrzeganych przy takim wylewie — nie mówiąc już o znanych ogólnie objawach znacznej utraty krwi, — pierwsze miejsce zajmuje ból. Można odróżniać ból poprzedzający, początkowy oraz towarzyszący krwotokowi. Ból towarzyszący krwotokowi jest rozlany w całej jamie brzusznej, najwięcej wszakże jest wyrażony zwykle w dolnej części brzucha, niekiedy w stronie pękniętego jajowodu. Ból ten wskazuje na podrażnienie otrzewnej. Chore opowiadają, że poczuły, jak gdyby w nich coś pękło. Często bólowi temu towarzyszą wymioty — okoliczność, która w związku z rozwijającą się, rozlaną wrażliwością brzucha, może wzbudzić podejrzenie co do przedziurawienia, powstałego w jakiejbądź części przewodu pokarmowego, np. przy wrzodzie okrągłym żołądka lub przy owrzodzeniach w wyrostku robaczkowym. Dührssen w jednym przypadku, w którym po opóźnieniu się miesiączki rozpoznano wylew do jamy brzusznej przy objawach ciężkiego zapadu, wykonał cięcie od strony pochwy i, zamiast spodziewanego wylewu krwawego, znalazł ogromną ilość wysięku surowiczo-ropnego przy świeżem zapaleniu otrzewnej, którego punktem wyjścia był dziurawiący wrzód wielkiej krzywizny żołądka.

Długotrwałe bole zjawiają się po większej części w postaci kurczów lub kolek, zwykle po stronie ciężarnego jajowodu, niekiedy po stronie przeciwległej. Bole te są wywołane w części przez naderwanie ściany worka płodowego i krwawienie jego wewnętrzne lub zewnętrzne, oraz wynikające stąd ograniczone zapalenie otrzewnej, — w części są one skutkiem skurczów macicy, wywołanych temi sprawami przygotowawczemi, które sprowadzają pęknięcie.

Niektórzy autorowie twierdzą nawet, że jest rzeczą niemożliwą odróżnić zespół zjawisk, spostrzeganych przy pęknięciu worka, od zapalenia otrzewnej z przedziurawienia. Gdy jednak zdołamy uzyskać dane z wywiadów, wtedy możemy z niejaką pewnością określić chory narząd.

Wewnętrzne i dwuręczne badanie przy świeżych wylewach krwawych powinno być dokonywane jaknajdelikatniej i najostrożniej. Przytem udaje się określić obecny zawsze w takich przypadkach rozlany opór w zatoce Douglasa. Przy sprzyjających warunkach udaje się zawsze rozpoznać pewne zwiększenie macicy i pewne odchylenie jej na bok. Wyczuwanie worka płodowego bywa możebne tylko w wyjątkowych przypadkach.

Ograniczony krwotok brzuszny (poronienie) i krwistek. Wywiady oraz objawy początkowe są na ogół podobne do wczesnego pęknięcia.

Przy miejscowem badaniu powinniśmy mieć na względzie i badać z osobna trzy główne punkty: macicę, wylew krwawy i jajowód. W pewnych przypadkach macica nie jest powiększona i nie ma cech właściwych ciąży, mianowicie: przerostu i przekrwienia. Przyczynę tego należy upatrywać albo w tem, że ciąża nie wyszła jeszcze ze swego początkowego okresu, albo — że macica znajduje się już w okresie przemiany wstecznej.

Położenie macicy zmienia się względnie do miejsca i rozmiarów krwotoku.

Najbardziej znany i do rozpoznania łatwy jest klasyczny krwistek pozamaciczny (*haematocele retrouterina*). Znajdujemy wtedy guz, wznoszący się na szerokość palca ponad spojenie łonowe, a niekiedy i wyżej, który w przeważnej liczbie przypadków utworzył się przy nagle powstałych, silnych bolach w dolnej części brzucha; guz ten jest przy badaniu czuły, szczególniej w górnej części. Zazwyczaj miewa on już dość wcześnie znaczną zbitość i dość znaczne napięcie, a przy opukiwaniu wydaje tępy odgłos.

Badając przez pochwę, znajdujemy macicę, przesuniętą ku przodowi do samego spojenia łonowego i często nieco ukośnie ku jednej lub drugiej stronie. Jama Douglasa wypełniona krwią, która w części jest jeszcze płynna i wypukla tylne sklepienie pochwowe. Ciśnienie, wywierane przez wylew w miednicy, wywołuje niekiedy silne, rozpromieniające się do biodra bóle, oraz uczucie napierania. W przypadkach wyjątkowych dochodzi czasem do zatrzymania moczu i gazów jelitowych, częściej wszakże spostrzegamy zwiększony popęd do oddawania moczu.

Mając na względzie nagłość powstania takiego guza, przy warunkach zupełnego zdrowia narządu płciowego, wspólnie ze spóźnioną nieco rzekomą miesiączką, czemu towarzyszyło odchodzenie błoniastych lub mięsistych cząstek, oraz bole kurczowe, mając na względzie wszystko to razem, mamy już dostateczną podstawę do rozpoznania takiego typowego krwisteku.

Możebnemby było wzięcie powyższych objawów za przekręcenie szypuły jakiegoś, istniejącego dawniej, guza, przyczem daje się spostrzegać szereg zjawisk, analogicznych z wymienionemi; atoli badanie przez pochwę usuwa wtedy wszelką

[3]) l. c.

wątpliwość. W podobny sposób, w drodze badania, a przedewszystkiem w drodze oceny danych wywiadowych, rozróżniamy krwistek od innych wylewów otorbionych przyrody zapalnej, jak n. p. od surowiczych, surowiczo-włóknikowych, lub też ropnych wysięków, powstających przy gruźliczych, septycznych, jakoteż i innych schorzeniach otrzewnej miednicy. Wahania ciepłoty nie mają pod względem rozpoznawczym takiej wartości, jaką im przypisywano dawniej. Wysięki mogą powstawać i przebiegać bez gorączki, aczkolwiek w przeważnej liczbie przypadków dzieje się przeciwnie: z drugiej strony gorączka o nieznacznem podniesieniu i nieprawidłowej krzywiźnie, stanowi objaw, dość często spostrzegany przy nieprawidłowym krwisteku w jego początkowym, a szczególnie w dalszym jego okresie. Ta tak zwana gorączka resorbcyjna jest zwykle aseptyczna, gdy przeciwnie znacznie wyższa od niej, powstająca wśród dreszczy w ciągu dłuższego trwania krwisteku gorączka jest niezawodną oznaką tego, że wkroczyły bakterye i że powstaje sprawa ropna w krwisteku.

W przypadkach krwisteku niepowikłanego nakłucie próbne, wykonane przy ścisłem zachowaniu ogólnie przyjętych warunków, jest zdaniem Küstnera najpewniejszym i zupełnie bezpiecznym środkiem rozpoznawczym. Zresztą przy badaniu rozmaitych rodzajów krwisteku nader użytecznem jest korzystać także z badania przez odbytnicę.

Do rzędu objawów, towarzyszących poronieniu jajowodowemu, należą także znamienne bole, pochodzące wprost od ciężarnego jajowodu. Są to zazwyczaj jednostronne kolki w podbrzuszu, mające cechy kurczowe, przytem daleko silniejsze, aniżeli te bole, jakie towarzyszą sprawom zapalnym. Szczególnie w tych przypadkach, gdy krew wylewająca się nie dostaje się odrazu na zewnątrz, do jamy otrzewnej, lecz całkowicie lub w przeważnej części nagromadza się w ciężarnym jajowodzie, tworząc krwistek jajowodowy (*haematosalpinx*), — bole owe są niekiedy nie do zniesienia. Są one wynikiem wzrastającego w jajowodzie napięcia wskutek krwawienia, oraz kurczów swobodnej części jajowodu, i z tego powodu mogą być nazwane kurczami jajowodowymi (Thorn[4]), Strauch[5]).

Rozpoznanie wcześnie przerwanej ciąży zewnątrzmacicznej popiera poważnie krwawienie maciczne, które w przeważnej liczbie przypadków trwa długo i nieprzerwanie, lub powtarza się z krótkiemi przerwami, ciągnąc się miesiącami. Przy podobnych krwotokach przerywanych dają się spostrzegać równocześnie z nimi występujące bole. Wahania ilościowe krwi wydzielanej tłómaczą się różnorodnością źródeł jej pochodzenia, albowiem nie pochodzi ona zawsze z błony śluzowej macicy, lecz może pochodzić z ciężarnego jajowodu (Fritsch), a nawet może przeciekać przez jajowód od łączącego się z nim, otorbionego w miednicy zbiorowiska krwi, z jajowodu może się wylewać do macicy, a stąd przedostawać się na zewnątrz. Niekiedy podobne ciągłe wydzielanie się niewielkich ilości starej krwi z takiego zbiorowiska może trwać bardzo długo.

Oparte w ostatnich czasach na nowych zupełnie podstawach, oraz dążące do nowych celów badania hemologiczne rokują niemałe nadzieje dla dyagnostyki ciąży zewnątrzmacicznej, pozwalając spodziewać się, że uzyskamy subtelniejsze i ściślejsze metody badania, aniżeli te, jakie nam były dostępne dotychczas. — Odnosi się to przedewszystkiem do podjętych przez Veita badań, co do zużytkowania genialnej Ehrlichowskiej nauki o odporności, oraz jego dalszych wywodów dla celów serodyagnostyki ciąży.

Gdy jednak stosowanie takiej biologicznej analizy krwi do celów naszego badania jest dopiero rzeczą przyszłości, to przecież posiadamy już namacalne i dające się zastosować w tej mianowicie dziedzinie wyniki badania morfologii krwi w warunkach patologicznych. Mianowicie w sprawie odróżnienia wylewów krwawych, wywołanych przez ciążę zewnątrzmaciczną, od ropienia guzów w przydatkach, posiada rozstrzygające znaczenie, spostrzegane w tym drugim przypadku bezwzględne zwiększenie liczby leukocytów, mianowicie wielojądrzastych, neutrofilnych. Obecność hyperleukocytozy lub jej nieobecność oddała już również wielkie usługi w rozpoznaniu różniczkowem między wysiękiem okołowyrostkowym (*epityphlitis*) i niepowikłanym prawostronnym krwistekiem, którego odróżnienie, wskutek nietypowej siedziby worka płodowego i powstającego zeń pozajajowodowego nagromadzenia krwi, bywa niezmiernie trudne.

[4]) Centralblatt f. Gynaek. 1899, S 534.
[5]) Ibid., S. 1294.

Rozpoznanie ciąży zewnątrznej w średnim okresie (IV — VI. mies.). W tym okresie spotykamy już mniej trudności w rozpoznaniu różniczkowem. Objawy ciąży stają się coraz to wyraźniejsze, a ku końcowi tego okresu na pomoc dyagnostyce przybywają wszystkie jej objawy pewne. Dzięki temu nie tak łatwo wpadamy w błąd pomieniania ciąży z innemi sprawami, przebiegającemi w pobliżu macicy, przy których tworzą się guzy. Natomiast w tym okresie zadania rozpoznawcze skupiają się więcej koło pytania, czy chodzi o wewnątrzmaciczną, czy też zewnątrzmaciczną siedzibę płodu. Pod tym względem, jak wykazuje bogaty materyał kazuistyczny, znajdujący się w piśmiennictwie, możliwość omyłek w rozpoznaniu jest niezmiernie wielka. Ze względu na to przypadki takie powinny być dłużej śledzone, a gdzie to jest możebne, powinny chore być umieszczone w szpitalach lub lecznicach na wypadek, gdyby przed zupełnem ustaleniem rozpoznania wystąpiły nagle objawy groźne, któreby wymagały niezwłocznej interwencyi. Omyłki rozpoznawcze, powtarzamy, są bardzo możliwe. W szeregu autorów, którzy oddali istotną usługę przez ogłoszenie swoich pomyłek, a tem samem dali możność innym uniknąć ich powtórzenia, spotykamy nazwiska najdoświadczeńszych i najgłośniejszych położników i ginekologów, co samo przez się wskazuje, jak ważnem dopełnieniem ginekologii operacyjnej jest doświadczenie położnicze. Z punktu widzenia praktycznego zasługuje na uwagę to, że laparotomia, wykonana bez potrzeby, wskutek mylnego rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej, powinna być rozpatrywana zawsze, jako lecznicze nieszczęście, z powodu dość łatwo po niem występujących niepomyślnych następstw, gdy tymczasem przy wszelkich guzach chorobowych, wziętych mylnie za »ciążę zewnątrzmaciczną« i leczonych operacyjnie, na takiej pomyłce wygrywa się tylko.

Z najnowszego piśmiennictwa możemy przytoczyć 26 przypadków cięcia brzusznego, wykonanego na podstawie mylnego rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej.

7 przypadków tyłozgięcia macicy ciężarnej: 4 poronienia i 1 zejście śmiertelne;

5 przypadków zgięcia bocznego: 3 poronienia;

11 przyp. wypuklenia bocznego macicy ciężarnej: 3 poronienia i 2 zejścia śmiertelne wskutek zapalenia otrzewnej;

1 przypadek ciąży w rogu macicznym: poronienie;

3 przypadki niezupełnej dwurożności macicy: jedno poronienie.

Może zajść jednak pomyłka i w sensie odwrotnym, a mianowicie, że zewnątrzmaciczny worek płodowy zostaje wzięty za macicę ciężarną. Ścisłe atoli rozważanie danych wywiadowych, oraz szczegółowe, niejednokrotne badanie nietylko przez pochwę, ale i przez odbytnicę, rzucają światło na obraz, który się wydawał na razie dość ciemnym.

We wszystkich wątpliwych przypadkach nie należy spieszyć się z czynnem wkroczeniem, zanim nie wyczerpiemy wszelkich dróg i sposobów do ustalenia prawidłowego rozpoznania, o ile — ma się rozumieć — nie wystąpią zagrażające życiu objawy. Lekkomyślny pośpiech w podobnych przypadkach wywołuje częstokroć ciężkie skutki. Naprzykład, gdy, biorąc zewnątrzmacicznie umieszczony worek płodowy za uwięzniętą w tyłozgięciu macicę, będziemy usiłowali wykonać wskazane w tym przypadku odprowadzenie, możemy niezmiernie łatwo wywołać pęknięcie worka płodowego wraz ze zgubnemi jego następstwami.

Odwrotna omyłka, jaką spotkałem niedawno, nie ściągnęła wprawdzie na chorą wielkiego nieszczęścia, jakkolwiek naraziła ją na wielką trwogę i zmartwienie, gdy lekarz, uważając uwięzniętą w tylnem sklepieniu macicę ciężarną (w III. miesiącu) za ciążę zewnątrzmaciczną, nalegał na niezwłoczne cięcie brzuszne, strasząc chorą wszelkiemi okropnościami możliwego pęknięcia. — Szczęściem chora nie usłuchała rady i najpomyślniej przebywa w dalszym ciągu swoją ciążę, będąc obecnie w VIII. miesiącu.

Jeszcze łatwiejsze jest rozpoznanie w ostatnim, trzecim okresie ciąży zewnątrzmacicznej, gdy przez namacanie części płodu, wysłuchanie tonów jego serca, oraz szmeru łożyskowego stwierdzamy obecność ciąży. Jest to już »période de certitude« Francuzów.

Dość często możemy określić granicę pomiędzy workiem płodowym i macicą; niekiedy wszakże takie odgraniczenie bywa dość trudne, a wtedy i rozpoznawanie w ciągu dłuższego czasu pozostaje wątpliwe.

Części płodu, leżącego zewnątrz macicy, dają się wymacać niekiedy dość wyraźnie przez ścianę brzuszną, która sama jedna oddziela płód od badającej ręki. Niekiedy chore skarżą się na nadzwyczajną bolesność ruchów płodu.

O stosowaniu zgłębnika w celu określenia, że macica jest pusta, i o związanem z takiem badaniem niebezpieczeństwie jużeśmy nadmienili wyżej. Zresztą w ostatnim okresie ciąży szyjka maciczna na tyle otwiera się sama, że można niekiedy wymacać jamę maciczną palcem.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Grasmann. **O szwie naczyń przy kłutych ranach kończyn.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 16). Przy ranie kłutej zranienie wielkiego nawet pnia żyły lub tętnicy może na razie ujść uwagi, kanał bowiem jest długi i wązki, mięśnie zatykają go i zwykle większego krwawienia już w czasie przybycia lekarza niema. Dopiero następowe krwotoki lub wytworzenie się tętniaka okazują, że naczynie zostało zranione. Przy ranie kłutej w okolicy dużego naczynia należy też badać uważnie pod tym względem (krwiak, tętno, szmery i t. p.).

Przy zranieniu dużego naczynia zabieg operacyjny może być trojaki: 1) podwiązanie naczynia, 2) podwiązka ścienna (głównie żył), 3) szew naczynia. Badania ostatnich czasów wykazały, że naczynia szyć można zupełnie dobrze, o ile zachowuje się przytem skrupulatną czystość. Szyjemy naczynia przez wpochwianie (Murphy), na protezach (Payr), lub poprostu okrężnie (Carrel i Stiet), przyczem błona wewnętrzna odwija się na obu kikutach naokoło na zewnątrz. Podwiązanie naczyń jest zabiegiem wygodnym, ale ze względu na żywotność kończyny bardzo ryzykownym. Natomiast szew naczynia oddaje dobre usługi. Grasmann w ostatnim roku miał sposobność szyć bocznie żyłę udową wspólną, podobojczykową i tętnicę udową, a okrężnie przecięte naraz naczynia udowe pod więzadłem Pouparta. Ostatni przypadek zakończył się śmiercią, albowiem chory przysłany został do szpitala już w stanie bardzo groźnym. Dotąd opisano 17 przypadków okrężnego szwu wielkich tętnic. *K.*

Hartmann. **W sprawie czasu krzepnięcia krwi.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 16). H. przeprowadził badania nad czynnikami, które mają wpływać na zmianę czasu krzepliwości krwi i przekonał się, że niektóre czynniki, za takie uważane, nie mają wcale wpływu na krzepliwość krwi. Należą tutaj wiek, miesiączka, ciąża, wpływ pory dnia i pożywienia i t. p. Prawidłowy czas krzepnięcia kropli krwi, badanej pod mikroskopem, wynosi $4^1/_2$—5 minut. Podobnie bez większego wpływu na czas krzepliwości krwi pozostaje uśpienie i znieczulenie przy operacyi, podniesienie ciepłoty i t. p.; natomiast wybitnie przyspieszająco (do 3 minut) działa upust krwi i krwawienie, ale występujące nagle. Ta zwiększona krzepliwość krwi trwa zwykle dzień. Przewlekłe i nieznaczne krwawienia, wywołujące zwiększoną wodnistość krwi, działają naodwrót przedłużająco na czas krzepnięcia. *K.*

Iselin. **Wyniki leczenia ostrych ropnych spraw ręki gorącem powietrzem.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 16). Bier przy ostrych sprawach zapalnych odrzuca przekrwienie czynne, a poleca jedynie zastoinę żylną, ale niesłusznie. Badania I. wykazały, że leczenie gorącem powietrzem oddaje właśnie niezmiernie cenne usługi, n. p. w ostrych ropnych sprawach kończyny górnej, a zwłaszcza ręki, gdzie chodzi nam bardzo o zachowanie ścięgien i ruchomości. Oczywiście leczenie gorącem powietrzem odbywa się dopiero po wykonaniu odpowiedniego zabiegu operacyjnego. Po nacięciu i wypuszczeniu ropy wypłukuje się ranę fizyologicznym rozczynem soli kuchennej i lekko przykrywa gazą jodoformową (nie tamponując). W ten sam dzień lub na drugi dzień zdjąwszy opatrunek, rozpoczyna się zaraz leczenie gorącem powietrzem. Posiedzenie trwa 2 godziny. Potem wypłukuje się ranę rozczynem soli, w zaułki zasypuje jodoform i przykrywa gazą, a na to daje się okład wyskokowy lub kwaśny. Przez tamponadę przedłużamy tylko ropienie, a nieraz przy zbyt energicznem postępowaniu zatykamy odpływ ropy. Ciepłota w przyrządzie powinna wynosić 90—110°. Przy tem leczeniu ropienie i ból znikają bardzo szybko, ścięgna pozostają żywotne, a blizny są miękkie. Leczenie to nadaje się zwłaszcza przy głębokich ropieniach palców i ścięgien, daje się wykonywać ambulatoryjnie (w przeciwieństwie do zastoiny) nie grozi żadnem niebezpieczeństwem, a wiedzie szybko do celu. *K.*

Weinberg. **Najważniejsze dane statystyki raka.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 13—15) Przy badaniu raka postępuje się trzema drogami. Pierwszą są wnioski z przebiegu klinicznego i zmian, wywołanych przez nowotwór w ustroju; druga badanie warunków, wśród których rak się rozwija, przez wywoływanie go doświadczalne, a trzecią, niemniej ważną, badanie raka ze stanowiska statystycznego, przyczem uwzględnia się wpływ rasy, wieku, płci, klimatu, zawodu osobnika, miejsca zamieszkania i sposobu szerzenia się raka. Każda z tych trzech dróg oddała i oddaje nieocenione usługi. W. zajmuje się w swej pracy statystyką raka. Ogólny rzut oka na śmiertelność z powodu raka wykazuje, że stanowi ona obecnie 5—7% ogólnej liczby, a nadto, że nowotwory wogóle obecnie są znacznie częstsze, niż dawniej. Dodać należy, że statystyka nie obejmuje często wielu przypadków raka, bo ich za życia nie rozpoznano. Riechelmann ocenia ilość nierozpoznanych przypadków raka na 22% i to w szpitalach, a poza szpitalami liczba ta jest znacznie większa. Śmiertelność na raka jest znacznie większa w większych miastach, niż w mniejszych i po wsiach, zwłaszcza, że chorzy rakowaci dążą do miast i tu umierają. Śmiertelność na raka jest większa u kobiet, niż u mężczyzn (z powodu częstego występowania raka sutka i macicy), ale dopiero po 25. roku życia, przed nim przeważa rak u mężczyzn. Obecnie statystyka wykazuje, że niema żadnej wybitnej różnicy ze względu na wpływ wieku między rakiem, a mięsakiem. Dawniej twierdzono, że mięsak występuje zwykle u osób młodych, rak u starych. Obecnie różnicy tej statystycznie wykazać nie można i częstość mięsaków wzrasta taksamo z wiekiem, jak częstość raków. U zwierząt rak jest bardzo rzadki; u zwierząt dzikich może dlatego, że dzikie zwierzęta zwykle w walce o byt nie dosięgają późnego wieku. Czy wogóle obecnie rak wydarza się częściej, orzec trudno, nie powinniśmy zapominać bowiem o tem, że obecnie prowadzi się o wiele ściślejsze statystyki, karty pośmiertne wystawiają częściej lekarze, których wogóle jest więcej, ludność więcej leczy się w szpitalach, gdzie rozpoznania bywają lepsze, nasze sposoby badania i rozpoznania są również pewniejsze i t. p. Statystyka wykazuje, że śmiertelność z powodu raka macicy i sutka nietylko się nie zwiększyła, ale przeciwnie zmniejszyła, a to właśnie z powodu, że raki te rozpoznaje się wcześnie i leczy należycie; natomiast raki innych narządów rozpoznaje się już zwykle późno. Co do rozmieszczenia geograficznego raka, to jest ono prawie jednostajne z wyjątkiem ludów dzikich, gdzie rak występuje stosunkowo rzadko. W okolicach zimniczych występuje rak rzadziej, tak że nawet Löffler swego czasu polecał szczepienie zimnicy, jako środek przeciw rakowi. Niektórzy uznają związek formacyi geologicznych z powstawaniem raka i twierdzą, że nieprzepuszczalne formacye trzeciorzędne usposabiają do raka w przeciwieństwie do przepuszczalnych dyluwialnych i aluwialnych. Badacze angielscy znów twierdzą, że rak występuje znacznie częściej w okolicach bagnistych, lesistych i obfitujących w rzeki. Sprawa zaraźliwości raka ze stanowiska statystyki przedstawia się bardzo niepewnie. Nie udaje się wykazać zaraźliwości dokładnie ani u osób pielęgnujących chorych, ani u małżonków, ani też w tak zwanych gniazdach rakowych. Są to wszystko rzeczy przypadku. Podobnież dane statystyczne co do zawodu chorych nie wykazują większych różnic. Największą śmiertelność spotykamy u kominiarzy (rak jąder) i ludzi mających styczność z alkoholem. Weinberg zachęca w końcu lekarzy praktycznych do zbierania danych statystycznych o raku. W każdym przypadku zapisywać należy stosunki mieszkaniowe, klimatyczne i geologiczne (przy pomocy odpowiednich kart geologicznych), dalej o ile możności stan zdrowia rodziny, dziedziczność i t. p. Wprowadzenie takich ogólnych statystyk przyczyni się o wiele więcej do postępu nauki, niż ogłaszanie pojedynczych, rzadkich przypadków klinicznych. *Klęsk.*

Prof. Jaksch. **O wieloogniskowem ostrem zapaleniu okostnej.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 16). Swego czasu opisał Jaksch osobną postać chorobową, cechującą się zapaleniami okostnej, wielu kości, obrzękiem śledziony, zwiększeniem liczby ciałek białych (zwłszcza myelocytów), a stałem zmniejszaniem się liczby ciałek czerwonych. Przypadków podobnych spostrzegał J. kilka; przebiegały one przewlekle i kończyły się śmiercią. Obecnie podaje J. zupełnie analogiczny przypadek ostrego zapalenia okostnej kości przedramienia, ramienia i goleni, który zakończył się pomyślnie. Objawy były takie same, jak w poprzednio opisanych przypadkach. Zapomocą rentgenizacyi wykazać można było w obrębie kończyn wybitne zgrubienia okostnej. Ciepłota stale podniesiona. Cierpienie sprawiało zrazu wrażenie ostrego gośćca stawowego, leczenie salicylem pogarszało jednak stan. *A.*

Aixner. **Przyczynek do leczenia kostniejącego zapalenia mięśni zapomocą fibrolizyny.** (*Münch. med. Wochs,*

1909, Nr 15). Kostniejące zapalenie mięśni jest cierpieniem bardzo uporczywem. W przypadku A. obejmowało ono mięśnie uda tuż ponad kolanem i wywołało niemożność ruchów w kolanie. Ponieważ cierpienie to występuje zwykle po urazie, przeto w leczeniu stosuje się zwykle po układach miesienie; jednakże doświadczenie kliniczne wykazuje, że miesienie w podobnych wypadkach nietylko nie pomaga, ale nawet wprost szkodzi, popierając szybki rozwój tkanki kostnej. Na podstawie wyników, uzyskanych w swoim przypadku, poleca A. wstrzykiwania fibrolizyny nawet w utworzoną już tkankę kostną (w danym przypadku 34 wstrzyknięć). Naturalnie wstrzykiwania stosowane wcześniej, a więc w tym okresie, gdy niema jeszcze tkanki kostnej, lecz dopiero tworzy się stwardnienie włókniste, dają jeszcze lepsze wyniki. Podobnie wyleczonych przypadków opisano już 7. *A.*

Schichhold. **Prosty sposób leczenia zwichnięcia barku.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 15). S. podaje bardzo prosty sposób odprowadzania zwichnięcia barku bez asysty i uśpienia. Chorego sadza się na stołku. Pomocnik, a może być nim ktokolwiek, przytrzymuje chorego i dłonią uciska na bark z góry. Lekarz staje po stronie chorej, przedramię chwyta między uda, i zaciskając je, przechyla się ciężarem swego ciała w tył i nieco ku dołowi, wykonując przez to bardzo silny wyciąg. Równocześnie mając obie ręce wolne, jedną trzyma lekarz ramię, a drugą wpycha główkę do stawu. Odprowadzenie udaje się przytem łatwo. Raz nawet odprowadził S. w ten sposób zwichnięcie, trwające od 3 miesięcy. *K.*

Baum. **Odosobnione napięcie powłok brzusznych po urazie kręgów.** (*Deutsche med. Wochs.* 1909, Nr 12). Napięcie powłok brzusznych należy do najcenniejszych oznak zranienia narządów brzusznych; nie należy jednak zapominać, że wystąpić ono może także wskutek urazu kręgów, jako wyraz podrażnienia tylnych korzeni rdzenia (wskutek n. p. pozardzeniowych krwotoków). Zwykle w tych razach towarzyszą temu przeczulice. Czasem jednak napięcie jest tak silne i trwałe, (przyczem spotyka się odpowiednie stłumienie odgłosu opukowego), że może nakłonić nawet do operacyi brzusznej, jak tego dowodem jest przypadek Bauma, gdzie przy operacyi przekonano się, że w jamie brzusznej stosunki są zupełnie prawidłowe. *K.*

Blum. **Gruźlica nerek.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 15). Dawniej sądzono, że gruźlica nerek nie może być nigdy cierpieniem pierwotnem i jedynem w ustroju, a prawie nigdy nie może usadawiać się w jednej nerce; diatego też operacyę nerki gruźliczej uważano nietylko za bezcelową, ale i przeciwwskazaną. Obecnie doświadczenie kliniczne pouczyło nas, że rzecz ma się inaczej, i za najpewniejszy środek leczniczy przy gruźlicy nerki uważamy operacyę doszczętną, mianowicie wycięcie nerki. Skoro zgłosi się do nas chory ze zmianami pęcherzowemi, opierającemi się wszelkiemu leczeniu, powinniśmy zawsze myśleć o gruźlicy nerki, a więc zbadać nerki klinicznie, a potem wykonać tuberkulinowy odczyn skórny lub oczny i zbadać mocz co do prątków. Już sama obecność krwi i jednojądrzastych ciałek białych budzi podejrzenie co do gruźlicy. Cenne jest także szczepienie świnek morskich. Badanie cystoskopem wykazuje nieraz zmiany gruźlicze koło ujścia jednego lub obu moczowodów, a cewnikowanie moczowodów dostarcza danych o stanie nerki chorej i sprawności nerki zdrowej. Operacya przy gruźlicy nerki jest przeciwwskazana jedynie w późnym wieku, przy ogólnej gruźlicy, przy powikłaniach ze strony płuc i serca, przy silnej gruźlicy pęcherza i poważnych zmianach nerki drugiej. Natomiast operujemy przy nieznacznych zmianach po stronie drugiej, przy gruźlicy sterczu i jąder i t. p. Nieoperacyjne leczenie, jak tuberkulinami, miejscowe i klimatyczne, nie wiedzie nigdy do celu, jak o tem przekonał się Blum na 40 przypadkach. Sprawa bez operacyi kończy się zawsze śmiercią z rozsianej gruźlicy, zakażeń wtórnych, wyniszczenia, krwotoków, lub bezmoczu. Jedynie leczenie chirurgiczne, i to o ile możności w początkach choroby, jest uzasadnione. *K.*

Schmidt. **Lewarowe sączkowanie z aspiracyą w leczeniu gruźliczych ropniaków opłucnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1809, Nr 15). Dotąd w leczeniu ropniaków opłucnej używa się powszechnie 2 sposobów sączkowania: 1) Lewarowy sposób Bülaua (zapomocą trójgrańca wprowadza się miękki cewnik do jamy opłucnej i łączy go wężem gumowym z naczyniem, napełnionem jałowym płynem). 2) Wycięcie żebra (Roser-König) i szerokie sączkowanie jamy. Oba sposoby mają wady. Pierwszy jest łatwy, jednak posiada tę wadę, że odpływ przez cienki cewnik jest trudny; przy drugim sposobie trzeba już operacyi w uśpieniu lub znieczuleniu z asystą, a prócz tego nie udaje się wywołać ciśnienia ujemnego. Z tego powodu podaje S. przyrząd, dozwalający przy sposobie Bülaua stosować łatwo aspiracyę, która z jednej strony ułatwia odpływ, a z drugiej wywołuje rozszerzenie się płuca i przekrwienie. Cewnik wprowadza się zapomocą trójgrańca (trójgraniec wbija się skośnie, by potem cewnik nie ulegał zaciśnięciu) i umocowuje gazą i plastrem na klatce piersiowej. Następnie zapomocą węża gumowego, długiego na 50 cm, łączy się cewnik z naczyniem o 3 szyjkach. Z jedną łączy się wąż gumowy, drugą łączy się z manometrem, a trzecią z pompką do rozrzedzania powietrza. Po rozrzedzeniu powietrza możemy odłączyć przyrząd od cewnika, który zaciskamy; chory może chodzić, mając stale ciśnienie ujemne w chorej połowie klatki piersiowej. Dołączać jeszcze do tego można oddychanie (z dodatniem ciśnieniem) w przyrządzie Brauera przez 15 minut dziennie. Leczenie to oddaje cenne usługi, zwłaszcza przy uporczywych ropniakach gruźliczych. *K.*

Dreesmann. **Rozpoznanie i leczenie zapalenia trzustki.** (*Münchener medizinische Wochenschrft* 1909, Nr 14). Schorzenia trzustki nie należą wcale do rzadkości, a obecnie umiejąc je lepiej rozpoznawać, stwierdzamy je też częściej. Objawy kliniczne cechujące są inne dla spraw ostrych, inne dla przewlekłych. Ostre zapalenie zjawia się zwykle po poprzednich zaburzeniach trawienia dość nagle, głównie u osób otyłych, w postaci gwałtownych bolów w górnych częściach brzucha, wymiotów, zapadu, wzdęcia brzucha i niedrożności jelit. Ciepłota przytem nieraz jest prawidłowa, tętno zaś bardzo szybkie. Bole rozpromieniają się zwykle do krzyżów, lewego ramienia, i wzmagają się po przyjęciu pokarmów i po ruchach. Czkawka występuje w przypadkach ciężkich. Wyraz twarzy jest dość znamienny, różniący się od t. zw. oblicza Hippokratesa odcieniem więcej szarym, pochodzącym zapewne od szybkiego rozkładu krwi. Nie da się zaprzeczyć, że w samych początkach łatwo pomieniać ostre zajęcie trzustki z napadem kamicy żółciowej, zapaleniem wyrostka robaczkowego i t. p. Guza z powodu otyłości wyczuć zwykle nie można. W pomoc rozpoznaniu przychodzi badanie stolca (wykazanie tłuszczów, niestrawionych włókien mięsnych), podawanie celem polepszenia stanu pankreonu, a wreszcie odczyn Cammidgea.

W przypadkach przewlekłych bole występują mniej silnie i to zwykle napadowo: wiele t. zw. »nawrotów«, po operacyi kamicy żółciowej należy właśnie do tych spraw. Odżywienie podupada stale, chorzy z obawy przed bolem nie chcą spożywać pokarmów; miejscowo, w moczu i stolcu zmiany, jak wyżej.

Jedynym racyonalnym sposobem leczenia jest zabieg operacyjny, którego celem jest zapomocą tamponady odprowadzać wydzielinę trzustki na zewnątrz i ochronić ustrój od zatrucia. Przy leczeniu zachowawczem śmiertelność jest ogromna, 93%, przy operacyjnem 20—50%. Przed i po operacyi celem zapobiegania krwotokiem podaje D. za radą Robsona chlorek wapna. Przy operacyi należy pamiętać o oglądnięciu dokładnem dróg żółciowych, bo często w nich właśnie są zmiany pierwotne, a w trzustce chodzi tylko o powikłanie następowe. *K.*

Laryngologia i otyatrya.

Killian: **Przypadek ropnia mózgowego pochodzenia nosowego, wyleczony operacyjnie** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 57). W przebiegu ropienia zatoki czołowej prawej i komórek sitowych przednich wytworzył się ropień w płacie czołowym prawym. Oprócz bolów głowy wystąpił niedowład lewej kończyny dolnej i górnej i objawy ucisku mózgu. Wykonano wydłutowanie zatoki czołowej i otwarto ropień w jamie czołowej, kierując się zmianami w kości i w tkankach miękkich. W ciągu dwóch miesięcy nastąpiło zupełne wygojenie. K. zwraca uwagę na rzadkość objawu, spostrzeganego w tym przypadku; mianowicie przed operacyą wystąpiła niemożność zatrzymania moczu, która w kilka dni po operacyi ustąpiła. K. zwraca uwagę na to, że objaw ten, pochodzenia mózgowego, spostrzegano po raz pierwszy przy ropniu w płacie czołowym. Raz jeden spostrzegano objaw ten przy ropniu w płacie skroniowym pochodzenia usznego (Baker). Badania nowszych czasów wskazują na to, że niemożność zatrzymania moczu może być pochodzenia mózgowego. Friedman nawet oznacza odpowiedni ośrodek w korze mózgowej. W sześć lat później chora umarła na raka wątroby. Badanie drobnowidowe mózgu wykazało mały ubytek istoty korowej na końcu płatu czołowego. *Zalewski.*

Stenger. **Śluzowiak zatoki czołowej lewej.** (*Zeitschr. f. Ohrenh.* Tom 57). Przypadek dotyczy 59-letniej kobiety, która już przed 20 laty miała obrzęk w oczodole lewym; wtedy obrzęk nacięto i miał wypłynąć jasny płyn; rana długo nie chciała się

zagoić. Obecnie od $2^1/_2$ lat znów zaczyna w oczodole tworzyć się obrzęk. Cała okolica lewej zatoki czołowej jest obrzękła, gałka oczna przesunięta na zewnątrz. Obrzęk okazuje chełbotanie. Badanie nosa wykazało ropienie w komórkach sitowych i w jamie szczękowej lewej. Wypłukanie zatoki czołowej od strony nosa nie powiodło się, rurka bowiem włożona do zatoki napotkała na miękki opór tak, że nie można było jej dalej wsunąć. Przy operacyi okazało się, że cała zatoka czołowa jest silnie rozszerzona, ściany kostne są ścieńczałe i podatne; cała jama wypełniona jest śluzem. Ścieńczenie ścian kostnych dotyczy i tylnej ściany, oddzielającej jamę czołową od jamy czaszkowej. Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka ściany przedniej wykazuje zupełny zanik tkanki kostnej. Komunikacyi zatoki z jamą nosową nie można było znaleźć i dlatego zrobiono ją sztucznie. Nabłonek zatoki uległ przekształceniu na brukowy, a w niektórych miejscach nawet na płaski i tylko gdzieniegdzie utrzymał się nabłonek migawkowy. S. przypuszcza, że przyczyną śluzowiaka jest wrodzony brak połączenia między zatoką czołową a jamą nosową. *Zalewski.*

Eschweiler. **Bezwzględne wskazanie do operacyi Killiana przy przewlekłem ropieniu zatoki czołowej.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 57). Dwa przypadki przewlekłego ropienia zatoki czołowej prawej, gdzie zatoka czołowa lewa zachodziła znacznie na stronę prawą i zakrywała z przodu zatokę czołową prawą tak, że przednia ściana zatoki prawej była bardzo mała. *Zalewski.*

Walb i Horn. **Ciśnienie ujemne przy leczeniu chorób zatok nosowych.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* T. 57). Zasługa zastosowania tego sposobu leczenia przy zapaleniach zatok nosowych przypada Seifertowi, Rethiemu i Sondermannowi. W. i H. uzupełnili i poprawili przyrządy dotąd używane, podając swój własny przyrząd, zapomocą którego można osiągnąć dość znaczne ciśnienie ujemne, a prócz tego można to ciśnienie dokładnie mierzyć zapomocą odpowiedniego manometru. Na podstawie swego doświadczenia klinicznego dochodzą W. i H. do wniosku, że sposób ten nadaje się szczególnie do leczenia ostrych zapaleń zatok nosowych. W tych przypadkach następuje zwykle bardzo szybko wyleczenie. Mniej nadaje się sposób ten do leczenia zapaleń przewlekłych, natomiast oddaje znakomite usługi podczas leczenia pooperacyjnego; w przypadkach przewlekłych możemy mieć nadzieję wyleczenia bez operacyi wtedy, jeżeli błona śluzowa nie okazuje zbyt znacznych zmian. Sposób ten uważają W. i H. za odpowiedniejszy w przypadkach ostrych, niż przepłukiwanie zatok. *Zalewski.*

Eisenlohr: **Próba Wassermanna przy ozenie.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 57). E. wykonał próbę Wassermanna w 15 przypadkach ozeny z wynikiem ujemnym. W kilku przypadkach ozeny udało się wyhodować prątki, podobne do prątków błoniczych; zwierzęta zachowywały się wobec szczepienia tymi prątkami obojętnie. *Zalewski.*

Wiegmann. **Przypadek kostniaka kości sitowej.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 57). Przypadek dotyczy 26-letniej kobiety, która od 18. roku życia cierpiała na dolegliwości ze strony prawej połowy nosa, objawiające się przeważnie zatkaniem nosa. Guz dwukrotnie usuwano, lecz oba razy nastąpił nawrót w stosunkowo bardzo krótkim czasie, dopiero za trzecim razem wyjęto guz razem z podłożem; w ciągu 10 miesięcy potem nawrotu nie było. Pierwszy i trzeci raz operowano przez otwory nosowe, drugi raz wykonano operacyę Partscha. Po drugiej operacyi wystąpił charakterystyczny objaw ze strony wzroku; mianowicie po stronie prawej chora widziała zawsze w środku pola widzenia mały czarny punkt wielkości perełki; dolegliwości te ze strony wzroku znikły po trzeciej operacyi. Dokładne badanie po trzeciej operacyi wykazało, że wskutek ucisku na przegrodę nosową ze strony guza powstał w niej ubytek. Powonienie było znacznie upośledzone i na lewej stronie. Wyłuszczone guzy były bardzo twarde, za pierwszym razem ważył guz 17.5 gr., za drugim 18,7 gr., za trzecim 3,2 gr. Haas zebrał do roku 1901 dwadzieścia jeden przypadków kostniaków jamy nosowej. Od tego czasu ogłosił Zimmermann jeden przypadek i Lemere — jeden. Razem więc z przypadkiem autora opisano dotąd 24 przypadki kostniaków jamy nosowej. *Zalewski.*

Theimer. **Wyłączenie żyły w przypadkach zakrzepu zatoki i ropnicy.** (*Monatsch. f. Ohrenh.* 1908 str. 527). W przypadkach zakrzepu zatoki i ropnicy pochodzenia usznego zaleca autor, według Aleksandra, natychmiastowe wyłączenie żyły szyjnej i założenie przetoki skórnej żyły. Sposób ten umożliwia sączkowanie opuszki żyły szyjnej i zatoki, zabezpiecza od dostania się powietrza do żyły podczas otwarcia zatoki, a wreszcie zapobiega temu, by oderwane cząstki zakrzepu podczas operacyi dostać się mogły do obiegu krwi. *A. B.*

L. Réthi. **O trudnościach laryngoskopowania przy przeczulicy gardła.** (*Monatschr. f. Ohrenh.* 1908, str. 174). Autor zwraca uwagę, iż u osób nadczułych przy utrudnionem wziernikowaniu krtani ogólne znieczulenie gardła jest bezcelowe i niekiedy wystarcza za radą Fournié znieczulenie okolicy nagłośniowo-językowej, aby znieść nadmierne odruchy gardła. W innych razach jednak owo miejsce nadczułe znajduje się u przyczepu łuku podniebiennego przedniego do języka, lub łuku podniebiennego tylnego do bocznej ściany gardła. Przez wysunięcie lub też pociągnięcie języka ku przodowi ulegają naciągnięciu znajdujące się tu nerwy czuciowe i odruchowo występuje kurczenie się gardła. Zapędzlowanie okolic tych $10^0/_0$ roztworem kokainy znosi zazwyczaj odruchy dławiące, jak zawsze jednak, tak i tu należy odczekać czas odpowiedni, póki nie wystąpi znieczulenie. *A. B.*

Okulistyka.

Péchin i Descamps. **Uraz oczodołów i porażenie połowicze ciała po przeciwnej stronie.** (*Archives d'Opht.* 1908, Nr. 6). Do szpitala Beaujou przywieziono 43-letniego chorego, któremu żona wbiła koniec parasolki w lewy oczodół po wewnętrznej stronie gałki ocznej. Oko zostało nieuszkodzone. Gdy chory odzyskał przytomność, stwierdzono porażenie prawej połowy ciała i mierny stopień niemoty ruchowej. Badanie dna oka, po pewnym czasie wykonane, wykazało zabliźnione już pęknięcie naczyniówki, półkolem otaczające tarczę nerwu wzrokowego. Bystrość wzroku pozostała prawidłowa. Autorowie przypuszczają, że okuty koniec parasolki przedostał się przez szczelinę klinową (*fissura sphenoidalis*) do jamy ocznej i zranił czyto bezpośrednio, czy za pośrednictwem odłamka kostnego tętnicę Sylwiusza. *K. W. Majewski.*

Guibal. **Wytrzeszcz tętniący w następstwie urazu.** (*Archives d'Oph.* 1908, Nr 9). U pewnego huzara, który spadł z konia na głowę, wytworzył się tętniący wytrzeszcz lewej gałki ocznej. Oko straciło poczucie światła, dno oka nie okazywało jednak żadnych zmian widocznych. Jedynie tylko za uciskiem wywartym na twardówkę, można było zauważyć, że krew zarówno w żyłach, jak i w tętnicach siatkówki zupełnie znikała, a po ustaniu nacisku powracała natychmiast do naczyń i, co szczególniejsza, zarówno tętnice jak i żyły wypełniały się w tym samym kierunku, od środka, t. j. od tarczy nerwu wzrokowego, ku obwodowi. Osłuchiwanie skroni i samej gałki ocznej wykazywało wyraźne szmery kurczowe. Autor rozpoznaje w tym przypadku żyło-tętniaka (*aneurysma arterio-venosum*), jaki powstał wskutek pęknięcia tętnicy szyjnej wewnętrznej w obrębie zatoki jamistej. Gdy do zatoki jamistej dostała się krew tętnicza pod znacznem ciśnieniem, stosunki krążenia w całym od tych dwóch naczyń zależnym obszarze naczyniowym uległy zupełnemu przewrotowi. Parcia tętnicze i żylne wyrównywały się i powstało parcie pośrednie, w każdym jednak razie na tyle wysokie, że zmieniło kierunek krążenia krwi w żyłach uchodzących do zatoki jamistej, a więc także w żyle ocznej. Równocześnie ciśnienie krwi w rozgałęzieniach tętnicy szyjnej wewnętrznej, a więc tętnicy ocznej, znacznie opadło. W następstwie takiego zmalenia różnic w ciśnieniu żylnem i tętniczem, musiało nastąpić i w obrębie naczyń siatkówki zwolnienie, prawie, że zastój krążenia. Dlatego już słaby ucisk, wywarty na gałkę, wystarczał do wypróżnienia naczyń. Tymi też wymienionymi stosunkami krążenia wyjaśnia się to, że następnie zarówno żyły jak i tętnice wypełniały się krwią od strony tarczy. *K. W. Majewski.*

Edward Jackson. **Objawy oczne i oczodołowe zakrzepu zatoki jamistej.** (*Ophthalmology* 1909. Vol. 5, Nr 2). Objawy te omawia autor, poczynając od najważniejszych i najczęstszych i przechodząc do drugorzędnych i mniej rozstrzygających. W pierwszym rzędzie wymienia wytrzeszcz, występujący nagle i wzmagający się w ciągu pierwszych kilku dni. Szczególnie znamiennym jest równoczesny wytrzeszcz obu gałek ocznych. Równocześnie występuje znaczny obrzęk powiek, który szerzy się częstokroć na całą twarz. Na gałce ocznej widać objawy zastoju żylnego, a wziernikiem stwierdzamy rozdęcie i pokręcenie żył, zamglenie siatkówki i tarczę zastoinową. Ruchy gałki ocznej już po kilku dniach zostają zniesione wskutek porażenia wszystkich mięśni prostych. Równocześnie pojawia się obrzęk i przekrwienie spojówki powiek, obfita wydzielina, a szereg objawów ocznych zamyka częstokroć owrzodzenie i ropienie rogówki. *K. W. Majewski.*

George Robinson. **Trepanacya wobec tarczy zastoinowej** (*Ophthalmology*. 1909, Vol, Vol. 5, Nr 2). Autor zastanawia się nad mechanizmem powstania tarczy zastoinowej, oraz nad stanowiskiem, jakie zająć powinien chirurg wobec grożącej utraty wzroku. Nie ulega wątpliwości, że w przeważnej części przypadków na pierwszy plan wysuwa się wskazanie życiowe, ponieważ jednak zdarzają się przypadki zupełnego lub względnego wyzdrowienia (*meningitis, hydrocephalus internus*) lub też wyleczenia po operacyjnem usunięciu nowotworu śródczaszkowego, przeto na wszelki przypadek trzeba się liczyć z przyszłością wzroku i z tego powodu uważać samą tarczę zastoinową, zwłaszcza jeśli jej towarzyszy szybki spadek bystrości wzroku, za naglące wskazanie do otwarcia jamy czaszki w celu usunięcia wzmożonego ucisku mózgowego. W przypadkach, gdzie nie mogąc dokładniej określić siedziby cierpienia, nie można operować doszczętnie, należy, zgodnie z zapatrywaniem Horsleya, nie zwlekać z trepanacyą i nie ograniczać się do samej trepanacyi, lecz w każdym przypadku zrobić nacięcie opony twardej.

K. W. Majewski.

Thillier. **Leczenie torbieli tęczówki zapomocą elektrolizy.** (*Archives d'Opht.* 1908, Nr 9). Wiadomo, że są w użyciu trzy sposoby operacyjnego leczenia takich torbieli: nakłucie, które zazwyczaj nie zapobiega nawrotom, wycięcie razem z kawałkiem tęczówki, dające się wykonać tylko wobec torbieli małych rozmiarów, a wreszcie wyłuszczenie doszczętne samej torbieli lub przynajmniej przedniej jej ściany, operacya, przedstawiająca częstokroć znaczne trudności techniczne. Autor w jednym przypadku zamiast którejkolwiek z tych metod zastosował elektrolizę, która za pierwszym razem z powodu zbyt słabej i niejednostajnej siły prądu zawiodła, gdyż torbiel wypełniła się ponownie do pierwotnych rozmiarów. Niezrażony tem, powtórzył zabieg, zużywając tym razem 4 miliampery. Ta druga elektroliza doprowadziła do zupełnego zaniku torbieli i wyleczenie można uważać już za ostateczne, bo w ciągu 5 miesięcy stan oka nie uległ żadnej zmianie. *K. W. Majewski.*

Weckers. **Irydektomia w leczeniu jaskry krwotocznej.** (*Archives d'Opht.* 1908, Nr 10). Autor podaje opis przypadku obustronnej jaskry krwotocznej, operowanej za pomocą irydektomii z zupełnem powodzeniem i zastanawia się nad przyczyną, dlaczego operacya w niektórych przypadkach jaskry krwotocznej działa zbawiennie, w innych zgubnie. Pochodzi to niewątpliwie stąd, że poszczególne przypadki jaskry krwotocznej mimo zewnętrznego podobieństwa obrazu klinicznego mogą się co do swej istoty znacznie między sobą różnić. Są przypadki, gdzie krwotok jest zmianą pierwotną, a objawy jaskry są następowe i stanowią raczej powikłanie głównej choroby, niż chorobę samą. Tu irydektomia nie może dać wyniku korzystnego, bo nie usuwa przyczyny cierpienia. Natomiast w przypadkach, gdzie jaskra jest chorobą pierwotną, a krwotoki jednym z jej objawów, ostrożnie wykonana irydektomia, usuwając wzmożenie napięcia, usuwa równocześnie przyczynę krwotoku, jest przeto zabiegiem wskazanym i usprawiedliwionym. *K. W. Majewski.*

Capper. **O samoistnem pęknięciu gałki ocznej w następstwie jaskry.** (*Archives d'Opht.* 1908, Nr 9). Dotychczas opisano zaledwie kilka takich spostrzeżeń. Wszystkie przypadki odnosiły się do oczu już oślepłych, a bezpośrednim powodem pęknięcia rogówki było bądź to atoniczne owrzodzenie, drążące w głąb, bądź też krwotok naczyniówki, podobny do tego, jaki się zdarza po operacyi zaćmy. Do tych spostrzeżeń dodaje autor jedno własne. U 79-letniego chorego, u którego na jednem oku wykonano irydektomię, na drugiem nieoperowanem i oddawna już oślepłem powstało nagle w chwili, gdy chory silnie głowę schylił, pęknięcie rogówki z bardzo znacznym krwotokiem i wielkim bólem. Autor wyłuszczył oko dopiero w 9 miesięcy po tym wypadku. Badanie anatomiczne wykazało zupełne zwyrodnienie miąższu pozostałych części rogówki, co każe przypuszczać, że i w tym przypadku prawdopodobnie owrzodzenie atoniczne stworzyło korzystne warunki dla pęknięcia oka.

K. W Majewski.

Harold Giffard. **Dwa przypadki pierścieniowatego zaćmienia soczewki.** (*Opht.* 1909. Vol. 5 Nr 2). Vossius opisał sześć przypadków pierścieniowatego zaćmienia soczewki w następstwie urazu tępego. Zaćmienie to niezawsze jest widzialne w oświetleniu ogniskowem, natomiast stale i wybitnie widać je w świetle przepuszczonem. Wielkość pierścienia, złożonego z drobniutkich punkcików szarych lub brunatnych odpowiada obwodowi źrenicy tak, że nasuwa się przypuszczenie, iż są to grudki barwika tęczówkowego, startego z tęczówkowej części siatkówki wskutek przytłoczenia rogówki do tęczówki i soczewki. Autor opisuje dwa podobne przypadki, różniące się jednak tem, że przy użyciu znaczniejszego powiększenia widać było bardzo drobne złogi w postaci delikatnego pyłku, obejmujące całą przestrzeń w obrębie pierścienia, a również i na zewnątrz od jego obwodu. Nadto w jednym z przypadków uraz nie był tępy, lecz chodziło o ranę przeszywającą na granicy rogówkowo-twardówkowej.

K. W. Majewski.

Oczapowski. **Tiosinamina przy zaniku nerwu wzrokowego.** (*Wracz. Gaz.* 1909, Nr 6). Chorzy autora oprócz leczenia tiosinaminą odbywali równocześnie leczenie u syfilidologów i neuropatologów stosownie do etyologii swego cierpienia. Autor stosował wstrzykiwania 10% wodno-glicerynowego rozczynu tiosinaminy (*Thiosinamini 4.00 Glycerini 8.00 Aq. destil. 32,00*). Ponieważ niema dokładnych wskazań do użycia tego środka, więc stosował go O. u wszystkich chorych z zanikiem nerwu wzrokowego, z wyjątkiem tych tylko, u których była silnie rozwinięta miażdżyca i jakakolwiek sprawa zapalna. Wszystkich przypadków w czasie jednego sezonu kąpielowego w Piatygorsku (Kaukaz) zebrał O. 18. Przypadki te można podzielić na następujące grupy: a) zaniki wiądowe, b) zaniki środkowe (*atrophia centralis*), nie wiądowe, c) zaniki następowe po zapaleniu nerwu, d) zapalenia siatkówki barwikowej z zanikiem nerwu wzrokowego. We wszystkich tych przypadkach tiosinamina żadnego wpływu na przebieg sprawy nie wywarła. W jednym tylko przypadku nastąpiło pewne polepszenie, ale chory oprócz tego energicznie się leczył z powodu kiły mózgu. Wobec tego wszystkiego odmawia O. tiosinaminie wszelkiego znaczenia w leczeniu zaniku nerwu wzrokowego. *Dr Z. Mańkowski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 21. kwietnia 1909 r.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 36.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto

2) Prym. Dr Borzęcki przedstawia dwoje dzieci, w wieku 10 i 6 lat, chorych na **świerzbiączkę** (*prurigo Hebrae*). Przypadek ciekawy i rzadki nie ze względu na postać kliniczną lub przebieg, lecz przez to, że sprawa występuje **u rodzeństwa** (chorzy są rodzonymi braćmi).

3) Prof. Dr Kostanecki przedstawia i objaśnia preparaty anatomiczne, a mianowicie: *a*) **uchyłek** w fałdzie między językiem a nagłośnią (*recessus plicae glosso-epiglotticae*); *b*) **macicę** dziecięcą **dwudzielną** (*uterus bipartitus*).

4) Doc. Dr Seńkowski okazuje konserwy owocowe i mięsne, wyrabiane w fabryce Rożańskiego i Ska w Bochni. Według rozbioru, dokonanego przez Doc. Dra Seńkowskiego, wyroby te nie zawierają żadnych surogatów tłuszczowych, ani środków konserwujących (jak np. kwas salicylowy lub borowy). Również za zaletę poczytać im można, że przechowywane są w naczyniach szklanych zupełnie hermetycznie zamkniętych, a nie w metalowych, jak to się dziać zwykło; nie nabierają przeto metalowego posmaku. Ponieważ nadto urządzenie fabryki, wprawdzie na małą skalę prowadzonej, odpowiada wymogom higienicznym, przeto mowca wnosi imieniem komisyi przemysłowej, aby Towarzystwo lek. poparło ów przemysł, dozwalając wyżej wymienionej firmie używać napisu, że wyroby jej poleca Towarzystwo lek. krakowskie. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

5) Dr Frączkiewicz miał odczyt: **O doświadczeniach z gryseryną u chorych gruźliczych.** Prelegent przeprowadził próby z gryseryną (przetwór jodu) w 128 przypadkach, przeważnie u chorych, leczonych w szpitalu Braci miłosierdzia w Krakowie, w mniejszej liczbie na chorych ambulatoryjnych; stosował lek głównie w gruźlicy płuc, w kilku tylko przypadkach w gruźlicy kości. Chorzy znajdowali się w rozmaitych okresach choroby, od nieznacznych zmian w szczytach aż do okresu rozpadowego. Prelegent doszedł do przekonania, że gryseryna nie jest oczywiście lekiem swoistym przeciw gruźlicy, działa jednak pośrednio korzystnie na przebieg choroby, zniżając ciepłotę, podnosząc łaknienie, sprowadzając niekiedy znaczny nawet przybytek na wadze (w jednym przypadku 7 kg.). W owrzodzeniach gruźliczych i w gruźlicy stawów zauważył F. również szybkie gojenie się, w przypadkach jednak tych, jako w zakres chirurga wchodzących, wstrzymuje się prelegent od wydania sądu. U chorych, leczonych gryseryną przez czas dłuższy, stosował F. przy

końcu leczenia próbę Calmettea, która zawsze wypadała ujemnie. Po odczycie przedstawia prelegent dwóch chorych, leczonych gryseryną, okazujących znaczne polepszenie.

W dyskusyi zabiera głos Dr Korolewicz, oświadczając, że w klinice chorób wewnętrznych stosowano również gryserynę, lecz bez dodatniego wyniku; nie zauważono nawet owego korzystnego działania na przewód pokarmowy, o którem prelegent wspomina, przeciwnie często występowały biegunki po podaniu leku. — Prof. Lewkowicz zapytuje prelegenta, jakiej tuberkuliny używał przy próbie Calmettea; otrzymawszy odpowiedź, że nowej, wyjaśnia, że próba była nieodpowiednim przetworem robiona i musiała dać wynik ujemny, należało bowiem używać starej tuberkuliny. — Prof. Chlumsky zwraca uwagę, że w gruźlicy kości najrozmaitsze wstrzykiwania, nawet obojętne, mogą dać pozornie dobre wyniki, nie przypisuje więc i tutaj działaniu gryseryny żadnych skutków. Sądzi, że u tych chorych korzystnie zadziałało dobre odżywianie, zmiana niehigienicznych warunków na lepsze i t. p. *Dr Damski.*

Posiedzenie dnia 28/4 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 40.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Jaworski wygłosił wykład: **„O opsoninach w schorzeniach gruźliczych"**. (Rzecz przeznaczona do druku).

3) Kol. Korolewicz wygłosił wykład: **„O technice badania opsonin"**. (Rzecz przeznaczona do druku).

Następnie przedstawił kol. Korolewicz na chorym sposób oznaczania opsonin i szereg chorych, u których tę metodę stosował. Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIII. Posiedzenie naukowe d. 23. kwietnia 1909.

I. Kol. Mikulski przedstawia chorego l. 40, z **akromegalią i otępieniem przedwczesnem** (*dementia praecox*), dotkniętego kiłą, nabytą od mamki jeszcze w dzieciństwie. — Dyskusya: Kol. Selzer radzi wstrzykiwać wyciągi z przysadki mózgowej. Kol. Selzer i prelegent omawiają leczenie zapomocą wycięcia przysadki mózgowej przez jamę nosową.

II. Kol. Bocheński: **O obłuszczeniu (dekapsulacyi) nerek przy drgawkach porodowych**. Prelegent dochodzi do wniosku, że obłuszczenie wtedy tylko może mieć znaczenie lecznicze, jeśli nerka jest duża, gdzie torebka silnie napięta wskazuje na znaczne podniesienie parcia śródnerkowego; nadto zabieg ten jest racyonalny tylko w czasie połogu, a nie w ciąży. Jest to jednak środek ostateczny, — gdy wszystko inne zawodzi. Prelegent zauważa, że pewne dane co do skuteczności obłuszczenia przy drgawkach porodowych można będzie uzyskać tylko na podstawie pewnych schematów z badania klinicznego i anatomicznego. — Dyskusya: Kol Czyżewicz jun. na podstawie dużego materyału z oddziału położniczego sądzi, że o wiele lepsze wyniki daje »accouchement forcé«. Kol. Prof. Sołowij podnosi niezłe wyniki przy zachowawczem leczeniu. Kol. Nowicki zwraca uwagę na pojawianie się adrenaliny we krwi psów. które wykonywały dużą pracę mięśniową (Schur i Wiesel). Sądzi, że przy stanach drgawkowych w ogólności, a więc i drgawkach porodowych, owo pojawienie się adrenaliny może następować i mieć znaczenie w rokowaniu, tem więcej, że badania nad zachowaniem się substancyi chromochłonnej (chromaffiny) w nadnerczach, przy takich stanach przeprowadzane przez niego, za temby do pewnego stopnia przemawiały. Kol. Hornowski widział znikanie krwi z moczu po obłuszczeniu nerek. W jednym przypadku drgawek porodowych wykazal znaczne zmiany tłuszczowe w śródbłonku naczyń, coby tłómaczyło większe przechodzenie białka. Kol. Gröbel sądzi, że tylko badania kliniczne i anatomiczne, wspólnie przeprowadzone, mogłyby odpowiedzieć na pytanie, o ile obłuszczenie może mieć wartość leczniczą. *Nowicki.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Nadzwyczajne Walne Zebranie d. 17. kwietnia 1909 r.

Myśl, powzięta przed szeregiem lat przez obecnego prezesa Wydziału Radcę Dra Franciszka Chłapowskiego, by uczcić pamięć znakomitego lekarza poznańskiego Józefa Strusia przez tablicę pamiątkową, została wreszcie po latach usilnych starań czcigodnego inicyatora wykonana i to w 400 rocznicę urodzin Strusia. Piękna tablica marmurowa została wmurowana w katedrze poznańskiej, a odsłonięcie jej dało powód do uroczystości, obchodzonej przez cały Wydział lekarski. Prócz licznego grona lekarzy z miasta i prowincyi przybyli na uroczystość Dr Włodzimierz Bugiel z Paryża, najlepszy znawca i dziejopisarz Strusia, który też część dochodu ze sprzedaży swego dzieła ofiarował na tablicę, dalej Prof. Dr Klecki z Krakowa, jako delegat Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Dr Brudnicki, Dr Zbierzchowski i Dr Cukier jako delegaci kaliskiego Towarzystwa, oraz Dr Eugeniusz Piasecki ze Lwowa.

Uroczystość rozpoczęła się o godzinie $^1/_2 5$ w Katedrze, gdzie w zastępstwie ks. Biskupa Dra Likowskiego przemówił ks. kanonik Dr Dalbor, podnosząc w pięknych słowach działalność Strusia i zwracając uwagę, jak w osobie słynnego tego uczonego i lekarza uwydatniają się historyczne węzły między stanem lekarskim a duchownym. Struś bowiem był równocześnie kanonikiem przy kościele farnym, a zawdzięczał swe wykształcenie prymasowi Janowi Łaskiemu i biskupowi Janowi Chojeńskiemu. Po zwiedzeniu prastarych pamiątek w katedrze pod przewodnictwem ks. kanonika Dra Dalbora udali się zebrani do nowego gmachu Tow. Przyjaciół Nauk, gdzie na wspólnej sali posiedzeń ks. biskup Dr Likowski, jako prezes Towarzystwa, zagaił uroczyste zebranie, witając gości i delegatów. Następnie Dr Bugiel podał życiorys i charakterystykę działalności Strusia. Na wstępie mowca wyraził wdzięczność Towarzystwu Przyjaciół Nauk i społeczeństwu wielkopolskiemu, że tak raźno zabrało się do dzieła, by uczcić pamięć zasłużonego męża. Z ową epoką, w której urodził się Struś w Poznaniu (r. 1510) łączą nas nierozerwalne nici. Owa epoka świetnych zwycięstw i tryumfów Zygmuntów była zarazem epoką, z której płynęło źródło przyszłych nieszczęść narodowych — wskutek popełnionych błędów — a jednak w epoce tej wyrosły takie duchy i umysły, jak Kopernik, Kochanowski, Klonowicz, Struś, których zasługi i dzieła podtrzymywały nasz byt narodowy i nie pozwalały nam ginąć umysłowo, gdyśmy musieli upaść politycznie. Z tego też względu uczczenie Strusia jest nietylko uczczeniem zasłużonego męża, ale też uczczeniem wewnętrznej siły narodu. Struś, a raczej Strusiek, jak nazywają go dokumenty, zachowane w archiwum poznańskiem, urodził się jako syn grzebieniarza ze skromnej rodziny mieszczańskiej, podobnie jak Kopernik, co świadczy, że już wówczas synowie wszystkich stanów służyli chlubnie ojczyźnie. Lecz Struś nie byłby stał się tem, czem został, gdyby nie pomoc możnego prymasa Jana Łaskiego, oraz sekretarza królewskiego Jana Chojeńskiego, którzy zajęli się młodzieńcem i łożyli na jego studya w Krakowie i we Włoszech. W Poznaniu kształcił się Struś w liceum Jana Lubrańskiego pocem w Krakowie zdobył sobie wielką wiedzę, nietylko lekarską, ale i ogólną. W r. 1531 wyjeżdża za granicę do Padwy, gdzie po trzech latach niezmiernie pilnych studyów zostaje nietylko doktorem medycyny, ale profesorem wszechnicy i gdzie pracował otoczony szacunkiem profesorów, a miłością uczniów do r. 1545. Wydał tutaj sławne swe dzieło »*Ars sphygmica*«, które zawiera niezmiernie subtelne i ciekawe spostrzeżenia, dotyczące tętna. Lecz tęsknota za krajem każe Strusiowi powracać do ojczyzny, gdzie staje się lekarzem wojewody wielkopolskiego Andrzeja Górki, a potem nadwornym lekarzem królewskim. Poprzednio był Struś w Konstantynopolu, gdzie uleczył sułtana Solimana, a sława jego sięgała tak daleko, że Filip II., król hiszpański, powoływał go do Madrytu. W Polsce pracował Struś dalej gorliwie naukowo, aż w r. 1568 padł ofiarą dżumy w Poznaniu. Struś był najznakomitszym lekarzem Odrodzenia, który sławę imienia polskiego rozniósł po całej Europie.

Po zamknięciu zebrania przez ks. biskupa Likowskiego, który w gorących słowach dziękuje prelegentowi, udali się zebrani na nową salę Wydziału lekarskiego, ufundowaną przez Dra Heliodora Święcickiego, a urządzoną poważnie a zarazem z wielkim smakiem.

Po zagajeniu przez prezesa, radcę Dra Fr. Chłapowskiego zabiera głos Dr Święcicki i w głęboko odczutych słowach kreśli historyę Wydziału lekarskiego, podnosząc przedewszystkiem zasługi Dra L. Gąsiorowskiego, który nietylko był słynnym w swoim czasie lekarzem, gorącym patryotą, ale pierwszym, który napisał »Historyę medycyny polskiej«. Dzieło to jest nieocenionem źródłem dla historyków i lekarzy, interesujących się historyą swego zawodu w Polsce, a zawiera obszerną biografię Strusia. Gąsiorowski był serdecznym przyjacielem nieśmiertelnej pamięci Dra Marcinkowskiego, z którym łączyły go

tesame ideały społeczne i narodowe. Gąsiorowski był też współzałożycielem Towarzystwa Przyjaciół Nauk, a w szczególności Wydziału lekarskiego, to też właśnie dzisiaj, gdy na nowo wracamy do tego gmachu odrodzonego, a jednak owianego wzniosłemi tradycyami naszych poprzedników, jemu przedewszystkiem cześć i wspomnienie się należy. Popiersie znakomitego lekarza, historyka i filantropa zdobi naszą bibliotekę, oby i duch jego panował w tej nowej sali i łączył wszystkich kolegów w pracy naukowej i koleżeństwie.

Po kilku słowach podziękowania syna ś. p. Dra Ludwika Gąsiorowskiego, radcy Dra Macieja Gąsiorowskiego za uznanie dla ojca, składa w imieniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego życzenia delegat tegoż Prof. Dr Klecki, poczem zabiera głos radca Dr Chłapowski, by w gorących słowach podziękować Dr Święcickiemu za wspaniałomyślne ofiarowanie sali Wydziałowi oraz za piękną jego przemowę.

Następnie odbył się wykład Prof. Dra Kleckiego: **Problemat dziedziczności w patologii.** (Rzecz będzie ogłoszona w całości drukiem).

Po Walnem Zebraniu odbyła się uczta koleżeńska w Bazarze, która do późnej nocy utrzymywała uczestników w uroczystym i serdecznym nastroju. Odczytano też liczne telegramy, nadesłane od różnych Towarzystw lekarskich i lekarzy. Nazajutrz popołudniu wygłosił Dr Eugeniusz Piasecki ze Lwowa nader ciekawy wykład na temat: »Ćwiczenia cielesne w świetle nowoczesnych badań«, o którym zdam sprawę później.

Dr Adam Karwowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ze Związku krajowego lekarzy. Zwyczajny Zjazd delegatów odbył się w dniu 1 maja b. r. w domu lekarskim w Krakowie pod przewodnictwem zastępcy prezesa Dra Wacława Damskiego. Z ogólnego sprawozdania ustępującego Wydziału wyjmujemy następujące szczegóły:

W roku sprawozdawczym walczył Wydział z trudnościami, które powodowała trójstopniowość organizacyi (organizacye powiatowe, związki obwodowe, a wreszcie Związek krajowy) i połączone z nią znaczne opóźnianie wszystkich agend. Dlatego uchwalił Wydział zmienić statut w ogólnych zarysach w ten sposób, ażeby organizacya była jednostopniową, ale członkowie Związku mają się dzielić na Koła, wyposażone w pewną autonomię. Projekt tej zmiany przedłożył Wydział Zjazdowi delegatów.

Pisemne zgłoszenie przystąpienia z karą konwencyonalną na wypadek niedotrzymania zobowiązań zatrzymano po uskutecznieniu pewnych drobniejszych zmian.

Jako przyczynę małych stosunkowo postępów dotychczasowej organizacyi podaje Wydział znaną obojętność lekarzy, zbyt wielką ilość różnych nowych Towarzystw lekarskich, nieufność lekarzy do rzeczy nowych, wysoką wkładkę. Tę ostatnią przyczynę usuwa projekt nowego statutu w ten sposób, że pozostawia Zjazdowi delegatów oznaczenie wysokości wkładki na każdy rok administracyjny.

Wreszcie podnosi Wydział w sprawozdaniu rozpoczęcie układów z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, celem wzajemnego wspierania się i uzupełniania obu stowarzyszeń.

Sprawozdanie skarbnika Dra Murczyńskiego za r. 1908.

Dochody.

Wpisowe	12·—	kor.
Wkładki członków	4692·40	»
Do funduszów wdów i sierót dary	3695·68	»
» » innych dary	1282·81	»
Odsetki od lokacyi	755·15	»
» » pożyczek	29·33	»
Zwroty zaliczek	402·67	»
» pożyczek	90·—	»
Inkassa obce	21·50	»
W obrocie wewnętrznym	839·20	»
Pozostałość kasowa z r. 1907	6050·93	»
Razem	17871·67	kor.

Rozchody.

Zapomogi	2125·—	kor.
Zaliczki	1088·54	»
Koszta administracyjne	1722·82	»
Depozyta	45·10	»
Inwentarz	38·14	»
Przekazano do funduszu im. H. Jordana	2204·96	»
» » » obrotowego rezerwow.	5325·97	»
» » » żelaznego	578·59	»
» » » im Dr Mączki	13·84	»
Rozchód w obrocie wewnętrznym	464·37	»
Razem	13607·33	kor.

Zestawienie:

Pozostał. z r. 1907	kor.	6050·93	Rozchody 1908	kor.	13607·33
Dochody r. 1908	»	11820·74	Pozost. na 1909	»	4264·39
	kor.	17871·67		kor.	17871·67

Fundusze Związku w d. 15. kwietnia 1909 wynoszą ogółem 34·484 kor. 15 hal.

Sprawozdanie kierownika administracyi znaczków receptowych Dra Żydłowicza za r. 1908.

Przychód.

Pozostałość kasowa z r. 1907	444·—	kor.
Ze sprzedaży znaczków	3502·54	»
Dary	51·55	»
Procenta	14·45	»
Zaliczki	225·99	»
Razem	4238·53	kor.

Rozchód.

Druk znaczków	428·—	kor.
Wydatki pocztowe	188·64	»
Wydatki kancelaryjne	148·52	»
Utrzymanie lokalu i służby	276·—	»
Różne	8·72	»
Zwrot zaliczek	227·—	»
Przekazano do funduszu wdów i sierot	2500·—	»
Saldo na rok 1909	461·65	»
Razem	4238·53	kor.

Sprawozdanie »Kasy pogrzebowej«.

Dochód w r. 1908	kor.	1760·65	Rozchód w r. 1908	kor.	1361·64
Pozost. z r. 1907	»	1110·87	Pozost. na r. 1909	»	1509·88
	kor.	2871·52		kor.	2871·52

W ciągu roku 1908 zmarło trzech kolegów: ś. p. Benda Antoni, ś. p. Olpiński Julian, ś. p. Krobicki Tadeusz. — Suma premii pośmiertnych w r. 1908 wynosi kor. 1182 hal 20.

Oddział należytości miał w r. 1908 obrotu w przychodach i rozchodach po 479 kor. 76 hal.; kierował nim Dr Jaugustyn.

Oddział komercyjny miał w r. 1908 obrotu w przychodach i rozchodach po 566 kor. 82 hal.; kierował nim Dr Sokołowski.

Sprawozdanie Wydziału ogólne, sprawozdanie kasowe skarbnika i poszczególnych oddziałów Związku przyjęto i udzielono Wydziałowi absolutoryum.

Projekt statutu przyjęto w brzmieniu, przedłożonem przez Wydział, po dokonaniu niektórych poprawek w myśl wywodów Dra Józefa Bednarskiego, delegata organizacyi chrzanowskiej. Nadto uchwalono na wypadek zatwierdzenia nowego statutu, że wkładka na rok 1909 ma wynosić 12 K (rocznie).

Wybrano następujące władze Związku:

Wydział: Prezes Prof. Wicherkiewicz, zastępca Dr Damski, sekretarz Dr Weinsberg, jego zastępca Dr Jaugustyn, skarbnik Dr Murczyński, jego zastępca Dr Żydłowicz. Członkowie: Prof. Ciechanowski, Prof. Dobrowolski, Dr Flis, Dr Klęsk, Dr Owsiński, Dr Różecki, Dr Stahr.

Komisya kontrolująca: z Alwerni Dr Józef Bednarski, z Krakowa Dr Rydel i Dr Schneider.

Sąd polubowny: z Chrzanowa Dr Berggrün, z Krakowa Dr Grzybowski, Prof. Krzyształowicz i Dr Lustgarten, z Wadowic Dr Żędzianowski.

Uchwalono następujące wnioski:

1) Przypomnieć kolegom istnienie t. zw. Oddziału należytości, który zajmuje się ściąganiem zaległych honoraryów lekarskich, a zarazem obniżyć według uznania Wydziału prowizyę od ściągniętych honoraryów.

2) Utworzyć jak najrychlej biuro porady prawnej, a z czasem uczynić z Oddziału należytości część tego biura.

3) Ogłosić następującą odezwę:

Do wszystkich Kolegów!

W Izbie posłów Rady Państwa przyjdą wkrótce pod obrady dwa przedłożenia, które są bardzo ściśle związane z interesami materyalnymi i moralnymi stanu lekarskiego. Przedłożenia te zawierają: 1) ustawę o ubezpieczeniu społecznem, 2) ustawę o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Wiemy o tem, że niektórzy posłowie, zasiadający w komisyi ubezpieczenia społecznego, usiłują te postanowienia projektu rządowego, które są dla lekarzy korzystne, zmienić, rzekomo dla dobra ludu, z wielkim uszczerbkiem dla stanu lekarskiego. Dlatego wzywamy usilnie wszystkich lekarzy w kraju, aby starali się wszelkiemi siłami wpływać na tych posłów, do których mają przystęp, by zechcieli bronić lekarzy i tak już bezmiernie wyzyskiwanych, przed nowym zamachem, grożącym ze strony tych, którzy chcieliby kosztem lekarzy zwiększyć swoją popularność. Do komisyi dla ubezpieczenia socyalnego należą z posłów galicyjskich: Wacław Budzynowski, Dr Eugeniusz Oleśnicki, Dr Robert Battaglia, Dr Stanisław Biały, Prof. Dr Józef Buzek, Prof. Dr Górski, Dr Henryk Kolischer, X. Stanisław Stojałowski i X. Dr Michał Żyguliński.

W projekcie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych wymierzono zbyt szczupłe wynagrodzenia dla tych lekarzy, którzyby przy zwalczaniu chorób zakaźnych zarazili się i utracili czasowo lub stale zdolność do pracy. Zwołana przez Wydział krajowy ankieta w sprawie tego projektu ustawy wymieniła we wnioskach swych (z których zdał sprawę niedawno »Przegląd lekarski«), jakie zmiany byłyby w projekcie ustawy konieczne, aby lekarzom, zwalczającym choroby zakaźne, za ich ciężką i niebezpieczną pracę przysługiwało sprawiedliwe i odpowiednie zabezpieczenie. Dlatego wzywamy gorąco wszystkich kolegów, aby wpływając osobiście na tych członków Izby panów i Izby posłów w Wiedniu, do których mają dostęp, starali się o uzyskanie i w tym także projekcie ustawy takich świadczeń dla lekarzy, jakie się słusznie należą.

Wydział Związku krajowego lekarzy.

Sekretarz: *Dr Weinsberg.* Prezes: *Prof. Wicherkiewicz.*

W konflikcie z kasą chorych w Drohobyczu ponieśli lekarze, jak dotąd, porażkę, z przyczyn podobnych, jak w sprawie lekarza kolei północnej w Krakowie. Pomimo bowiem ostrzeżenia, ogłoszonego przez Izbę lekarską wschodnio-gal., znalazło się dwóch niesolidarnych kolegów, którzy się czynności w kasie chorych w Drohobyczu podjęli. Uchwały Izby, jak wiadomo, zniosło Namiestnictwo; Izba odwołała się wprawdzie do ministerstwa, ale po dotychczasowych smutnych doświadczeniach wątpić można, czy to odniesie skutek. Wobec tego, jak donosi »Głos lekarzy«, zamierza Izba lwowska na przyszłość w przypadkach podobnych zaniechać ostrzeżeń i nie przestrzegać tajności, ale ogłaszać dokładnie cały stan sprawy z wymienieniem nazwisk itp., w przypuszczeniu, że w ten sposób skuteczniej pobudzi lekarzy do solidarnego działania *R.*

Posada dla wdowy po lekarzu. Kolega 60-letni, mieszkający zagranicą, poszukuje dla pomocy w gospodarstwie i towarzystwa osoby starszej (40—50 lat), inteligentnej, muzykalnej, znającej się na gospodarstwie domowem, zdrowej. Posada przeznaczona jest dla wdowy po lekarzu, b e z d z i e t n e j, Polki (służba w domu jest polska). Warunki: odpowiednie wynagrodzenie, koszta podróży na miejsce, wszelkie wygody, stanowisko w domu, jak krewnej. Zgłoszenia zaraz do Zarządu Towarzystwa lekarskiego (Kraków, Radziwiłowska 4). Koledzy, którzyby znali odpowiednie, pomocy potrzebujące kandydatki, raczą zwrócić ich uwagę na tę posadę. *R.*

W sprawie powołania lekarzy do Rady pracy wnieśli w parlamencie austr. w d. 27. IV. b. r. interpelacyę posłowie Dobernig, dr Kindermann i tow., żądając, aby w sprawie tej stało się zadość słusznym żądaniom lekarzy. *R.*

Lekarze szkolni berlińscy uznali w r. 1907/8 z 228.000 uczniów szkół ludowych, 3000 za niezdolnych do szkoły, a 8000 pozostawili pod nadzorem lekarskim. Z 35.000 nowowstępujących dzieci u 13% wykazano różne cierpienia, jak niedokrwistość (2364), krzywicę (999), zołzy (660), gruźlicę (505) itp. Z zestawienia tego widać, jak potrzebną jest instytucya lekarzy szkolnych. *X.*

Do odpowiedzialności pociągnięto pewnego lekarza w Niemczech za to, że na karcie śmierci napisał, iż oglądano zwłoki, choć tak nie było. Widział on tylko umierającego, a o śmierci zawiadomił go lekarz ordynujący. W skardze zaznaczono, że w podobnych wypadkach lekarz nie może opierać się na zdaniu innej osoby, choćby ona była lekarzem. *X.*

Ze statystyki sanitarnej Austryi za r. 1905, ogłoszonej niedawno jako I zeszyt 82 tomu wydawnictw Centralnej komisyi statystycznej w Wiedniu zasługują na uwagę szczegóły następujące: Liczba szpitali w całej Austryi wynosiła w r. 1905 — 731 (w r. 1904 — 714), łóżek 52.873 (51.526). Jedno łóżko przypadało w Istryi na 112, w Wiedniu na 264, na Śląsku na 490, w Czechach na 555, na Bukowinie na 1024, w Dalmacyi na 1055, w Galicyi na 1208 mieszkańców — w całej Austryi średnio na 515 (w r.1904 — 524). W szpitalach tych leczono wśród 613.125 przypadków najwięcej chirurgicznych (46.166), potem ocznych, wenerycznych, następnie gruźlicy (31.845). Z gruźlicy zmarło w szpitalach 11.14% wszystkich zmarłych w tym roku na gruźlicę; w Galicyi stosunek ten wynosi 29.016: 1060 = 3.65%. Zakładów dla obłąkanych było w Austryi 41, a w nich 29.872 chorych; na 100 obłąkanych było pomieszczonych w zakładach i schroniskach: w Austryi dolnej 84·1, w Styryi 70·7, w Czechach 53·6, na Bukowinie 52·5, w Dalmacyi 37, w Galicyi tylko 35·1. Domów porodowych było w całej Austryi 18 z 1971 łóżkami (z tego w Galicyi 2 ze 116 łóżkami); 8 krajowych zakładów dla podrzutków utrzymywało 351 dzieci w zakładach, a 29.469 poza zakładami (Galicya dawała opiekę tylko 65, wyraźnie sześćdziesięciu pięciu podrzutkom). W 263 zdrojowiskach austryackich leczyło się w r. 1905 427.338 osób; po Karlsbadzie (59.736 osób), Baden, Marienbadzie, Ischlu, Abacyi, Meranie, Gmunden, Aussee, Franzensbadzie, idzie Zakopane (10.523) dopiero na dziesiątem, Krynica (7405) na dwunastem, Iwonicz (4568) na dziewiętnastem miejscu. Lekarzy było w r. 1905 w całej Austryi 11.037, z czego na posadach 7.369, wolnopraktykujących 4.335; w ciągu ostatniego dziesięciolecia wzrosła liczba lekarzy o 28·6%. Jeden lekarz przypadał w Pradze na 300, w Krakowie i we Lwowie na 400 mieszkańców, gdy już w Wiedniu na 600; o ile jednak oba nasze główne miasta cierpią na »przeludnienie lekarskie«, zaraz po Pradze największe, o tyle reszta kraju naszego ma niedobór lekarzy znaczniejszy, niż gdziekolwiek w Austryi; jeden lekarz przypada bowiem na 5183 mieszkańców Galicyi, gdy nawet w Krainie na 4847, w Dalmacyi na 4302. *R.*

Z demografii największego miasta na świecie. Z urzędowej statystyki z 1/XI 1908 wynika, że w granicach administracyjnych Londynu żyło 4,795.789 osób, nie wliczając w to dalszych 3 milionów, żyjących w najbliższem sąsiedztwie tego olbrzymiego miasta. Londyn przedstawia zatem największe zbiorowisko ludzi na ziemi. Rządzi w nim 101 rad miejskich lub innych ciał autonomicznych, składających się z 3.783 członków. Rodzi się 14 osób na godzinę, a umiera 8. Ulic jest tam 3.415 kilometrów, 611.876 domów, 28.265 fabryk i pracowni, 9 akrów parków i ogrodów publicznych. Londyn jest prawdopodobnie najbogatszem miastem na świecie: realności jego ubezpieczone są od gmin na łączną sumę 1.040,057.846 funtów szterlingów (około 26 miliardów koron). Na 33 mieszkańców wypada 1 rodowity Londyńczyk: na 100 mieszkańców 20 kończy w szpitalu lub w domu pracy (workhouse). Sumy rocznie poświęcane na ulżenie nędzy wynoszą powyżej 251 milionów franków. Londyn zjada rocznie 419.037 ton bitego mięsa importowanego, 58.735 wołów, 375.950 baranów, 174.332 ton ryb, 340 milionów litrów mleka; 60.275 osób zajętych jest sporządzaniem środków spożywczych: 13.756 pracuje piekarzy, 5.242 cukierników, 2.406 pracuje w fabrykach czekolady, 9.885 osób warzy piwo, a 4.283 osób wyrabia wody gazowe. Wspomnianych powyżej 28.265 fabryk i pracowni zatrudnia 558.641 osób. Sporządzaniem odzieży zajmuje się 130.500 krawców w 9.499 fabrykach i pracowniach (La Nature). *Stahr.*

Szpitali w Prusiech było w r. 1884 — 1155, a obecnie jest 2411, przybyło zatem 108·74%. W r. 1906 było w pruskich szpitalach 138.016 łóżek, t. j. 36·96 na 10000 ludności; leczono w tym roku w szpitalach 1,036.161, t. j. 277·47 na 10000 ludności; śmiertelność w szpitalach wynosiła 6·19%. Również prawie dwukrotnie wzrosła w tym czasie liczba szpitali w Saksonii, gdzie w r. 1887 było 98 szpitali z 5374 łóżkami, a obecnie jest 145 z 10.439 łóżkami. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca marca 1909	455,452	253,100
W kwietniu 1909	2,600	5,000
Razem	458,052	258,100

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 25. IV. do 1. V. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Sołotwina 2), Brzeżany (Budyłów 2), Buczacz (Zadarów 1, Monasterzyska 2), Czortków (Bazar 2, Panszówka 2), Drohobycz (Medenice 1, Letnia 2), Horodenka (Hawrylak 7, Targowica 4, Czortowiec 7, Żywaczów 4, Obertyn 3, Niezwiska 6, Dżurków 1), Kołomyja (Słobódka polna 7, Gwoździec st. 4), Mościska (Czerniawa 4, Małnów 7, Małnowska wola 1), Nadwórna (Pniów 2), Podhajce (Sokolniki 13), Rawa (Ulhówek 2, Wulka mazow. 3), Sanok (Osławice 4), Skałat (Hlebów 1, Zarubińce 1, Kołodziejówka 1, Skałat stary 1), Śniatyn (Trościaniec 5), Sokal (Wolica kom. 1), Stryj (Korczyn 1), Żółkiew (Batiatycze 1, Kulików 5), Żydaczów (Mikołajów 1). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. IV. do 1. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 (w tem obcych 2), płonicy 9 † 4 (6 † 3), odry 1 (1), duru brzusznego 1 (1), gorączki połogowej 1 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 25. IV. do 2. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 2 † 1), płonicy 21 † 3 (2 † —), odry 3, duru brzusznego 2.

Dr Legeżyński.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 4. IV. do 17. IV. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 8 † 1, płonicy 13 † 1, róży 8 † 2, duru plamistego 44 † 2, duru brzusznego 16 † 4, duru powrotnego 9, błonicy 3, grypy 8.

(*Gaz. lek.* 18).

† Dr Józef Łuszczkiewicz.

W chwili ważnej, kiedy w sprawach sanitarnych kraju poczęły się ożywcze nowe prądy, kiedy w szpitalnictwie naszem przygotowują się doniosłe reformy, a zakres działania kraju w sprawach zdrowia publicznego szybko się rozszerza i pogłębia — traci kraj jednego z najgłówniejszych twórców tej »nowej ery«, któremu przez krótki czas Jego działalności już wiele zawdzięczać, a od którego jeszcze więcej spodziewać się należało. Strata tem cięższa, że ś. p. Łuszczkiewicz, jakby stworzony na stanowisko, które w ostatnich latach zajmował, posiadał obok niepospolitych zdolności i rozległej wiedzy lekarskiej oraz znawstwa w zakresie szpitalnictwa i spraw sanitarnych, gorące zamiłowanie rzeczy, że z szerokim poglądem na całość zadań społecznohigienicznych kraju łączył zapał, dzielność, prawość i gorący humanitaryzm.

Kształcił się i wyrabiał ś. p. Łuszczkiewicz wśród warunków, pozwalających bujnie rozwinąć się bogatym zasobom pięknej Jego duszy. W domu ojca, ś. p. prof. Władysława Łuszczkiewicza, oddychał atmosferą piękna i kultury; na wszechnicy krakowskiej, do której zapisał się w r. 1880, trafił szczęśliwie na okres, w którym młodzież wysoko podnosiła sztandar ideału i garnęła się żywo do pracy społecznej. Ś. p. Józef Łuszczkiewicz znalazł duchy pokrewne w gronie kolegów, do których należeli — przedwcześnie ze szkodą dla nauki polskiej i dla społeczeństwa zmarli — ś. p. dr Teodor Jendl, ś. p. dr Gustaw Piotrowski (profesor lwowski), ś. p. dr Franciszek Sroczyński (docent okulistyki w Krakowie), a dalej Jan Pawlikowski, K. Janowicz, Wł. Prokesch i inni.

Uzyskawszy dyplom doktorski, pracował ś. p. Łuszczkiewicz przez lat kilka jako sekundaryusz w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, skąd w r. 1887 powołany został na stanowisko dyrektora szpitala w Sokalu. Na tem stanowisku pozostawał przez lat dwadzieścia, stawiając szpital swój w rzędzie najlepiej prowadzonych w kraju, a działalnością swoją jednając sobie wdzięczność i miłość ludności.

Powołany w r. 1906 na ważne stanowisko inspektora szpitali krajowych w Wydziale krajowym, wniósł z sobą obok zasobów wieloletniego praktycznego doświadczenia gorącą chęć służenia krajowi ze wszystkich sił, a bystrem okiem oceniwszy usterki naszego szpitalnictwa, zainicyował i zdołał w części wprowadzić w życie szereg jego ulepszeń, a przygotował grunt pod dalszy żywy postęp. Niestety wytężona i uciążliwa praca podkopała jego siły; już przed dwoma laty pojawiły się niepokojące oznaki nurtującej ustrój choroby, pomimo której nie porzucał ś. p. Łuszczkiewicz steru powierzonych sobie spraw, a której padł ofiarą, licząc zaledwie 47 lat życia.

Jeszcze na ławie uniwersyteckiej chwycił ś. p. Łuszczkiewicz za pióro, pracując jako publicysta w »Nowej Reformie«, pisząc korespondencye do warszawskiej »Prawdy« i »Przeglądu tygodniowego«, próbując sił swych także na polu beletrystyki w powieści p. t. »Dobry chłopiec«. Próby te dowodziły pierwszorzędnego talentu pisarskiego, który nie przestał objawiać się i później w każdej pracy ś. p. Łuszczkiewicza, nadając najsuchszym przedmiotom plastykę i barwę. Te prace późniejsze, z zakresu lekarskiego, dotyczyły umiłowanego przez ś. p. Łuszczkiewicza przedmiotu, szpitalnictwa. Ogłosił w »Przeglądzie lekarskim«: »Sprawozdanie ze szpitala w Sokalu za lata 1888, 1889, 1890« (1891), »Szpitale na prowincyi« (1898), »Ze szpitala powszechnego w Sokalu« (Sprawa szpitalnego leczenia gruźlicy) (1900), »Nowy szpital prowincyonalny« (1901), a w ostatnich latach nadzwyczaj sumienne i dające dobrze wycieniowany obraz obecnego stanu i postępu »Sprawozdanie ze szpitali krajowych«, przedkładane Sejmowi.

W szerokich kołach koleżeńskich pozostawia niewygasłą pamięć. *C.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w d. 29. IV. 1909 uchwalono: W sprawie skargi organizacyi aptekarzy na Dra K. z T. zwrócić organizacyi uwagę na niewłaściwość czynienia zarzutów przed przeprowadzeniem śledztwa i prosić o fakta konkretne; równocześnie uchwalono zwrócić się do Dra K. z żądaniem wyjaśnień. W sprawie tytułów lekarskich, z powodu tablicy Dra X., uchwalono zwrócić się do Sekcyi jarosławskiej Tow. lek. gal., by ze względu na to, że sprawa tytułów ostatecznie ma być załatwiona na tegorocznym Wiecu Izb, na razie nie żądała od Dra X. usunięcia tablicy. W końcu załatwiono szereg spraw drobnych.

— Towarzystwo lekarskie krak. odbyło w d. 5. maja b. r. posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawiał przypadek słoniowaciny kończyny dolnej, leczony przez podwiązanie tętnicy udowej, przypadek przykurczenia stawu biodrowego i wycięty wyrostek robaczkowy, zmieniony nowotworowo, Dr Radliński przypadek stopy płaskiej leczony wycięciem kości łódkowatej, Doc. Gliński przypadek t. zw. Krukenbergowskich nowotworów jajnika i okaz znacznego rozdęcia kiszki powyżej zwężenia nowotworowego. Następnie w dyskusyi nad wykładem Prof. Jaworskiego »O opsoninach« przemawiali Dr Eisenberg, Prof. Bujwid i Dr Gertler. W końcu Doc. Gliński miał wykład: »O skręceniu osiowem macicy«. W dyskusyach zabierali głos: Prym. Dr Borzęcki, Prof. Ciechanowski, Prof. Dobrowolski, Doc. Gliński, Prof. Kader, Prof. Kostanecki.

— Zarząd Towarzystwa lek. organizuje szereg wykładów o gruźlicy, przeznaczając na nie posiedzeniu w maju i czerwcu.

— Jak słychać, podejmie Zarząd miasta na szerszą skalę próby smołowania (terowania) dróg na nowej alei spacerowej na Błoniach. Próby te zasługują na żywe uznanie ze względów higienicznych, ponieważ niekosztowny ten stosunkowo sposób konserwacyi dróg bitych, wydający znakomite wyniki w Szwajcaryi, na Rivierze francuskiej i używany już w niektórych miastach austryackich (Graz), jest jednym z najlepszych sposobów zwalczania pyłu. W alei na Błoniach powinien być on tem rychlej wprowadzony, że obecnie jest to miejsce tłumnych przechadzek ludności miasta. Podobno w alei tej w godzinach przechadzek ma być ograniczony ruch automobilowy, co ze względów higienicznych również byłoby zarządzeniem prawdziwie postępowem.

— W d. 2. V. b. r. zebrało się w sali Towarzystwa lekarskiego grono lekarzy higienistów, techników i pedagogów w sprawie Zjazdów higienistów polskich, których urządzenie uchwalił X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Z narad, w których uczestniczył prezes Warszawskiego Towarzystwa higienicznego, Dr Polak, wynikło, że pierwszy Zjazd należałoby urządzić w Krakowie i że inicyatywę powinny wziąść na siebie Towarzystwo lekarskie i techniczne.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Józef Antoni Gartner, rodem z Rzeszowa.

— Zwracamy uwagę kolegów (we wszystkich zaborach) na wiadomość o posadzie dla wdowy po lekarzu, umieszczoną w rubryce »Wiadomości zawodowych«.

— Jedno ze zdrojowisk naszych dało w r. b. dobry przykład, za którym inne pójśćby powinny. Mianowicie r. c. Dr Krzyżanowski i Dr Praschil, lekarze zdrojowi w Truskawcu, ogłosili drukiem starannie opracowane »Sprawozdanie sanitarne«, obejmujące oprócz dat statystycznych, wiadomość o ulepszeniach w zdrojowisku już dokonanych, zarządzeniach sanitarnych starostwa i t. p., — a co najważniejsza, szczegółowy wykaz dostrzeżonych w zdrojowisku usterek, planowanych na r. 1909 urządzeń, oraz projekty i wnioski lekarzy zakładowych. Otwarte zestawienie braków jest najlepszym dowodem, że nie brak szczerej chęci i poważnych usiłowań, by je usunąć, a poddanie publicznej kontroli postępów zakładu jest krokiem rozumnym, który można śmiało nazwać najlepszym sposobem, zapewniającym rozwój zdrojowiska.

Lwów. Wydział krajowy przedłożył Rządowi na ręce ministra spraw wewnętrznych memoryał w sprawie rządowego projektu ustawy celem ochrony i zwalczania chorób zakaźnych. Memoryał, oparty w głównych zarysach na wynikach zwołanej przez Wydział krajowy w tej sprawie ankiety, z której w swoim czasie zdaliśmy sprawę, ujmuje rzecz także szczegółowo ze stanowiska prawniczo-administracyjnego, podkreślając silniej postulaty autonomiczne; z wniosków ankiety pomija memoryał wszystkie punkta, odnoszące się do sprawiedliwego zaopatrzenia lekarzy, którzy przy zwalczaniu chorób zakaźnych nabawili się choroby (§ 34), do wynagradzania lekarzy za doniesienia (§ 35), oraz do ewentualnego podwójnego donoszenia o chorobie (§. 2).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Henryk Józef Glanz, rodem z Przemyśla.

Warszawa. »Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« wydał w r. b. Zeszyt I i II naraz w ostatnich dniach kwietnia. Wobec tego w przyszłości spodziewać się można rychlejszego (t. j. z początkiem każdego kwartału) ukazywania się tego pisma, które powinno być żywiej, niż dotąd, popierane przez lekarzy naszych, a to tem więcej, że cena tego poważnego pisma jest bardzo nizka. Poparcie to jest tem konieczniejsze, że niezmiernie pożyteczny »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego«, wychodzący w »Pamiętniku«, z powodu trudności finansowych już o rok się opóźnił (za r. 1906 wyszedł dopiero w r. 1908) i musiał być zmniejszony. Dalsze wydawnictwo »Przeglądu piśmiennictwa« jest jednakże nieodzownie potrzebne; toteż należy mieć nadzieję, że Redakcya »Pamiętnika« ogłosi wkrótce »Przegląd piśmiennictwa« za r. 1907 i 1908, a nasz ogół lekarski powinien wydawnictwo to jak najgoręcej poprzeć.

— Pracownia Towarzystwa lekarskiego otwiera 15/V b. r. oddział, w którym każdy członek Towarzystwa będzie mógł wykonywać wszelkie badania z zakresu dyagnostyki pracownianej. D. 28/V odbędzie się w pracowni demonstracya metodyki odczynu Wassermanna w zastosowaniu do duru brzusznego, gruźlicy i kiły. Dla oddziałów szpitalnych wydaje pracownia bezpłatnie szczepionki Wrighta, szczepionkę przeciwdurową Kollego i przeciwpaciorkowcową Gabryczewskiego.

— Wyszedł z druku pierwszy zeszyt czasopisma p. t. »Gruźlica«, wydawanego pod redakcyą Dra S. Sterlinga z Łodzi i B. Dębińskiego z Warszawy, przy stałym udziale dwudziestu kilku lekarzy ze wszystkich stron Polski. W gronie tem znajdują się nazwiska wybitnych naszych klinicystów i znawców przedmiotu. Zeszyt pierwszy, poświęcony pamięci Teodora Dunina, zawiera artykuły: Dr. S. Sterlinga: »Ogólny plan walki z gruźlicą«, Dr. A. Sokołowskiego: »Co u nas w Królestwie dotychczas zrobiono w sprawie walki z gruźlicą?« Dr. T. Janiszewskiego: »Walka z gruźlicą w Galicyi« i szereg sprawozdań. Nowe pismo może ożywczo wpływać na sprawę walki z gruźlicą u nas, sprawę, dotąd zbyt wolno postępującą. Przedpłata roczna 5 kor., 2 rb.

— Wydatki zakładu obłąkanych w Tworkach wyniosą w r. 1909 334.783 rb., dochody 305.617; deficyt pokryty być ma z zaległości kosztów leczenia.

Z różnych stron. Międzynarodowa konferencya w sprawie raka odbędzie się we wrześniu 1910 w Paryżu. Na konferencyi tej zapadnie uchwała w sprawie międzynarodowej statystyki raka i statystyki wyników operacyjnych.

— Zjazdy internistów niemieckich odbywać się będą na zasadzie uchwały tegorocznego Zjazdu na przyszłość tylko w Wiesbaden.

Mianowani: w Warszawie: dr Smurzyński lekarzem miejscowym, dr Paszkiewicz asystentem-eksternem szpit. św. Rocha; dr W. Kowalewski lekarzem miejscowym szpitala wolskiego; dr Konwerski i dr Szwarcenberg asystentami-eksternami szpit. izraelickiego.

Dr Mac Callum profesorem anatomii patol. w »College of Physicican« w New-Yorkus.

Dr Ignacy Link ze Lwowa generał-lekarzem sztabowym.

Zmarli: b. prof. propedeutyki lekarskiej w Erlangen, dr Fleischer w Monachium, b. prof. okulistyki dr Laqueur w Strassburgu, prof. pedyatryi dr Dillon Brown w Burlington. Dr Stefan Stamirowski w 38 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Krzyżanowski i Praschil: Truskawiec, sprawozdanie sanitarne zakładu zdrojowo-kąpielowego za r. 1908. Lwów 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. maja 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wykład Dra Eisenberga: »Etyologia i rozpoznanie przyczynowe gruźlicy«, jako pierwszy z szeregu wykładów o gruźlicy, zorganizowanego przez Zarząd Towarzystwa.

Walne Zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **dnia 29 maja 1909 roku o godzinie 6 wieczorem we Lwowie** w lokalu **Izby lekarskiej** (ul. Dominikańska l. 11). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Kwiatkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wybór nowego wydziału. 5) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne Zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie 6½ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Sekretarz: *Dr Lilien.* Przewodniczący: *Dr Festenburg.*

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 15. maja 1909. Nr 20

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z ambulatoryum kliniki chorób nerwowych i umysłowych U. J. Prof. Dra Jana Piltza.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego wyniki w schorzeniach układu nerwowego, powstających na tle kiły.

Podał

Dr Jan Nelken,

asystent ambulatoryum [1].

W dziedzinie organicznych schorzeń układu nerwowego kiła, jako czynnik etyologiczny, jest częsta i rozpowszechniona. Według statystyki Erba, opartej na 10.000 przypadków, z wyłączeniem wiądu rdzenia i ogólnego postępującego zniedołężnienia poraźnego, które w dalszym ciągu dla krótkości porażeniem zwać będziemy, schorzenia kiłowe znajdują się w 21,5%. Nonne zarówno w swojej prywatnej statystyce, jak i w statystyce ogólnego szpitala Eppendorf-Hamburg, osnutej na 90.000 z górą przypadków, również z wyłączeniem wiądu i porażenia, znajduje kiłę układu nerwowego 2 razy częściej, niż stwardnienie rozsiane, lub guzy mózgu. Porażenie postępowe stanowi średnio 10%, 20%, a w środowiskach, wielkich 35% wszystkich przyjęć w zakładach dla umysłowo chorych, wiąd zaś rdzenia jest najpowszechniejszem organicznem schorzeniem układu nerwowego. Według statystyki naszego ambulatoryum, obejmującej 875 ord. przyp., spotykamy wiąd w 96 przypadkach, czyli w 11%.

I odwrotnie Fournier w statystyce, obejmującej 3429 przypadków kiły trzeciorzędnej, znalazł w 32% zaburzenia układu nerwowego.

Ścisłe więc rozpoznawanie podkładu kiłowego w chorobach nerwowych i umysłowych ma ogromną praktyczną doniosłość. Środki jednak wiodące do tego celu, były do ostatnich czasów bardzo wątpliwej wartości. Przedewszystkiem wywiady. Pomijając chorych, którzy całkiem świadomie zatajają kiłę przed lekarzem z rozmaitych powodów, istnieją przypadki wcale nierzadkie, gdzie chorzy nie mają najmniejszego pojęcia o przebyciu zakażenia (»syphilis ignorée«, »insontium«). Fournier u 50% kobiet, dotkniętych kiłą trzeciorzędną, nie mógł stwierdzić w wywiadach zakażenia. Dzieje się to, czyto wskutek nietypowych, mało wyraźnych postaci zakażenia pierwotnego, czyto wskutek nie zwracającego uwagi zakażenia pozapłodowego, wahającego się w krajach zachodu Europy między 4,5 a 5,5%, a w Rosyi dochodzącego do 44% wszystkich zakażeń kiłowych. Wreszcie badania ostatnie nad t. zw. »syphilis a virus nerveux« (*Lues nervosa* Nonne) wykazały dość częste rodzinne występowanie objawów nerwowo-płciowych lub metakiłowych. Nonne na 254 przypadkach wiądu i porażenia post. w 26 przypadkach, czyli prawie w 10%, znalazł rodzinne występowanie kiły pod różnemi postaciami w układzie nerwowym. W takich przypadkach wywiady najczęściej zawodzą.

Opisano w końcu cały szereg sekcyi, które wykazały zmiany kiłowe w narządach wewnętrznych u osobników, u których ani wywiady, ani badanie kliniczne najmniejszych śladów kiły wykryć nie zdołały.

[1] Sprawozdanie wygłoszone w Krak. Tow. lek. dn. 31. kwietnia 1909 roku.

Wreszcie, jeżeli chory nawet twierdząco wskazuje na przebyte zakażenie weneryczne, to niezmiernie trudno czasem jest ustalić, czy była to kiła, czy też nie. Wiemy, jak często poza »plamką« lub »krostką«, nic od chorego dowiedzieć się nie można.

Jeżeli dalej zwrócimy się do metod przedmiotowych, do badania, to przedewszystkiem epokowe odkrycie krętka bladego nie na wiele się zdało neurologom. Wprawdzie Ravaut, Ponselli i Ranke wykryli krętki w mózgach dziedzicznie kiłowych płodów, a Benda w naczyniach ze zmianami Heubnera, ale *in vivo* wykryto go w układzie nerwowym, w płynie mózgowo-rdzeniowym 2 razy: Hoffmann w wydatnej kile drugorzędnej i Schridde u dziecka obarczonego dziedzicznie.

Klinicznie, jak wiadomo, kiła układu nerwowego przebiega niezmiernie różnolicie: zapalenie opon, zapalenie mózgu, rdzenia, korzonków, szare zwyrodnienia, kilaki, zapalenia tętnic, psychozy, wreszcie wiąd, porażenie postępowe jako cierpienia metakiłowe, tworzą całą gamę objawów, mogących powstać na tle kiłowem. Z tych wszystkich jedynie wiąd i porażenie post., i to niezawsze, nie przedstawiają trudności rozpoznawczych. W pozostałych objawach do niedawna kierowano się wyłącznie t. zw. zbiorami objawów (syndrome) mniej lub więcej dla kiły nerwowej charakterystycznymi, n. p. porażeniem mięśni ocznych, (*ophtalmoplegia*) lub ogólnie znanym objawem źrenicznym Argyll-Robertsona, fluktuacyą lub rozsianiem objawów, udarem mózgowym w młodym wieku, padaczką w wieku późniejszym i t. d. Objawy te jednakowoż należy traktować z wielką ostrożnością: badania n. p. Nonnego w przeciągu lat 1905—1907 wykazały na 1640 przypadków alkoholizmu przewlekłego, w których kiła zapomocą nowożytnych metod była zupełnie wyłączona — w 89 przypadkach zaburzenia źreniczne w różnym stopniu, czyli w 6%. Stąd wniosek, że niema zupełnie pewnych klinicznych objawów kiły układu nerwowego.

W końcu *ultimum refugium* dla neurologa jest rozpoznawanie tła kiłowego *ex juvantibus*. Ale i ten mało zaszczytny dla każdego dyagnosty sposób okazał się złudnym, gdyż niewątpliwie istnieją schorzenia układu nerwowego bez tła kiłowego, gdzie rtęć okazuje się skuteczną.

Ani zatem wywiady, ani postać kliniczna nie mogą całkiem stanowczo rozstrzygać o tle kiłowem.

Dlatego też zwracano się w ostatnich czasach do innych przedmiotowych metod pomocniczych. Temi metodami są:

1) biologiczna próba Wassermana z surowicy krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego,

2) chemiczne i cytologiczne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Zadaniem mojem będzie streścić w krótkości metodę drugą i wykazać jej stosunek do próby Wassermanna.

Płyn mózgowo-rdzeniowy otrzymujemy zapomocą nakłucia lędźwiowego według metody opracowanej przez Quinkego; służy do tego zabiegu przyrząd Quinkego, zmodyfikowany przez Kröniga, lub też, co zupełnie wystarcza do naszych celów, 10—12 cm długa, irydoplatynowa igła [2]). Chorego układa się na bok z możliwie wygiętymi plecami, lub też sadza się go z tułowiem przegiętym naprzód. Zabieg jest mało bolesny i nie wymaga uśpienia, wymaga natomiast zupełnie spokojnego zachowania się chorego. Ten ostatni wzgląd zmusza czasem do stoso-

[2]) Fabr. Galante w Paryżu.

sowania krótkotrwałego, bo 1—4 min. trwającego uśpienia u umysłowo-chorych. Nissl n. p. na 211 nakłuć u umysłowo-chorych stosował uśpienie takie 62 razy, czyli w 29%.

Zapomocą nakłucia wypuszcza się niewielką ilość płynu z przestrzeni podpajęczynowej rdzenia: w tym celu wbija się igłę w kanał rdzeniowy pomiędzy III. i IV., IV. i V. kręgiem lędźwiowym lub wreszcie pomiędzy V. lędźwiowym, a I. kręgiem krzyżowym, czyli tam, gdzie rdzenia już niema. Igłę należy wbijać u dorosłych na wysokości dolnego brzegu wyrostka kolcowego, na 1 cm w bok od linii środkowej, i prowadzi w górę i do środka, póki brak oporu nie wskaże, że igła jest już w kanale.

Do celów rozpoznawczych zupełnie wystarcza 5—6 cm płynu, i więcej wypuszczać nie należy.

O ile nakłucie dokonane bywa z należytą ostrożnością, o ile nie wypuszcza się za wiele płynu i o ile chory zachowuje spokój po nakłuciu, objawów groźnych dla zdrowia chorego obawiać się nie należy. Możliwe zaś są objawy t. zw. »meningizmu«: ból głowy, zawroty, nudności, wymioty, promieniujące bole w karku, objawy ogólnego osłabienia. Objawy te zjawiają się zazwyczaj w kilka godzin po operacyi, i trwają 1, najwyżej 2 dni. Kutner widział następstwa te w $1/3$ wszystkich nakłuć, Nissl w 48 na 112 przypadków, czyli w 43%.

Dlatego też Nonne bezwzględnie przestrzega przed ambulatoryjnem stosowaniem tego zabiegu. Chory powinien być bezwzględnie umieszczony w łóżku pod nadzorem lekarza na przeciąg 24 godzin. Najlepiej znoszą nakłucie chorzy na porażenie, wiąd, alkoholicy, chorzy bredzący; — najgorzej — neurastenicy.

Statystyki ogromnie groźne w rodzaju André Maystre z 18 przypadkami śmierci po nakłuciu nie mają wartości, gdyż wypuszczano w nim do 90 cm płynu, i to w celach najrozmaitszych, nawet przy guzach móżdżku, gdzie nakłucie jest przeciwwskazane. Natomiast nowsi badacze Nissl, Nonne, Apelt, Rehm i inni nie mają po nakłuciu ani jednego przypadku zejścia śmiertelnego.

Wypuszczony do celów rozpoznawczych płyn musi być i zwykle bywa wolny od przymieszki krwi.

Badanie otrzymanego płynu mózgowo-rdzeniowego bywa fizyczne, chemiczne, bakteryologiczne, cytologiczne i serodyagnostyczne. Nadto bada się ciśnienie, pod którem płyn z kanału kręgowego wytryskuje.

Z tych wszystkich badań ogromną doniosłość rozpoznawczą dla stwierdzenia etyologii kiłowej ma jedynie badanie cytologiczne, chemiczne, i próba Wassermanna.

Ciśnienie bowiem, mające w przypadkach wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego tak doniosłe rozpoznawcze znaczenie, w naszym zakresie, jak to stwierdziły badania Schäffera, Nawratzkiego, Anosa, Nonnego, Deroubaix, Rehma i innych, jest w pewnym stopniu wzmożone, ale zachowuje się w ten sam sposób i przy schorzeniach pochodzenia niekiłowego.

Badanie fizyczne z kryoskopią włącznie według badań Widala, Escarda, Ravaut, Rosentala i in. w naszym zakresie jest bez wyników.

Badanie bakteryologiczne miałoby wartość ze względu na krętka bladego. Wyniki pod tym względem u dorosłych, dotkniętych kiłą układu nerwowego, są ujemne.

Badanie cytologiczne polega na stwierdzeniu:

1. pleocytozy, albo limfocytozy, t. j. zwiększenia ilości elementów komórkowych płynu,

2. chorobliwych postaci komórek.

Francuzom Widalowi, Ravaut, Picard, Nageotte zawdzięczamy odkrycie i zbadanie, że płyn mózgowo-rdzeniowy u chorych na wiąd i porażenie postępowe zawiera znaczną ilość elementów komórkowych, natomiast prawidłowy, w innych psychozach lub zaburzeniach czynnościowych układu nerwowego elementów stałych nie zawiera prawie wcale. Oni też wypracowali metodę badania pleocytozy, która następnie w Niemczech zmodyfikowaną została nieco przez Nissla. Polega ta metoda na tem, że płyn w specyalnej probówce osadza się w wirownicy wodnej przez $3/4$ godziny, a następnie płyn zlewa się do czystego naczynia do badania chemicznego. Po odlaniu płynu nie należy już prostować naczyńka, lecz trzymać je otworem na dół. Następnie należy odłamać koniec rurki włosowatej, pipetkę tę włożyć w środek otworu naczynia tak, aby nigdzie nie dotykała brzegów, aż do środka dna, gdzie wsysa ona sama część osadu. Zawartość pipetki wydmuchuje się powoli na 3 szkiełka przedmiotowe, tak, aby na każdem utrzymała się kropla około 2 mm średnicy, Należy unikać wydmuchiwania, przy którem by płyn strzykał z pipetki. Krople na szkiełkach zasusza się, następnie umieszcza na $1/2$ godz. w mieszaninie wyskoku abs. z eterem aa, a następnie barwi fioletem metylowym, błękitem metylenowym (*polychromes Methylenblau*) (10 m.) lub innym barwikiem. Potem woda, alkohol, karbol, ksylol, balsam.

Francuzi przy powiększeniu 800 rozróżniają 3 stopnie pleocytozy:

1) reaction discrète 4—7 komórek
2) » moyenne 7—20 »
3) » grosse ponad 20.

Nonne i inni badacze niemieccy rozróżniają:

1) odczyn słabo dodatni 8—20
2) » dodatni 20—60
3) » silnie dodatni więcej niż 60.

Metoda Widala-Nissla coraz bardziej bywa zarzucana z powodu zarzutu, że nie utrwala ona należycie wszystkich komórek, a protoplazma większych komórek się rozpada. Próbowano temu zaradzić różnymi środkami utrwalającymi np. dodawaniem formolu, zalecanem przez Fischera, jednakowoż bez skutku. Poza tem przy metodzie francuskiej dostają się różnej wielkości krople z rozmaitą zawartością osadu. Wskutek tego tacy badacze jak Nonne, Apelt, Rehm i inni używają obecnie metody podanej przez Fuchsa i Rosentala i znanej metody kamerowej (Zahlkammermetode). Tutaj komórki liczy się w kamerze, zbudowanej na modłę kamery Thoma-Zeissa do liczenia krwinek. Do mieszalnika do liczby 1 wciąga się barwik (*Methylviolett 0,1, ac. acet. glac. 2,0, aq. destill ad 50,0*), a do liczby 11 — płyn. Następnie wpuszcza się kroplę zmieszanego z barwikiem płynu do kamery i zlicza komórki pod drobnowidem. Ilość komórek w 1 sześc. centymetrze płynu oblicza się następnie według empirycznej formuły $\left(\frac{A.11}{32}\right)$ gdzie *A* oznacza ilość komórek w kamerze; wynik wskazuje zawartość w 1 sz. ctm. płynu. Prawidłowa zawartość według tej metody wynosi 1—5 kom. w c. sz., »Grenzbefund« — 6—9 kom., patologiczne zaś wzmożenie wyżej 10 komórek. Zarzucano tej metodzie, że nie koncentruje ona, ale przeciwnie rozrzedza komórki w płynie. Badania porównawcze Rehma, na 150 płynach dokonane według obydwóch metod, nie wykazały jakiejkolwiek różnicy w ilościach komórek.

Pleocytoza w schorzeniach kiłowych układu nerwowego według badań Nonnego z jednej strony, a całego szeregu innych badaczy, jak Ravaut, Sicard, Nageotte, Schönbörna, Fuchsa, Rosentala, Frenkla, Meyera, Nissla, Gerardta, Merzbachera, Kutnera, Henckela i Apelta przedstawia się według zestawienia Nonnego, jak to widać na tablicy I.

Tablica I.

Pleocytoza.

	Nonne		Inni	
	Ilość przypad.	%	Ilość przypad.	%
Dementia paralytica	92	97	331	90
Tabes dorsalis	101	96	95	95
Lues hereditaria	3	100	14	100
Lues III. C. S. N.	46	76	14	80
Lues II.	5	40	120	40
Luetycy	47	32	68	44
Tumor cerebri	9	40	14	65
Apoplexia	20	40	15	23
Sclerosis multiplex	18	23	15	24
Epilepsia	24	15	21	15
Alcoholismus	33	5	17	6
Psychozy bez kiły	22	0	94	7,5
Neurasthenia, hysteria	38	0	37	0
Zdrowi nerwowo	5	0	6	0

Widzimy (T. I.):

1) Najczęstszą jest pleocytoza w kile dziedzicznej układu nerwowego.

2) Wysoka jest odsetka przy wiądzie, porażeniu postępowem i kile trzeciorzędnej układu nerwowego.

3) Znacznie niższa przy kile drugorzędnej bez objawów nerwowych i w przypadkach przebytej kiły bez żadnych objawów.

Dalej:

4) Ze schorzeń pochodzenia nie kiłowego zdarza się przy

guzach mózgu, udarach mózgowych, stwardnieniu rozsianem, padaczce i alkoholizmie, ale w znacznie mniejszej odsetce.

Wreszcie:

5) Nie zdarza się u zdrowych, neurasteników, histeryków, i nie zdarza się wcale lub bardzo rzadko w psychozach pochodzenia niekiłowego. 400 nowych przypadków Nonnego i 600 przypadków Rehma z kliniki monachijskiej w zupełności te wyniki Nonnego potwierdziły.

Stąd wniosek: w porównaniu z ujemną albo też nizką pleocytozą w schorzeniach przyrody niekiłowej lub przy kile bez objawów nerwowych, pleocytoza zwiększa się ogromnie w razie zajęcia przez kiłę układu nerwowego.

Bliższe, nietylko ilościowe, zbadanie przypadków, podanych na tablicy I., wykazuje jeszcze co następuje:

1) Jakościowo w większości przypadków porażenia post., wiądu i kiły trzeciorzędnej układu nerwowego pleocytoza była silnie dodatnia, a mianowicie:

W 43 przypadkach	porażenia	39 razy	w 83%
» 28 »	wiądu	16 »	» 60%
» 30 »	kiły trzeciorzędnej ukł. n.	17 »	» 56%

2) Badanie kliniczne tych przypadków wykazuje, że pleocytoza występuje zupełnie wyraźnie, a nawet silnie dodatnio już w początkach choroby, a nawet w t. zw. niezupełnych postaciach wiądu i porażeniach post. (formes frustes, formes rudimentaires). Niezmiernie ciekawą statystykę pod tym względem, rzucającą w dodatku ciekawe światło na etyologię zaburzeń źrenicznych, podaje Nonne w tablicy II.

Tablica II.

Odosobnione zaburzenia źreniczne.

(21 przypadków Nonnego).

Lues	Pleocytoza	Faza I.
Pewny: 8 przyp.	6 P (+) 2 N (—)	5 P 3 N
Wątpliwy: 2.	1 P (silnie) 1 N	1 P (słabo) 1 N
Ujemny: 11.	3 P (b. słabo) 8 N	2 P (słabo) 9 N

Badanie postaci komórek w patologicznym płynie mózgowordzeniowym właściwie dopiero teraz zaczyna się rozwijać, kiedy zarzucono metodę Widala-Nissla, w rujnujący sposób wpływającą na protoplazmę komórek, a rozpowszechniono metodę Fuchsa i Rosentala, a zwłaszcza od czasu stosowania metody Alzheimera. Według metody Alzheimera wpuszcza się 50 kropli płynu do 96° wyskoku, wskutek czego białko się strąca. Strąt wraz z zamkniętemi w nim komórkami obrabia się, jak każdy inny preparat, alkoholem i eterem, zatapia w celoidynę, kraje na mikrotomie, barwi i bada.

Badania Alzheimera, Pappenheima, Rehma wykazały w prawidłowym płynie wyłączenie limfocyty. Leukocyty zdarzają się wyłącznie przy sprawach oponowych ropnych, ropniach, a czasami przy porażeniu postępowem po napadach udarowatych. Rehm obok limfocytów znajdował w postaciach nas tu zajmujących: komórki kratkowe (Gitterzellen), komórki z wakuolami, makrofagi, fibroblasty, komórki plazmatyczne. Zwłaszcza komórki kratkowe mają być obfite przy porażeniu postępowem.

Jednakowoż ścisłego rozgraniczenia komórek przy kile i bez kiły układu nerwowego dotychczas jeszcze niema.

Przedtem, zanim przejdziemy do badania chemicznego płynu, należy w krótkości streścić zapatrywania na pochodzenie pleocytozy. Czy zależy ona od podrażnienia opon, »irritation meningeale«, czy też nie? Stronnikami nieoponowego pochodzenia pleocytozy są Merzbacher i Nissl ze względu na to, że istnieje ona przy kile drugorzędnej i przy kile bez objawów, gdzie żadnego podrażnienia opon niema.

Skrajnym zwolennikiem natomiast teoryi oponowej jest Fischer. Na zasadzie sekcyi i badania drobnowidowego w 4 przypadkach porażenia postępowego, w których badanie pleocytozy odbyło się na krótko przed śmiercią, dochodzi on do wniosków, że

1) nietylko ilościowo, ale i jakościowo komórki płynu zależne są od stopnia nacieczenia opon dolnego odcinka rdzenia,

2) skład płynu niezależny jest od nacieczenia mózgowego.

Przeciw mniemaniu, jakoby nacieczenie opon było wynikiem pleocytozy, przemawia brak nacieczenia w korzonkach, które również są omywane płynem mózgowordzeniowym. Jednakowoż Nonne np. nie zgadza się, na zasadzie własnych doświadczeń, z tymi wywodami i badania Fischera wymagają sprawdzenia. Również nierozstrzygnięta jest sprawa, czy limfocyty i komórki plazmatyczne przechodzą samodzielnie do płynu, czy też wprost odpadają, jako bezużyteczne.

Badanie chemiczne płynu mózgowordzeniowego ważne jest ze względu na charakterystyczne zachowanie się białka pod względem ilościowym i jakościowym w schorzeniach układu nerwowego pochodzenia kiłowego.

Badania ogólnej ilości białka, opracowane technicznie przez Nissla i przeprowadzone przez dalszych badaczy, wykazały bezwzględne wzmożenie ilości białka przy porażeniu postępowem, wiądzie i kile trzeciorzędnej układu nerwowego. Metoda Nissla polega na zmodyfikowaniu probówki Essbacha w stosunku do małej ilości płynu.

Zachowanie się ilości białka wskazuje tablica III.

Tablica III.

Ilość białka (Nissl)	Przeciętna podziałek
Dementia paralytica	4·3
Dementia arteriosclerotica	4·0
Apoplexia	3·0
Imbecillitas	2·0
Dementia praecox	1·9
Psychoses man. depr.	1·6
Dementia senilis	1·3
Epilepsia	1·2
Zdrowy	1·8

Rehm znajdował nieco mniejszą średnią, mianowicie u zdrowych 1·4, u chorych na porażenie 2·9.

Wreszcie wyniki Nonnego, który obliczał białko według skali *pro mille*, uwidocznione są na tablicy IV.

Tablica IV.

Ilość białka (Nonne)	‰ Essbach
Dementia paralytica	0·5 — 2·5
Tabes dorsalis	0·5 — 1·0
Lues hereditaria	0·5 — 6·0
Lues II	0·5
Lues III	0·5
Luetycy	0·5 — 1·0
Neurasthenia	niżej 0·5

Co do jakości białka w prawidłowym i chorobowym płynie, dane do najostatniejszych czasów były sprzeczne i panowała różnolitość stosowanych metod. Nissl wyrzekł się zupełnie jakościowego określania białka. Rozchodzi się głównie o globuliny i albuminy. Rozgraniczenie ich polega na tem, że globulina rozpuszcza się tylko w rozcieńczonych rozczynach soli, albumina zaś i w średnio zgęszczonych. Globulina strąca się przez połowiczne nasycenie siarczanem amonu lub całkowite nasycenie siarczanem magnezowym. Po przesączeniu, lekkiem zakwaszeniu i gotowaniu strąca się albumina. Otóż pierwsi Guillani i Paraut, pracując z siarczanem amonowym, zauważyli niejednakowe zachowanie się tych 2 odczynów w płynach prawidłowych i płynach chorych na porażenie postępowe. Dalej pracowali w tym kierunku Henkel, Cimbal, Meyer, ale wielką zasługą Nonnego jest wypracowanie czułej chemicznej próby i ustalenie wyników dla kiły układu nerwowego.

Nonne, pozostawiając na boku sprawę ścisłego zupełnie ilościowego obliczania globulin i albumin w płynie mózgowordzeniowym, stwierdził przedewszystkiem

1) że albuminy znajdują się zarówno w prawidłowym jak i chorobowym płynie; zatem odczyn z gotowaniem, t. zw. u Nonnego faza II niema znaczenia rozpoznawczego,

2) Natomiast globuliny, osadzające się po podaniu siarczanu amonowego, czyli t. zw. faza I, zachowują się ujemnie, w trzeciorzędnej kile układu nerwowego dodatnio.

Technika tej próby Nonnego jest następująca, bardzo prosta: 2 cm sześc. nasyconego obojętnego rozczynu siarczanu amonowego i 85 grm *Ammon. sulfur. neutral. Merck* gotuje się aż do nasycenia ze 100 grm wody przekroplonej, studzi się i przesącza, dodaje się do 2 cm sz. płynu mózgowordzeniowego, po 3 minutach porównywa się probówkę z drugą, zawierającą czysty płyn. Płyn przy tym odczynie musi mieć odczyn obojętny lub słabo alkaliczny. Rozróżnia się następujące stopnie natężenia odczynu:

1) ślad opalizowania,
2) opalizowanie,
3) zmętnienie.

Jak się zachowuje faza I. Nonnego, wskazuje tabl. V.

Tablica V.

Białko. Faza I Nonnego.

	Ilość przyp.	%
Dementia paralytica	59	100
Tabes dorsalis	28	96
Lues hereditaria	3	100
Lues III Cf. N.	29	96
Lues II	5	20
Luetycy	36	0
Tumor extramedullaris	3	100
Abscessus cerebri	5	80
Sclerosis multiplex	11	45
Tumor cerebri	7	42
Sclerosis	3	33
Epilepsia	20	0
Alcohol. chr. z kiłą lub bez	16	0
Pseudotabes alcoholica	9	0
Zakażenia ostre	25	50
Psychozy bez kiły	19	0
Nerwice z kiłą lub bez kiły	25	0
Zdrowi	5	0

Widzimy:

1) Przy schorzeniach kiłowych i metakiłowych układu nerwowego odczyn daje niezmiernie wysoką odsetkę (przy porażeniu post. jest w 100%), z wyjątkiem kiły bez objawów, gdzie zachowuje się w odróżnieniu od pleocytozy ujemnie. Przy kile drugorzędnej zaś daje nizką odsetkę.

2) Daje również wysoką odsetkę przy schorzeniach pochodzenia niekiłowego, t. j. przy guzach pozardzeniowych i ropniach mózgu. Niższą zaś przy stwardnieniu rozsianem, guzie mózgu, stwardnieniu skombinowanem oraz przy ostrych zakażeniach.

3) Zachowuje się zupełnie ujemnie u zdrowych w psychozach, w padaczce i alkoholizmie w odróżnieniu od pleocytozy.

4) Zachowuje się ujemnie w nerwicach nawet z przebytą kiłą, co jest ważne dla odróżniania neurastenii u kiłowych od porażenia postępowego.

Zatem faza I. Nonnego jest próbą czulszą jeszcze od pleocytozy przy zajęciu przez kiłę układu nerwowego.

Zajmującem jest, jak się zachowuje faza I. w 21 przypadkach odosobnionych zaburzeń źrenicznych, zbadanych cytologicznie przez Nonnego i uwidocznionych na tablicy IV.

Wyniki są zgodne i rzucają ogromnie ciekawe światło zarówno na sprawę kiły w wywiadach, jak i na etyologię zaburzeń źrenicznych.

Wreszcie z najnowszych badań zasługują na uwagę badania Roemhelda przy niby-wiądzie pobłoniczym (*pseudotabes postdiphteritica*), gdzie znalazł on mierną pleocytozę, lekką fazę I. i silne wzmożenie ilości białka. Objawy te ustąpiły w miarę poprawy (2 przypadki). Badania te obalają wyłącznie obwodowy charakter tych zaburzeń.

Należy jeszcze rozpatrzeć stosunek chemicznego i cytologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego do biologicznej próby Wassermanna z tegoż samego płynu i z surowicy, które dla krótkości nazwiemy odczynem B. i A.

Na wzajemny ten stosunek wskazuje tabl. VI.

Tablica VI.

%	Pleocytoza	Faza I.	Wassermann A. z surowicy	Wassermann B. z płynu m. rdz.
Dementia paralytica	90—97%	100	90	90
Tabes dorsalis	96	96	90	50
Lues hereditaria	100	100	100	0
Lues III. C. S. N.	46—80	96	100	0

Przy porażeniu postępowem Nonne znajdował odczyn A. i B. w 90%. Jest to odsetka stosunkowo nizka. Ze statystyki wspólnej Wassermanna-Plauta, Morgenroth-Petita, Stertza, Mane-Levaditi, Ravaut-Petita, Edela, Mecera, Plauta, Lessera (zestawienie Wassermanna) obejmującej 351 przypadków, otrzymujemy zahamowanie hemolizy w 337 przypadkach, czyli w 96% Plaut w najnowszych 150 przyp. dostał dodatni wynik w 100%.

Odczyn B. z płynu mózgowordzeniowego zdarza się też w 90%—100%, idzie zatem równolegle z odczynem A, fazą I, i pleocytozą. Najczulszą jednak wydaje się być faza I.

Eichelberg w świeżej swej pracy (w Deutsche Zeitschrift f. Nervenh. T. 36, Z. 3. 4), w 61 przypadkach porażenia postępowego znalazł próbę B. —. 57 razy dodatnią, czyli w 95%, (zgodnie z Nonnem).

Kafka wreszcie, który pracował nad odczynem B. w różnych postaciach porażenia postępowego, stwierdza, że jest on najprzydatniejszy w postaciach ze zniedołężnieniem, średnio długo trwających, zwłaszcza przy końcu i że zwolnienia na odczyn wpływu nie wywierają. Autor ten nie znajduje jednak zależności pomiędzy tym odczynem a pleocytozą.

Przy wiądzie: Nonne próbę A. znajduje w 90%, próbę B. tylko w 50%. Inni autorowie (Schütze, Citron, Fleischmann, Lapmann, Lederman, Stertz) na 170 przypadków dostali wynik dodatni w 124, czyli w 73% (zestawienie Wassermanna), nie rozgraniczając jednakże odczynu A. i B. Tutaj więc z wszystkich odczynów próba B. jest najmniej czułą. Eichelberg na 49 przypadków znalazł próbę B. w 27 dodatnią czyli w 55% (zgodnie z Nonnem).

Natomiast w trzeciorzędnej kile układu nerwowego odczyn B. zachowuje się ogromnie swoiście: w 10 przypadkach Nonnego z 3 pierwszymi próbami dodatniemi wypada ona stale ujemnie. Tak samo w 8 przypadkach Stertza. Poza tem Nonne w 6 innych przypadkach znalazł i ten odczyn dodatni. Eichelberg na 18 przypadków znalazł odczyn B. — 11 razy ujemny, 7 razy — dodatni. W każdym razie częste ujemne zachowanie się próby B. przy trzeciorzędnej kile układu nerwowego może służyć jako ważny czynnik rozpoznawczy dla kiły trzeciorzędnej układu nerwowego od schorzeń metakiłowych.

Wreszcie w kile dziedzicznej Nonne w 3 przypadkach, a Stertz w jednym znaleźli odczyn B. ujemny, co stoi w rażącej sprzeczności z 100% pierwszych 3 odczynów.

Plaut podał niedawno ciekawy przypadek serodyagnostyki, jeżeli można ją tak nazwać, rodzinnej: 13-letni chłopczyk, który jako osesek nasuwał już podejrzenie w kierunku kiły, dostaje wczesnego porażenia postępującego. Obydwa odczyny A. i B. dodatnie. Rodzice zaprzeczają kiły. Ojciec, mą się rozumieć, nie pozwolił się zbadać, matka wykazała jedynie odczyn A. dodatni. Z 4 innych dzieci: 1) głuptak, 2) umysłowo niedołężny, 3) zdrowe, 4) mając pół roku miało wysypkę kiłową. Badani wszyscy. Odczyn Wassermanna wypadł tylko ujemnie u trzeciej zdrowej dziewczynki.

Co do stosunku wszystkich 4 odczynów w niekiłowych porażeniach układu nerwowego, to doświadczenia są jeszcze bardzo skąpe i trudno z nich wyprowadzać jakiekolwiek wnioski. Jednakowoż w doświadczeniach Nonnego znajdujemy dwie niespodzianki.

1) Z 8 przypadków stwardnienia rozsianego bez żadnych danych co do kiły w 1 przypadku odczyn A. Wassermanna wypadł dodatnio, w drugim — odczyn B.

2) Z 9 przypadków padaczki w 5 wszystkie próby ujemne z wyjątkiem próby A. Wassermanna, która wypadła dodatnio.

W końcu wszystkie 4 próby u neurasteników, którzy przebyli kiłę, zachowują się w następujący sposób (Nonne): pleocytoza bywa mierną, faza I — absolutnie ujemną, Wasserman A — przeważnie — dodatni, Wassermann B — zawsze prawie ujemny. Eichelberg na 8 przypadków tylko raz miał wynik dodatni.

Z badań tych wynika, że odczyn Wassermanna B,

t. j. z płynu mózgowo-rdzeniowego jest wysoce charakterystyczny dla porażenia postępowego wówczas, kiedy próba Wassermanna A, t. j. z surowicy stwierdza jedynie u chorego przebytą kiłę.

Na zasadzie wszystkich poprzednich doświadczeń należy stwierdzić:

1) Nakłucie lędźwiowe jest zabiegiem nieszkodliwym, o ile jest wykonywane z zachowaniem odpowiednich ostrożności.

2) Żaden odczyn nie jest poszczególnie charakterystyczny.

3) Wszystkie 4 próby dodatnie bezwzględnie stwierdzają kiłę.

4) Silnie dodatnia pleocytoza i faza I z wszelkiem prawdopodobieństwem przemawiają za schorzeniem kiłowem lub metakiłowem układu nerwowego.

5) Faza I i próba Wassermanna B z płynu mózgowo-rdzeniowego są bardzo charakterystyczne dla porażenia postępowego, gdyż wypadają ujemnie u neurasteników z przebytą kiłą.

6) Przy stwardnieniu rozsianem, każda z tych prób może zawodzić, nie było jednakże przypadku, ażeby wszystkie 4 wypadły dodatnio.

W ten sposób badanie płynu mózgowo-rdzeniowego ogromnie nas zbliża do pewnego rozpoznawania schorzeń układu nerwowego, powstałych na tle kiły.

W pewnym związku z poruszonym tematem stoją doświadczenia Spielmeyera nad śpiączką afrykańską. Spielmayer, badając histologicznie układ nerwowy w 4 przypadkach tej choroby, znalazł naczynia włoskowate i opony »wytapetowane« limfocytami i komórkami plazmatycznemi, obok ostrych zmian w komórkach. Znalazł i zmiany przewlekłe, wypadanie włókien i bujanie gleju. Stąd podobieństwo do porażenia postępowego. Poza tem Spielmayer i Mott znajdowali w t. zw. kile końskiej (Dourine), w której w ślad za zarażeniem pierwotnem następuje ogólna wysypka, a w końcowych okresach — niedokrwistość i porażenie, ziarniniaki i nacieczenia naczyniowe. Stąd znowu wniosek o podobieństwie do kiły ludzkiej. Jak wiadomo, t. zw. kiła końska jest postacią świdrowicy zwierzęcej, zaś śpiączka afrykańska jest świdrowicą ludzką. Świdrowce w rzędzie pierwotniaków stoją blizko krętków, a Dehandumowi udało się nawet spostrzegać formy przejściowe. Otóż Apelt badał płyn mózgowo-rdzeniowy psów, zarażonych świdrowcami i znalazł zarówno pleocytozę jak i fazę I Nonnego wtedy, jeżeli w okresie badania znajdowane były świdrowce we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, a zakażenie nastąpiło przed 4 tygodniami. Badanie histologiczne tych przypadków wykazywało aczkolwiek nie wydatne, ale stałe nacieczenie limfocytami i komórkami plazmatycznemi. W razie potwierdzenia tych badań byłby jeszcze jeden dowód więcej, że pomiędzy świdrowicą a schorzeniami układu nerwowego, na tle kiły powstającemi, istnieje pewne pokrewieństwo.

Panu prof. Piltzowi za oddanie mi do rozporządzenia piśmiennictwa składam na tem miejscu podziękowanie.

Ciąża zewnątrzmaciczna, jej rozpoznawanie i wskazania lecznicze.

Napisał

Dr Stanisław Peszyński w Berdyczowie (Ukraina).

(Według wykładu w kijowskiem Tow. lekar. polsk.).

(Ciąg dalszy).

Leczenie ciąży zewnątrzmacicznej.

Odpowiednio do terminu i do stanu, w jakim znajdujemy ciążę zewnątrzmaciczną, zmieniają się też i wskazania do interwencyi lekarskiej. Z tego powodu rozpatrzymy zosobna wskazania lecznicze przy trwającej jeszcze i przy już przerwanej ciąży (pęknięcie i poronienie).

Leczenie trwającej ciąży. Każda kobieta, nosząca w sobie płód, leżący zewnątrz macicy, znajduje się w największem niebezpieczeństwie. Niebezpieczeństwo to zagraża jej niezależnie od wieku płodu, każdego dnia i każdej godziny. Dopóki płód nie przestanie żyć, wisi nad nią w każdej chwili niebezpieczeństwo pęknięcia worka płodowego i śmiertelnego krwotoku do jamy brzusznej. Niebezpieczeństwo zmniejsza się wraz z obumarciem płodu w nienaruszonym worku płodowym i tem bardziej zmniejsza się ono, im wcześniej śmierć płodu nastąpi i im wcześniej powstrzymany zostanie rozwój ciąży. Niebezpieczeństwo przestaje istnieć wtedy dopiero, gdy całe jajo płodowe czy to dzięki przemianom wstecznym, czy też wdaniu się leczniczemu, zostanie usunięte zupełnie.

Z powyższego wypływa program naszego działania.

Możemy wyczekiwać z wyborem czasu do interwencyi chirurgicznej, stosując się do indywidualnych odrębności każdego przypadku — możemy pozostawić rozstrzygnięcie pytania co do czynnego lub też wyczekującego leczenia danego przypadku dalszej obserwacyi, nie narażając przytem chorej na wielkie niebezpieczeństwo — wszystko to jednak jest dopuszczalne tylko pod tym warunkiem, że ciąża się już przerwała, a przerwanie nie pociągnęło za sobą żadnych, zagrażających życiu objawów, któreby wymagały wdania się niezwłocznego.

Przeciwnie, byłoby sprzecznem z podstawami nauki, gdybyśmy, bodaj na czas krótki, pozostawili własnemu biegowi ciążę zewnątrzmaciczną, co do której mielibyśmy pewne dane lub też poważne podejrzenia, że ona trwa i rozwija się dalej. Dziś większość lekarzy zgadza się z zasadą wypowiedzianą przez Wirtha i Winkla, że »na ciążę zewnątrzmaciczną należy patrzeć jak na nowotwór złośliwy, który jak najwcześniej należy usunąć.«

Co się tyczy wyczekiwania do tego okresu ciąży, kiedy płód będzie już zdolny do życia samoistnego poza ustrojem macierzyńskim, to należy zestawić i rozważyć te nader małe widoki, jakie dla życia płodu przedstawia wyczekiwanie, oraz to wielkie i nieustannie wzrastające niebezpieczeństwo, jakie życiu matki zagraża. Większa część takich płodów umiera, nie dociągnąwszy do prawidłowego terminu. Pinardowi[6]) powiodło się zachować przy życiu tylko jeden płód, rozwijający się zewnątrz macicy. W dwóch przezemnie spostrzeganych przypadkach, w których płody dożyły do końca ciąży, jedna chora nie chciała poddać się operacyi i przepłaciła to życiem, drugą wczas wyprawiłem do kliniki, tam jednak opóźniono się nieco z wykonaniem operacyi i wydobyto płód donoszony ale nieżywy. Z drugiej strony niebezpieczeństwo, jakiem ciąża zewnątrzmaciczna zagraża życiu matki, z dnia na dzień się zwiększa wskutek możliwości pęknięcia, krwotoku, zapalenia otrzewnej, niedrożności jelit itp. A poza tem w ciągu dalszego trwania ciąży powstają nowe niebezpieczeństwa, wywołane tworzeniem się zrostów, nowych naczyń itp.

Przez wzgląd na to wszystko uznać należy trafność i słuszność zasady wczesnego usuwania z ustroju matki tego, że tak powiemy, »ciała wybuchowego«.

Starano się różnymi czasy o wyszukanie sposobów, zapomocą których możnaby było powstrzymać lub przerwać rozwój ciąży zewnątrzmacicznej. W tym celu w r. 1849 Kiwisch na wzór Basedowa zalecał przekłucie worka płodowego od strony pochwy, żeby przez opróżnienie go wywołać śmierć płodu i zapobiedz pęknięciu z wylewem krwi. Nie mały odsetek kobiet, leczonych w ten sposób, zginął wskutek zakażenia lub wewnątrzotrzewnego krwotoku. W jednym przypadku, opisanym przez Frankla, w którym w 13 tygodniu, zapomocą przekłucia tylnego sklepienia usunięto 20 ctm. sześc. wód płodowych i wkrótce potem odeszła błona doczesna, płód przeżył ten zabieg i został wydobyty żywy w 32-gim tygodniu za pomocą cięcia brzusznego, które zresztą pociągnęło za sobą śmierć matki.

Jako pewny środek do zabicia płodu zalecono (najpierw Julin w r. 1863) wstrzykiwanie do worka płodowego rozczynu morfiny (0,03—0,04). Pierwsze próby stosowania tego sposobu przez Tarniera i Dunkana wypadły niepomyślnie, nieco lepiej powiodło się w r. 1880 Winklowi, który, zastosowawszy go w 10 przypadkach wczesnej ciąży zewnątrzmacicznej, stracił jednak 2 chore (20%).

Inny, współzawodniczący z tym sposób, zastosowany z powodzeniem przez Włocha Bruciego w r. 1853 przy trzechmiesięcznej ciąży, polega na zabiciu płodu zapomocą prądu elektrycznego. Sposób ten ma dotychczas jeszcze naśladowców w Ameryce północnej. Używają niekiedy prądu przerywanego, niekiedy stałego, przykładając jedną elektrodę do brzucha, drugą wprowadzając do pochwy. Cztery do pięciu posiedzeń mają wystarczać.

Wszystkie powyższe sposoby doczekały się równie ostrej, jak zasłużonej krytyki. Wątpliwem jest wielce, czy stosowano je za życia płodu, czy też po jego śmierci, zresztą, czy wogóle była w danych przypadkach ciąża zewnątrzmaciczna. Ostatecznie, śmiertelność w najpomyślniejszych oraz najpewniejszych z nich, jak prof. Winkla (20%), stawia te sposoby bez porównania niżej od wyników, osiągniętych w najnowszych czasach na drodze doszczętnego leczenia chirurgicznego. Nadto jeszcze wszyst-

---

[6]) l. c.

kie te sposoby nie usuwają zabitego płodu, który niezawsze, niestety, podlega spokojnemu wessaniu, lecz sprowadza niejedno krotnie niepożądany i dość niebezpieczny odczyn.

Myśl usunięcia w drodze operacyjnej worka płodowego wraz z żywym płodem w celu zapobieżenia jego pęknięciu, spotykamy już w dawniejszem piśmiennictwie, atoli połączone z cięciem brzusznem w okresie przedantyseptycznym wielkie niebezpieczeństwo, tudzież, uważane wówczas za niepokonane, trudności wczesnego rozpoznawania, sprawiały to, że myśl ta nie weszła w życie. Urzeczywistnił ją pierwszy Jan Veit w lutym r. 1884, usuwając drogą cięcia brzusznego, po dokładnem określeniu ciąży jajowodowej, cały worek płodowy wraz z żywym 11—12-tygodniowym płodem.

Rzeczywisty tryumf ginekologii operacyjnej powinniśmy widzieć we wdaniu się czynnem w przypadkach zagrażającego życiu wolnego wylewu krwi do jamy brzusznej (inondation peritoneale francuskich autorów), zdarzającego się, jak to już wiemy, częściej wskutek pęknięcia, cokolwiek rzadziej skutkiem poronienia. Obecnie uważać należy za zasadę powszechnie przyjętą nie dopuszczać, aby która z kobiet, dotkniętych ciężkim krwotokiem, wskutek jednej z wymienionych przyczyn ginęła bez zastosowania ratunku, jaki przedstawia operacya.

Winkel, na podstawie spostrzeżeń własnych i obcych, uważa za rzecz prawidłową operować natychmiast, gdy się zjawiają objawy ostrej niedokrwistości, a równocześnie objawy fizyczne wolnego wylewu krwawego, przekraczającego górną granicę jamy miednicy — mianowicie, gdy możemy dokładnie określić stłumienie odgłosu opukowego w dolnych i bocznych częściach brzucha, ponieważ w takich warunkach nadzieja samoistnego ustania krwotoku i otorbienia się krwi oraz uratowania życia chorej zdaniem jego są bardzo małe. Winkel zwraca przytem uwagę na okoliczność niezmiernie ważną przy rozbiorze wskazań leczniczych — że nagłe nastąpienie śmierci wskutek utraty krwi zdarza się w takich wypadkach bardzo rzadko, albowiem jednocześnie z upadkiem czynności serca wstrzymuje się na razie i krwotok, który, ma się rozumieć, może się potem ponowić z tego samego lub też z nowego przeżarcia lub pęknięcia, skoro tylko serce zacznie pracować lepiej. Pozostawione własnemu losowi, chore takie giną wskutek ponownych krwotoków, które mogą trwać całe godziny, a nawet dnie. Stąd wynika zdaniem Winkla, że z jednej strony mamy zwykle dość czasu do wykonania operacyjnego zabiegu ratunkowego, z drugiej zaś strony łatwo możemy narazić życie chorej na niebezpieczeństwo, jeżeli, pod wrażeniem pozornego polepszenia, wstrzymamy się od tego koniecznego zabiegu.

Na podstawie powyższego rozumowania, Winkel uważa za rzecz bezwarunkowo wskazaną i pewną, operować niezwłocznie, bez względu na zapad, skoro tylko dokonane są niezbędne do tego przygotowania. Winkel operował wielokrotnie po za szpitalem, przyczem chore przez długie godziny pozostawały w głębokim zapadzie, nieomal bez tętna. Naogół wszakże nie widzi Winkel konieczności operowania w mieszkaniu chorej, zdarzało mu się bowiem operować w klinice wiele chorych, przywożonych z miejsc dość odległych, przyczem nie odniósł wrażenia, iżby od tego stan chorych pogarszał się. Wszelkie niedogodności, połączone z przewiezieniem chorej, opłacają się w znacznej mierze warunkami aseptyki oraz udogodnieniami technicznemi, jakie się ma w szpitalu.

Leopold[7]) różni się od Winkla w poglądzie swym, wypowiedzianym na posiedzeniu Drezdeńskiego Towarzystwa ginekologicznego w d. 18 stycznia r. b. Radzi on, w razie grożącego życiu krwotoku, operować w najskromniejszych nawet warunkach otoczenia, natychmiast w mieszkaniu chorej, nie tracąc drogiego czasu na przewożenie jej do szpitala. Po dokonanem naprędce oczyszczeniu chorej, przy powierzchownem tylko znieczuleniu chlorkiem etylowym, robi Leopold cięcie brzuszne wzdłuż linii białej, następnie, dając do wziewania kilka kropel eteru, przewiązuje pęknięty jajowód, poczem usuwa z jamy brzusznej tyle tylko krwi, ile się daje usunąć naprędce. Bez względu na niedostateczne uśpienie operacya kończy się prędko i stan chorej rychło się poprawia.

Co się tyczy dostępnej mi statystyki operacyjnego leczenia ciąży zewnątrzmacicznej, to postaram się przytoczyć ją w porządku chronologicznym. Tak Seydel w swej rozprawie[8]) na 90 przypadków, operowanych w klinice berlińskiej, z powodu wolnego wylewu krwi do jamy brzusznej, podaje 77 wyzdrowień i 14,0% śmiertelności.

[7]) Centralbl. f. Gynaekol. Nr 27, 1908, S. 886.
[8]) Dissertation 1903. Berlin.

A. Martin[9]) dopełniwszy przypadki, zebrane przez Schautę, własnymi 75, oraz zebranymi z piśmiennictwa do roku 1890, narachował 626 przypadków. Z nich w 255 stosowano wyczekujące leczenie, przyczem

	wyzdrowiało	36,9%
	zmarło	63,1%
Na 371 operowanych		
	wyzdrowiało	76,7%
	zmarło	23,3%

W klinice monachijskiej[10]) Winkla było 120 przypadków, przyczem 2½% śmierci.

Eberlin[11]) zdawał sprawę w sekcyi ginekologicznej X. Zjazdu im. Pirogowa w Moskwie z 60 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, z których w 44 dokonał cięcia brzusznego, przyczem umarła jedna, co stanowi mniej niż 2%.

W tejże sekcyi Nawikow z kliniki ginekologicznej Sniegirewa w Moskwie mówił o 90 przypadkach, spostrzeganych w ciągu roku 1906, z których 35 operowano, przyczem 6,7% śmierci.

A. Wagner[12]) na 32 przypadki ciąży zewnątrzmacicznej operował 26 i stracił jedną chorą.

Nikołajew[13]) na zeszłorocznym II. Zjeździe rosyjskich ginekologów w Moskwie podał wiadomość o 173 przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej z kliniki Otta w Petersburgu, z których 42 leczono wyczekująco (chore opuściły szpital w dobrym stanie zdrowia), 127 operowano, z nich 64 przez laparotomię [6 przypadków śmierci (9,4%)], 63 przez kolpotomię tylko, w 2 zaczęto przez kolpotomię, a zakończono przez laparotomię.

Na posiedzeniu Towarzystwa położniczo-ginekologicznego w Berlinie 25 paźdz. 1907 Makenrodt[14]) zawiadomił o operowanych przez siebie 132 przypadkach wczesnej ciąży jajowodowej, 53 przez cięcie brzuszne, 79 tylko przez kolpotomię; zmarło 3,7%. Na temże posiedzeniu Buman[15]) zdał sprawę ze swoich 228 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, z których 153 operował drogą brzuszną, 75 pochwową; zmarło 4, t. j. 1,7%. Po nim zawiadomił Brösse[16]) o swoich 60 przypadkach: 50 kolpotomii, 10 laparotomii, bez śmiertelnego zejścia. Następnie Koblank[17]) referował o operowanych przez siebie 76 przypadkach ciąży jajowodowej; na to wypadło 6 śmierci, t. j. 7,8%.

Ortmann[18]) operował drogą pochwową 57 przypadków, stracił jedną chorą, co wynosi 1,7%.

Prymaryusz oddziału ginekologicznego kijowskiego szpitala Aleksandryjskiego Pisiemskij[19]) doniósł mi osobiście, że w przeciągu ostatnich lat pięciu spostrzegał w samym tylko szpitalu 84 przypadki ciąży zewnątrzmacicznej, z których operował 62 (59 przez cięcie brzuszne, 3 przez kolpotomię), przyczem zmarło 4 po cięciu brzusznem, co stanowi 6,4%.

Co do operacyi, to większość ginekologów, w tej liczbie Olshausen i Winkel — wykonuje laparotomię, zaś mniejszość, do której należą Dührssen, Makenrodt, Orthmann, Strassmann i inni, oddaje pierwszeństwo tylnej lub przedniej kolpotomii. Wyższość cięcia brzusznego polega na możności szybkiego dostania się do źródła krwotoku, dokładniejszego obejrzenia pola operacyjnego, staranniejszego wykonania zabiegu operacyjnego, oraz bardziej celowego przeprowadzenia wszelkich możliwych, w przebiegu operacyi powstających, zabiegów w pozostałych częściach narządu rodnego. Nader ważne jest zresztą i to, że przy laparotomii daleko łatwiej usunąć nagromadzoną w jamie brzusznej krew, a przedewszystkiem skrzepy. Obaw co do możności wstrząsu przy cięciu brzusznem większość ginekologów wcale nie podziela.

Następstwa niedokrwistości ostrej należy leczyć jak przed, tak i po operacyi według przyjętych ogólnie zasad.

(Dok. nast.).

[9]) Handb. d. Gynaecol.
[10]) l. c.
[11]) Практичаская медицина 1907.
[12]) Zentralbl. f. Gynaek. Nr 15, 1908.
[13]) Ibid. Nr 23 — 1908.
[14]) [15]) [16]) [17]) [18]) l. c.
[19]) Komunikat osobisty.

Medycyna wewnętrzna.

Schenck i Tecklenburg. **O sposobie badania sprawności ruchowej żołądka zapomocą śniadania, złożonego z sucharka tłuszcz zawierającego według metody Straussa-Lewy.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 7). Zasada tej metody polega na wprowadzeniu do żołądka pokarmu, który w żołądku nie jest chłoniony; takim pokarmem są tłuszcze. Prócz herbaty spożywa zatem badany sucharek ze stałą, w nim zawartą ilością tłuszczu (masła). Po godzinie wydobywa się zawartość zapomocą wyciskania lub aspiracyi i tej porcyi pierwszej używa się do oznaczenia chemizmu żołądka. Drugą porcyę otrzymujemy, wypłukując żołądek odmierzoną stałą ilością wody. W obu porcyach oznaczamy ilość tłuszczu zapomocą refraktometru Wollnyego. Różnica ilości tłuszczu wprowadzonego, oraz pozostającego w żołądku po godzinie jest miarą jego ruchowej sprawności. *Dr M. Godlewski.*

Prof. L. Kuttner. **Rozpoznanie i leczenie raka żołądka, nie nadającego się do operacyi.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1909, Nr 2). Jako znamiona, pozwalające lekarzowi wystąpić z przypuszczeniem nowotworu żołądka, uważa autor, pomijając podeszły wiek chorego, nagłe wystąpienie u dotychczas zdrowego zawsze na żołądek człowieka objawów żołądkowych, nagłe pogorszenie się łaknienia. Mniejsze znaczenie przypisuje dziedziczności, skłonności do występowania raka po przebyciu wrzodu okrągłego, dalej powiększeniu gruczołów nadobojczykowych lewych. Badanie guza może sprawę rozjaśnić, przyczem K. radzi badać w ciepłej kąpieli, przy guzach w dnie lub podżebrzu lewem, ułożywszy chorego na bok prawy. Zwraca uwagę na znaczenie t. zw. ruchomości wydechowej guzów żołądka, niezrośniętych z wątrobą. Najpewniejsze dane daje badanie zdolności ruchowej i wydzielniczej żołądka. Przytem obecność lub brak kwasu solnego niema rozstrzygającego znaczenia, również jak i brak zastoiny. Skłonność do krwawień cechuje raka, to też stałe wykazywanie krwi w stolcach lub wymiocinach przemawia za nim, stałe wyniki ujemne przeciw niemu. Za nowotworem przemawiają przy braku zastoiny obecność w treści wydobytej naczczo pierwotniaków (Cohnheim) ropy, wreszcie według Salomona i innych obecność większych ilości białka w treści przepłuczynowej czczego żołądka, jakoteż wysoka jej wartość azotowa. Dalej wyświetla niejednokrotnie wątpliwości zdjęcie rentgenowskie. Leczenie swoiste czy to kankroiną Adamkiewicza, czy radem, czy metodą fulguracyjną Keating-Harta, podawanie pankreatyny lub proteolitycznego zaczynu, pozostaje bez wyniku, a jesteśmy skazani na leczenie czysto objawowe, polegające na poprawie łaknienia (*macer. corticis Condurango*), przepłukiwaniu żołądka zaczynami, środkami odkażającymi i t. p. *Dr Skórczewski.*

S. Lewicki i Z. Szczepański. **Badania nad działaniem wody krościeńskiej.** (*Tygodnik lekarski.* 1907. Nr 16). Rozbiory chemiczne i doświadczenia kliniczne, przeprowadzone przez autorów, uprawniają do wniosku, że pod wpływem podawania wody krościeńskiej zwiększa się ilość wydzielanego moczu, zmniejsza kwasota tegoż moczu, nie raz aż do oddziaływania zasadowego, a wreszcie zwiększa się ilość wydzielonych w moczu składników stałych. Wynikałyby stąd wskazania do stosowania wody krościeńskiej, jako wody leczniczej, a mianowicie podawać ją należy w przypadkach, w których zależy na zwiększeniu ilości dziennej moczu, zmniejszeniu kwasoty moczu, w końcu wyługowaniu z ustroju zalegających w nim produktów przemiany materyi. Wreszcie może woda krościeńska służyć jako znakomity napój dyetetyczny, działając w pewnym stopniu zapobiegawczo przy naszym obecnym sposobie żywienia się przeważnie mięsem. *W.*

Cohnheim. **Pierwotniaki przy niezłośliwych chorobach żołądka i nowotworach. Uwagi nad zapaleniem jelit pochodzenia pierwotniakowego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 3). W 6 przypadkach raka przełyku (2) lub żołądka (4) i w jednym przypadku zaniku błony śluzowej żołądka znalazł autor w ropnej treści naczczo żywe pierwotniaki z gatunku rzęsistków (*trichomonas*), rzadziej wielkouśćców (*megastomą*). W treści zastoinowej przy zwężeniach nowotworowych odźwiernika nigdy C. pierwotniaków nie znajdował. Autor sądzi, że znalezienie pierwotniaków przemawia bardzo za złośliwą przyrodą cierpienia żołądka, mimo że wyjątkowo i w niezłośliwych cierpieniach mogą się pierwotniaki znajdować, kto wie, czy nie wskutek dostawania się treści z dwunastnicy do żołądka. Autor zapatruje się sceptycznie na pierwotniakowe pochodzenie biegunek, jedynie wydaje mu się chorobotwórczym szparkosz (*balantidium coli*) i to w wyjątkowych okolicznościach, gdy znajdować go można w błonie śluzowej w obrębie wrzodów u ludzi, stykających się z materyałem zakażonym (rzeźnicy w Finlandyi, Szwecyi) i dotkniętych zmniejszonem wydzielaniem soku żołądkowego (alkoholizm). Dokładne badania stolców mogłyby tę sprawę rozświetlić. *Dr Skórczewski.*

Dold i Dr fil. Harris. **Pięć przypadków zatrucia trójfosforkiem wodoru, w których znaleziono przecinkowce, podobne do cholerycznych.** (*Deut. med. Wochenschrift* 1909, Nr 6). U 5 rosyjskich wychodźców, podczas podróży morskiej po krótkiej chorobie, objawiającej się bezprzytomnością i wymiotami, nastąpiła śmierć. Z silnie przekrwionych i pokrytych śluzem jelit wyhodowano przecinkowce, zachowujące się na pożywkach zupełnie podobnie do cholerycznych, jednak nie dające odczynu Pfeffera i nie aglutynowane przez surowicę swoistą. Dalsze badania wykazały, iż robotnicy owi mieszkali tuż przy magazynach, zawierających zapasy krzemianu żelaza. Doświadczenia chemiczne z tą substancyą wykazały, że zwilżony krzemian wydziela trójwodorek arsenu w niewielkiej, a trójwodorek fosforu w znacznej ilości. Zwierzęta, zamknięte w naczyniach z krzemianem żelaza, ginęły, o ile był on zwilżony. Za przyczynę śmierci u owych wychodźców należy przyjąć otrucie PH_3. *Dr Skórczewski.*

Ackermann: **Występowanie liszki motyla „Aglossa pinguinalis“ w jelitach.** (*Deut. med. Wochenschrift* 1909 Nr 3). Autor spostrzegał w kale $3^1/_2$ letniego chłopca żywą liszkę motyla »aglossa pinguinalis«; liszka, jak brak barwika w niej wskazywał, przebywała pewien czas w jelitach dziecka; dostała się tam prawdopodobnie przypadkowo przy spożywaniu masła. *Dr Skórczewski.*

Messerschmidt. **W sprawie klinicznego wykazywania krwi w kale.** (*Münch. med. Woch.* 1909 Nr 8). Zdaniem autora można próbę gwajokolową zużytkować rozpoznawczo jedynie wtedy, gdy wypada dodatnio; ujemny wynik niczego nie dowodzi, gdyż znane są przypadki, gdzie mimo niewątpliwych śladów krwi próba ta wypadła ujemnie. Za zupełnie pewną próbę uważa autor próbę benzydynową, wykonaną w sposób następujący: *a)* Sporządzamy zawsze świeży rozczyn benzydyny w kwasie octowym zgęszczonym; *b)* W 2 cm wody z dodatkiem kilku kropel kw. octowego zgęszczonego, rozcieramy grudkę kału wielkości ziarna grochu; *c)* Do 3 kropel rozczynu tego (b) dodajemy 1 cm 3% H_2O_2; *d)* Do rozczynu poprzedniego (c) dodajemy 1·2 cm odczynnika (a). W razie obecności krwi powstaje barwa zielona, a gdy krwi jest więcej — niebieska. *Dr Maryan Godlewski.*

Eichler i Schirokauer. **Odczyn Cammidgea.** (*Berlin, klin. Woch.* 1909 Nr 8). Mocz psów, u których sztucznie wywołano zmiany trzustki, badano zapomocą odczynu Cammidge'a. U żadnego z nich odczyn nie był stale dodatni, mimo, że sekcya wykazała u wszystkich ciężkie zmiany w trzustce. U 2 chorych, których operowano, a którzy mieli: jeden przewlekłe zapalenie trzustki, a drugi zwyrodnienie tłuszczowe, odczyn ani razu nie był dodatni. *W. Kluger.*

Posner. **W sprawie występowania kępek żółtych przy przewlekłej żółtaczce.** (*Deut. med. Wochs.* 1909 Nr 3). U kobiety, cierpiącej od 8 lat na przerostową marskość wątroby z przewlekłą żółtaczką, rozwinęły się na powierzchni całego ciała i to szczególnie na drażnionych miejscach skóry kępki żółte (*xanthoma*). Kępki te występowały napadowo w towarzystwie silnego świądu. Obie odmiany: płaską (*x. planum*) i guzowatą (*x. tuberosum*) można było u chorej zauważyć. Dla objaśnienia tej choroby powołuje się autor na Potaina i Quiquauda, którzy uważali uogólnienie się kępek żółtych za zaburzenie w przemianie materyi i składanie niedostatecznie utlenionego jej produktu w tkankę skórną. Za przyczynę tego tłuszczowego zwyrodnienia uważają zwiększoną zawartość cholestearyny we krwi. *Dr Skórczewski.*

Neurologia.

Prof. Spiżarnyj: **W sprawie plastyki nerwów przy porażeniach nerwów twarzowych.** (*Russkij Wracz* 1908 Nr 25). Autor wylicza następujące sposoby połączenia odcinków nerwów w razie niemożności nałożenia bezpośredniego szwu nerwowego: 1) naciągnięcie odcinków nerwów; 2) sposób Letcevault (autoplasie nerveuse à lambaux): wytworzenie z obydwóch odcinków płatów, które pozostają połączone ze swymi

pniami zapomocą mostków, drugie zaś końce się zbliża i zszywa; 3) przeszczepienie nerwu: kawałek nerwu ludzkiego lub zwierzęcego przeszczepia się dla połączenia odcinków; 4) sposób Voclaira, — tubulizacya odcinków nerwowych, — wkłada się je w rurkę z odwapnionej kości; 5) sposób Assaky — połączenie odcinków nitkami z katgutu, przyczem nici te mają dać kierunek odradzającym się włóknom; 6) sposób Löbkera — resekcya kości w celu możliwości złączenia obydwóch końców; 7) sposób Letcevault (greffe nerveuse): wszywanie obwodowego odcinka nerwu w blizko leżący pień nerwowy o podobnej czynności. Ten sposób zastosowano przy porażeniach n. twarzowego, zszywając go z nerwem dodatkowym Willizyusza lub z nerwem podjęzykowym; przy dobrym wyniku zwykle następują ruchy współczynne, np. chory chcąc marszczyć mięśnie twarzy, podnosi ramię, ale z czasem zjawia się zróżniczkowanie ruchów. Polepszenia należy oczekiwać dopiero w kilka miesięcy po operacyi; jest ono możliwe nawet w kilkanaście lat po porażeniu. Który nerw lepiej jest brać do przeszczepienia (greffe nerveuse)? W statystyce Zevasa z 26 przypadków brano 19 razy n. dodatkowy, a 7 razy n. podjęzykowy. Nerw dodatkowy brano częściej dlatego, że porażenie tego mięśnia jest mniej ważne, niż np. porażenie mięśni n. podjęzykowego po jego nacięciu. Niektórzy jednak chirurdzy wybierają n. podjęzykowy z tego względu, że psychoruchowe ośrodki korowe n. twarzowego i językowego leżą blizko siebie i są prawdopodobnie połączone włóknami assocyacyjnemi. Ukrycie ruchów współczynnych przemawia na korzyść n. podjęzykowego, niedowład zaś języka — przeciw niemu. Bernhardt radzi zwracać uwagę na zajęcie chorego, u ludzi pracujących fizycznie oszczędzać n. dodatkowy. Autor zaś uważa za najbardziej celowy wybór tej gałązki n. dodatkowego, która idzie do m. mostkowo-sutkowo-obojczykowego, gdyż porażenie tego mięśnia nie jest zbyt ważnem dla ruchów głowy, a powstaje jedynie asymetrya szyi wskutek zaniku. Rodzaje operacyi są następujące: 1) Zupełnie przecięty odcinek obwodowy n. twarzowego łączy się z zupełnie przeciętym odcinkiem ośrodkowym nerwu wybranego dla połączenia. Brak: wybitny zanik w dziedzinie nerwu wybranego dla połączenia. Zaleta: brak ruchów współczynnych, chociaż są przypadki, gdzie te ruchy pomimo całkowitego przecięcia występują. 2) Wszycie odcinka obwodowego w nerw wybrany. Sposób ten rzadko może być urzeczywistniony z powodu trudności zbliżenia nerwów. Braki: n. twarzowy się nie poprawił, a wystąpiły znaczne zaburzenia w dziedzinie drugiego nerwu. Modyfikacya: nadcięty płat wszywa się w n. twarzowy. Wreszcie 3) oddzielną gałązkę lub cały nerw można wszyć w n. twarzowy, jak to praktykuje autor, który podaje przypadki wyleczenia zapomocą tego sposobu. Po operacyi działanie nerwu twarzowego nigdy nie poprawia się o tyle, aby mimika twarzy była zupełnie prawidłową. Czoła też nigdy chory marszczyć nie potrafi. Autor oblicza kazuistykę na 77 przypadków, w tem 43 przyp. z nerwem dodatkowym, 34 — z n. podjęzykowym. W większości przypadków skutek pomyślny. Autor zwłaszcza poleca swój sposób rozszczepiania nerwu twarzowego i wszywania weń centralnego odcinka nerwu. Wyniki — dobre, zarówno w przypadkach urazowych, jak i na tle gośćca. *Nelken.*

Giżden: **Zanik nerwu wzrokowego wskutek urazów głowy.** (*Wracz. Gaz.* 1907 Nr 21). Zanik nerwu wzrokowego po uszkodzeniach głowy należy do rzeczy rzadkich. W przypadkach tego rodzaju zwykle nie znajduje się ani blizn, ani ubytków kostnych, lub też są one tak nieznaczne, że trudno nimi wytłómaczyć tak poważne zaburzenie, jak zanik wzroku. G. podaje 3 własne przypadki. We wszystkich trzech po urazie głowy wystąpiły następujące objawy: 1) Zupełna ślepota jednego oka, która wystąpiła bezpośrednio po urazie. 2) Zanik n. wzrokowego przy prawidłowem zachowaniu się naczyń brodawki nerwu. 3) Brak bezpośredniego oddziaływania na światło odpowiedniej źrenicy przy zachowanem oddziaływaniu współczulnem. 4) Objawy mózgowe, utrata przytomności, krwawienie z nosa. — Objawy te wskazują przedewszystkiem na porażenie samego n. wzrokowego. Prawidłowe zaś zachowanie się naczyń nerwu, które, jak wiadomo, wstępują w jego trzon natychmiast po wyjściu nerwu z kanału wzrokowego w jamę oczodołu, wskazuje na porażenie po za miejscem wejścia naczyń, t. j. albo w kanale wzrokowym, albo w krótkiej części nerwu, leżącej między kanałem wzrokowym, a skrzyżowaniem (1 cm). Nerw wzrokowy został uszkodzony cały wskutek złamania podstawy czaszki, za czem przemawia przebyty uraz, objawy mózgowe, krwawienie z nosa. Przy złamaniach podstawy czaszki najczęściej pęka górna ściana oczodołu. Hoelder i Berlin podają, że górna ściana oczodołu pęka w 90% wszystkich złamań podstawy czaszki, w tem zaś ściana kanału wzrokowego w 60%. Pęknięcie może wywołać albo zupełne przerwanie nerwu wzrokowego albo też ucisk jego przez wybroczynę. W tym drugim wypadku wzrok w miarę wessania się wybroczyny może częściowo powrócić. W jednym z 3 przypadków G. chory po urazie ogłuchł nadto po tej samej stronie, po której wzrok utracił: w tym przypadku przeto pęknięcie podstawy czaszki przeszło przez kanał wzrokowy i część skalistą kości skroniowej. *Nelken.*

Cazarew. **Porażenie nerwu łokciowego po durze brzusznym.** (*Wracz. Gaz.* 1908. Nr 31). Autor podaje 5 własnych przypadków, spostrzeganych podczas epidemii duru brzusznego w Kijowie w r. 1907. Na zasadzie piśmiennictwa i tych przypadków wymienia autor wnioski następujące: Początek porażenia zjawia się zwykle w pierwszych dniach okresu wyzdrawiania po durze o ciężkim przebiegu z powikłaniem, lub też o przebiegu miernie ciężkim. Sprawa zaczyna się od bolów i parestezyi; w dziedzinie ruchów rzadko kiedy bywa porażenie zupełne, najczęściej niedowład; zaniki zjawiają się niezawsze; odczyn elektryczny upośledzony, a w $^{1}/_{3}$ przypadków znajduje się odczyn zwyrodnienia; zaburzenia czucia o rozmaitem natężeniu bywają w większości przypadków. Wyniki w przypadkach autora były dobre: w przeciągu 12—100 dni znaczne polepszenie. W przypadkach z piśmiennictwa — wynik niezbyt dobry. Z 10 przypadków — zupełne wyleczenie nastąpiło w 3, poprawa — w 3, bez wyniku — 4 przypadki. Autor zaznacza, że podczas poprzednich epidemii nie było ani jednego przypadku porażenia nerwu łokciowego, tłomaczy to charakterem epidemii 1907 r., niezwykle silnej z wysoką odsetką śmiertelności, z powikłaniami i ogromnym wpływem na ustrój nerwowy pod postacią stanu durowego (*status typhosus*), śpiączki, bredzeń i psychoz w następstwie duru. *Nelken.*

Prof. Köster: **Leczenie pląsawicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1909, Nr 1). Gdy przy pląsawicy ciężarnych, przy pląsawicy przed- albo poudarowej, leczenie zapomocą środków obniżających pobudliwość zapowiada niewielki skutek ze względu na poprawę cierpienia, a silne środki uśmierzające zaledwie usuwają najprzykrzejsze objawy choroby, to przeciwnie w pląsawicy zwykłej lekarz ma wdzięczne pole do leczenia. I tu po stwierdzeniu, że dany chory zapadł w rzeczywistości na prawdziwą pląsawicę »mniejszą«, której przypisujemy obecnie zakaźne czy toksyczne pochodzenie, która wikła się tak często z zapaleniem wsierdzia, po upewnieniu się, że nie chodzi o pląsawicę naśladowczą, tak często spotykaną u histerycznie usposobionych dzieci po zakładach szkolnych i pensyach, przystępujemy do właściwego leczenia, polegającego na usunięciu dziecka ze szkoły, a przynajmniej od zajęć piśmiennych, na poleceniu łóżka, albo bardzo umiarkowanego ruchu, na wzbronieniu napojów wyskokowych przy dyecie odżywczej, poleceniu lekkich zabiegów gimnastycznych. Lekowanie polegać ma na podaniu bromku sodu (1—3 gr.) lub bromglidyny, arszeniku w postaci rozczynu Fowlera lub wody arszenikalnej K nie uważa za stosowne podawania makowca, atoksylu, stosowanie prądu elektrycznego, miesienia; gorąco poleca ciepłe kąpiele. Przy przeciągającem się zdrowieniu zmiana miejsca pobytu, pobyt w górach, nad morzem, w miejscowości zdrojowej z solanką przywraca szybko zdrowie. *Dr Skórczewski.*

Aronsohn. **Rzadki przypadek zboczenia płciowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1904. Nr 4). Autor opisuje ciekawy przypadek masturbanta z pokładem homoseksualnym, a zarazem fetyszystycznym, sadycznym i masochicznym. Części płciowe prawidłowo rozwinięte; mimo związku małżeńskiego, kilka lat trwającego, chory nigdy nie spółkował. Fetyszyzm w postaci pociągu do białego wykrochmalonego fartuszka był przy masturbacyi pierwszem zboczeniem czynności płciowej, następnie rozwinęły się urojenia homoseksualne, gdy chory, zamknąwszy oczy, starał się wyobrazić sobie siebie, jako dziewczynę gwałconą i męczoną. Za czasów swego pożycia małżeńskiego używał chory do wywoływania wrażeń płciowych, podniecony widokiem np. fartucha, włożywszy knebel do ust, bata, którym się okładał, lub dusił się rękami. Leczenie hypnozą okazało się bezskuteczne. *Dr Skórczewski.*

Prof. Weber: **Leczenie opilstwa.** (*Deutsche med. Wochs.* 1909. Nr 7). Zapobiegawczo poleca W. wstrzemięźliwość zupełną u dzieci do pewnego wieku, jak również u osobników, obciążonych w tym kierunku dziedzicznie. Przestrzega przed przyzwyczajeniem do nadużywania wyskoku z winy lekarza przez podawanie go, jako leku sercowego przy chorobach przewlekłych. W. stwierdza uznany w obecnej nauce pewnik, że wyskok daje

się zastąpić w zupełności innymi lekami sercowymi, pobudzającymi łaknienie, obniżającymi pobudliwość itp. Leczenie opilstwa, zdaniem W., daje się przeprowadzić tylko w odpowiednio urządzonym zamkniętym zakładzie leczniczym, w którym od pierwszej chwili zabrania się choremu napojów wyskokowych. W. nie radzi używać środków, ułatwiających odebranie wyskoku. Przy obłędzie opilczym przestrzega W. przed środkami obniżającymi pobudliwość, jedynie podawanie paraldehydu, weronalu i chloralformamidu w skromnych dawkach, w ostateczności skopomorfiny lub duoizyny podskórnie może być uzasadnione. Zabiegi wodolecznicze łatwo mogą wywołać zaziębienie i tak częste u nałogowych pijaków zapalenie płuc; jedynie przedłużone ciepłe kąpiele (35° C na 4—6 godz.) działają silnie uspokajająco. Należy choremu podawać znaczne ilości kwaskowatych płynów w celu zmniejszenia pragnienia, unikać potraw silnie korzennych. Gdy objawy głodu wyskokowego miną, należy przykładem, wpływem psychicznym, poddawaniem działać na chorego w celu przyzwyczajenia do wstrzemięźliwości zupełnej. Jak uczy doświadczenie, trwać to powinno 1 rok do $1^1/_2$ — stale w zamkniętym zakładzie, przy pozostawianiu choremu coraz większej swobody, pod dokładnym naturalnie nadzorem. Wstrzemięźliwość człowieka, który był niegdyś nałogowym opilcą, musi być zupełna, jeśli nałóg opilstwa nie ma powrócić. *Dr Skórczewski.*

Doc. Suchanow. **O objawach kokainizmu.** (*Wracz. Gaz.* 1908. Nr 25). Objawy nerwowe i umysłowe wskutek przewlekłego zatrucia kokainą bywają dwojakie: 1) Omamy słuchowe, początkowo niewyraźne, dalej coraz wyraźniejsze o treści dla chorego nieprzyjemnej, są pierwszymi zwiastunami stanów paranoidalnych, z mniej lub więcej usystematyzowanemi urojeniami prześladowczemi, omamami i nieprzyjemnem samopoczuciem. Wszystkie te objawy przy leczeniu ustępują dość prędko. 2) Nieprzyjemne wrażenie w skórze i tkankach podskórnych: chory czuje pod skórą piasek, owady i t. d. Czucia te są tak typowe, że odrazu nasuwają myśl o przewlekłym kokainizmie. Znane są jednak przypadki, gdzie długotrwałe zażywanie kokainy w dużych dawkach żadnych objawów nie wywoływało. Suchanow zwraca również uwagę na stany tężcowe, z uczuciem zamierania serca, dusznością i t. d., które niejednokrotnie są wynikami kokainizmu. Sam podaje przypadek dotyczący chorej, która doszła do nadużywania kokainy przy bólu zębów i używała przez kilka lat do jednego grama na dobę. Wywołało to ogromne wyniszczenie u chorej, bez żadnych jednak objawów psychicznych z wyjątkiem lęku, zjawiającego się podczas wstrzymywania się od kokainy i znikającego natychmiast po jej zażyciu. Przeprowadzając porównanie pomiędzy przewlekłym kokainizmem i morfinizmem Suchanow podaje, że nagłe pozbawienie chorego kokainy nie wywołuje żadnych poważnych następstw dla ustroju, natomiast antotoksyny, zjawiające się w ustroju, przywykłym do morfiny, dają wybitne objawy ze strony serca i naczyń i nagłe usunięcie morfiny, zwłaszcza u chorego ze schorzałem sercem lub naczyniami, może wywołać poważne zaburzenia. *Nelken.*

Suchanow. **Psychastenia i alkoholizm** (*Russkij Wracz.* 1909, Nr 4). **Psychologia patologiczna indywidualnego alkoholizmu** (*Prakt. Wracz.* 1909, Nr 12). Badania nad psychologią osób, okazujących skłonność ku alkoholizmowi, mogą nam wyjaśnić niektóre ciemne strony tego chorobliwego pociągu.

W pierwszej swej pracy rozpatruje S. psychologię jednej grupy takich ludzi: alkoholików-psychasteników. Przez psychastenię (Pierre Janet) rozumie S. pewien rodzaj psychoneurozy, analogicznej do histeryi. Psychoneuroza ta przy wielkiej rozmaitości objawów zewnętrznych, jest jednak w zasadzie bardzo prosta i niezłożona. W osnowie jej leżą rozmaite wyobrażenia natrętne, które jednakowoż chory uświadamia sobie, jak coś odrębnego od swej jaźni. Spostrzeżenia, dokonane u całego szeregu osób, należących do rozmaitych warstw społecznych, przekonały autora, że te wyobrażenia natrętne powstają zawsze na gruncie charakteru lękliwo-hypochondrycznego. Alkoholicy-psychastenicy zaczynają pić wcześnie, w wieku młodym. U nich najjaskrawiej przejawia się wpływ otoczenia. Jako człowiek bez woli, psychastenik pije nie dlatego, żeby mu to sprawiało przyjemność, ale przez naśladownictwo, z bojaźni drwin i żartów towarzyszy. Często nawet wyskok budzi w nim wstręt. Jednakowoż z czasem spostrzega psychastenik, że wyskok oddaje mu pewne usługi: jego chwiejność i niezdecydowanie znikają, czuje się on swobodnym. Z biegiem czasu objawy psychastenii występują silniej i chory musi zwiększać dawkę wyskoku i częściej go używać. Tym sposobem dochodzi do opilstwa. Następnie rozpatruje S. nieprzyjemne uczucia, które opanowują alkoholika w okresie trzeźwości i przeprowadzając analogię między alkoholizmem a morfinizmem, nazywa taki stan głodem wyskokowym. Rzeczywiście tak w jednym, jak i w drugim przypadku, istnieje okresowe nadmierne wydzielanie z narządów gruczołowych (wymioty poranne, rozwolnienia, nieżyt dróg oddechowych itp. u alkoholika; skłonność do wymiotów, potów, łzawienie, kichanie itp. u morfinisty). Dawka wyskoku, morfiny, obniża lub nawet usuwa to nadmierne wydzielanie. Wobec tego mniema S., że opilstwo powrotne jest właśnie w pewnym stopniu wynikiem tego naruszenia czynności narządów gruczołowych.

W drugiej swej pracy, autor, zastanawiając się nad psychologią indywidualnego alkoholizmu wogóle, dochodzi do przekonania, że dotychczasowy podział alkoholizmu na przypadkowy, przewlekły i powrotny powstał na podstawie tylko symptomatologicznej, a nie przyczynowej. Tutaj należałoby zwrócić uwagę na psychologię tych przypadków i odróżnić typ psychasteniczny, histeryczny, rezonujący i padaczkowy. Najczęściej bywa alkoholizm wyrazem typu psychastenicznego, najrzadziej histerycznego. Taki pogląd na alkoholizm indywidualny, jako na objaw, który daje się spostrzegać przy rozmaitych, ale określonych brakach neuro-psychicznej organizacyi, może dać pewną racyonalną podstawę do leczenia alkoholizmu wogóle i do jego psychoterapii w szczególności. *L. Mańkowski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XV. Posiedzenie naukowe d. 30. kwietnia 1909.

I. Kol. Progulski przedstawia i omawia przypadek **mongołowatości** u 4-letniego dziecka.

II. Kol. Turzański (Jarosław) wygłasza odczyt: **O nowej skombinowanej metodzie leczenia wiądu rdzenia w Iwoniczu,** która polega na wcieraniach szarej maści, kąpielach solankowych, wstrzykiwaniu sperminy Poehla i piciu wody ze źródła »Karola«. W dyskusyi zabierali głos: kol. Obtułowicz, Stauber, Prof. Halban, Mikulski. W dyskusyi zaznaczono, że spermina Poehla nie należy wcale do środków, któreby bezpośrednio wpływały na wiąd; znamy natomiast szereg innych zabiegów, jak miesienie, gimnastyka sposobem Fränkla, nie wspomniana wcale przez prelegenta; może też w wiądzie nastąpić pewne polepszenie jako następstwo odpoczynku, świeżego powietrza i ciepła. Metodzie przedstawionej przez prelegenta nie można przypisywać jakiegoś specyalnego leczniczego znaczenia. W odpowiedzi podnosi kol. Turzański znaczenie lecznicze sperminy przy równoczesnem stosowaniu innych środków; gimnastyki Fränkla mowca nie stosuje wobec braku odpowiednich przyrządów. *Nowicki.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie dnia 11/24 marca 1909 r.

Obecnych członków 36. Przewodniczy na początku posiedzenia S. Trzebiński, następnie K. Rumszewicz.

1) M. Łążyński przedstawia chorego chłopca 16-letniego, który wstąpił w maju 1908 do lecznicy z nowotworem jamy brzusznej. Podczas operacyi (laparotomia) okazało się, że guz tworzyły znacznie powiększone gruczoły krezkowe. Usunąć wszystkie zajęte gruczoły było niepodobieństwem. Wycięto część ich z dołu biodrowego prawego — (guz mniej więcej wielkości pięści). Rana zagoiła się doraźnie. Badanie drobnowidowe stwierdziło **mięsaka limfatycznego** (*lympho-sarcoma*). Po miesiącu chory opuścił lecznicę w stanie względnie niezłym, ale wkrótce znowu powrócił, skarżąc się na nieznośne bole w brzuchu, nudności, wymioty i zaparcie stolca. W prawym dole biodrowym macalny guz twardy, kształtu podłużnego, nieprawidłowego, bolesny na ucisk. Chory blady, wyniszczony. Bębnica brzucha znaczna, ruchy robaczkowe jelit bardzo wyraźne; zjawiska niedrożności jelit niezupełnej. Wobec rozpoznania nowotworu złośliwego o zabiegu operacyjnym doszczętnym mowy być nie mogło. Dla uśmierzenia bolów zaczęto stosować wstrzykiwania podskórne morfiny z atropiną, jednocześnie też wstrzykiwano kakodylan sodu. Dawki morfiny potrzeba było szybko zwiększać i wkrótce ilość leku, stosowana na dobę, dosięgła 30 strzykawek 1,0 3% rozczynu. W listopadzie utworzyła się w okolicy krzyżowej odleżyna. Wychudnięcie doszło do ostatecznych granic, wszelkie potrawy chory wymiotował; oddawanie moczu bo-

lesne *(stranguria)*; ciepłota podgorączkowa. W końcu atoli grudnia bole zaczęły słabnąć, ciepłota spadła do poziomu prawidłowego i jednocześnie guz zaczął się zmniejszać. Zaraz też zmniejszono dawkę morfiny. Odleżyna zagoiła się. W styczniu stan chorego znacznie się polepszył i w końcu tego miesiąca guz już nie dawał się wymacać. Próba Pirqueta dała wynik ujemny. Od tego czasu polepszenie postępowało stale, objawy zwężenia jelita stopniowo ustępowały, apetyt zwiększał się, waga wzrastała, skóra nabierała barwy różowej. W początku marca chory zaczął odbywać niewielkie przechadzki. Od trzech dni nie dostaje już morfiny i obecnie opuszcza lecznicę, czując się zupełnie dobrze.

Na przedstawionych preparatach drobnowidowych można spostrzegać obraz mięsaka limfatycznego — z zupełnem zniknięciem typowej tkanki gruczołu chłonnego. Wyzdrowienie, — o czem w danym przypadku jeszcze wyrokować zawcześnie, — a przynajmnicj ogromne **polepszenie** w chorobie, uważanej za nieuleczalną i wiodącą zawsze do fatalnego końca, jest bądź co bądź zjawiskiem niepospolitem. Jak mamy tłómaczyć dany przypadek? Być może, iż są sprawy chorobowe w gruczołach chłonnych, nie należące do prawdziwych nowotworów złośliwych, których jednak obraz mikroskopowy niczem się nie różni od mięsaka; może wywołuje takie sprawy jakiś zarazek, nieznany dotychczas bakteryologom. W takim razie polepszenie lub wyzdrowienie nie byłoby rzeczą nadzwyczajną. To jedno przypuszczenie. Być może, znowu, że otwarcie jamy brzusznej wywołało odczyn zapalny dobroczynny, który powstrzymał rozwój nowotworu, albo go zupełnie zabił, jak to daje się spostrzegać w gruźlicy. Znane są przypadki, kiedy zakażenie paciorkowcem róży niszczyło mięsaki. To jest drugie przypuszczenie. Wreszcie można przypuszczać, wprawdzie z mniejszym stopniem prawdopodobieństwa, że olbrzymie dawki morfiny wpłynęły na rozwój nowotworu, zatrzymując bujanie nowych komórek i wywołując wessanie obumarłych. Na uwagę zasługuje nadto w danym przypadku szybkie odzwyczajenie się od morfiny. Był tutaj bardzo ostry morfinizm, który daje się daleko łatwiej zwalczyć, niż przewlekły.

2) J. Garliński. **Kilka słów o rozwoju fizyatryi.** Prelegent zaznajamia słuchaczy z historyą powstania i rozwoju swego wzorowo i z komfortem urządzonego zakładu fizyatrycznego. Historya ta jest nader ciekawa, gdyż ściśle wiąże się z rozwojem fizyatryi, jako ważnej gałęzi wiedzy lekarskiej, na kresach wschodnich. Kiedy prelegent rozpoczynał swą działalność lekarską, w kraju wszechwładnie i wyłącznie panowało szablonowe stosowanie środków farmaceutycznych. Taki stan niesienia ulgi chorym nie mógł zadowolnić umysłów, patrzących na rzeczy krytycznie i trzeźwo. Należało szukać dróg mniej utartych, uprawiać rolę odłogiem leżącą, ale płodną. Dalej wypowiada prelegent kilka ciekawych a oryginalnych zdań, dotyczących czerpania z sił przyrody środków leczniczych, które na wzór alkaloidów roślinnych chciałby ochrzcić mianem alkaloidów fizyatrycznych. Zastanawia się nad teoryą prof. Skworcowa »o dynamizacyi w naturze«; roztrząsa wpływ duszy człowieka, której siedlisko upatruje we wszystkich komórkach ciała ludzkiego, na sprawność jego narządów i kończy swój wykład, zaznaczając, że w zakładzie jego jest jednem z głównych zadań — to właśnie dobroczynne oddziaływanie duszy na ciało.

3) J. Werbski. **Fizyoterapia współczesna, jej treść, zasady i dążności.** Prelegent w obszernym wykładzie daje szczegółowy obraz współczesnej fizyoterapii i jej stosunku do innych gałęzi wiedzy lekarskiej. Przemawia za potrzebą, a nawet koniecznością założenia Towarzystwa fizyatrycznego w Kijowie. Na zakończenie stwierdza fakt, że medycyna, jako sztuka leczenia, ustępuje stale i szybko miejsca sposobom zapobiegawczym i ochronnym, t. j. higienie w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu.

W dyskusyi zapytuje Sągajło, dlaczego prelegent (Werbski) pominął w swym odczycie tak ważne odłamy leczenia, jak system głodówek, organoterapię i seroterapię. Werbski odpowiada, iż nie wspomniał o systematycznem głodzeniu dlatego, że nie spotykał dotychczas prac, prawdziwie naukowych, poświęconych temu działowi terapii. Makowski przypomina, że dążenie do ogólnego leczenia chorego ustroju zapomocą sił przyrody, w medycynie naukowej już oddawna dawało się spostrzegać; nie można w żaden sposób uważać tego za zasługę wyłącznie nielicznych jednostek. Już w ostatnich dziesiątkach lat ubiegłego stulecia w dziale leczenia chorób zalecano na każdem prawie miejscu: słońce, czyste powietrze — górskie lub morskie, dobre odżywianie się, ruch na świeżem powietrzu, kąpiele, podróże i t. d. Ale niestety — stosowanie tych sposobów jest trudniejsze, niż zalecanie, gdyż chęci nasze najczęściej rozbijają się o brak środków materyalnych u chorych. Trzebiński dochodzi do wniosku, że kiedy się mówi o rozmaitych sposobach leczenia fizycznego, mimowoli powstaje pytanie, co jest podstawą choroby? Dzisiaj w gruncie rzeczy daje się zauważyć powrót do teoryi humoralnej dawnych lekarzy, t. j. staramy się wytłómaczyć sobie choroby nagromadzaniem się w ustroju ciał nieprawidłowej przemiany. Łążyński wyraża życzenie, aby w zakładzie fizyatrycznym, wzorowo urządzonym, równolegle z leczeniem prowadzono na szeroką skalę badania kliniczne chorych. Werbski sądzi, że takie badania mogą być prowadzone w klinikach lub szpitalach, w zakładach zaś prywatnych pociąga to za sobą tak znaczne koszta, że badania prawie uniemożliwia. Waryński ostrzega, że nie należy zbyt upraszczać spraw, odbywających się w ustroju ludzkim. Co do porównania fizyatryi z innymi sposobami leczenia, to jego zdaniem każdą metodę należy uważać za dobrą, jeżeli ona skutecznie uzdrawia chorego. Trzeba jednak pamiętać, że pierwszym obowiązkiem lekarza, jak i całych społeczeństw, jest stworzenie takich warunków, kiedy samo powstawanie chorób staje się rzadszem. Nie należy medycyny dzielić na odrębne dziedziny, — tak samo bowiem środki farmakologiczne działają na ogólną przemianę materyi, jak i zabiegi fizyatryczne. Te zabiegi nie są obojętne, ścisłe dawkowanie ich jest rzeczą bardzo ważną, gdyż łatwo choremu zaszkodzić można nieumiejętnem stosowaniem bądź światła, bądź wody, lub ciepła. Cichocki wyraża zdanie, że urządzenie badań klinicznych na chorych niezbyt wiele może kosztować, jeżeli wprowadzać je stopniowo i ograniczyć się z początku do prostszych środków badania, jak np. pomiarów ciśnienia krwi przy stosowaniu zabiegów wodoleczniczych. Sekretarz *M. Łążyński.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

V Uroczyste ogólne posiedzenie z dnia 5/18 grudnia 1908 r.

Obecnych osób 97. Przewodniczy prezes prof. Zaleski.

Prezes prof. Zaleski wita obecnych na posiedzeniu posłów do Dumy: p. Babiańskiego, p. Jarońskiego i dr. Rząda, przedstawicieli Sokoła Polskiego, uczącej się młodzieży, lekarzy wileńskich w osobie Dra Staniewicza, którzy przybyli dla uczczenia jubilatów.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

Prezes prof. Zaleski w imieniu Zgromadzenia zaprasza jubilatów: prof. Szawłowskiego, prof. Ziemackiego i dra Zakrzewskiego, aby zajęli przygotowane miejsca honorowe.

I. Prezes prof. Zaleski odczytał rzecz pod tyt.: »Zarys naukowej działalności jubilatów«. Mowca w przemówieniu swem scharakteryzował działalność lekarską i ogólno-społeczną każdego z jubilatów i imieniem »Związku« złożył im gorące życzenia. (Mowa wydrukowana w »Przeglądzie Lekarskim« Nr. 3 i 4 1909). Po przemówieniu prezes udziela głosu obecnym przedstawicielom, którzy przybyli dla powitania jubilatów. W imieniu lekarzy wileńskich przemawiał Dr Staniewicz; w imieniu studentów Polaków wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu przemawiał p. Mikocki, od Polek słuchaczek kobiecego instytutu lekarskiego składała życzenia panna Adamowiczówna, od Sokoła Polskiego składał życzenia Dr Hattowski. W dalszym ciągu odczytano liczne depesze i listy: Od Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego (podpis. dziekan prof. Wachholz), od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego (podp. prezes Borzęcki), od Redakcyi »Przeglądu Lekarskiego« (podp. prof. Ciechanowski), od Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu (podp. prezes Chłapowski i Święcicki), od »Nowin Lekarskich«, »Medycyny i Kroniki Lekarskiej«, »Gazety Lekarskiej« (podp. Prószyński), od Polskiego Koła Adwokatów w Petersburgu (podp. Niedźwiedzki, Hłasko, Lewestam, Orłowski, Krzakowski), od Korporacyi młodzieży polskiej w Dorpacie, od Stowarzyszenia Polskiego w Dorpacie »Polonia« (podp. ks. Gedroyć), od profesorów Wydziału lekarskiego w Krakowie: Bochenek, Cybulski, Godlewski, Kader, Kostanecki i Talko-Hryncewicz; od prof. Popielskiego ze Lwowa, od prof. Wicherkiewicza z Krakowa, od prof. Orłowskiego z Kazania, od posłów do Dumy: Dra Harusewicza, p. Żukowskiego, od anatoma prof. Bohdanika, od prof. Akademii wojskowo-lekarskiej St. Przybyłka, od wdowy po b. prezesie b. Koła lekarzy polskich p. Strawińskiej, od p. Mierzejewskiej, od prof. Ptaszyckiego, od mecenasa Olszamowskiego,

od prof. Baudoin de Courtenay, od Dra S. Dzierżgowskiego, od prof. Pietrowa, od Dra Dłuskiego, od Doc. Noiszewskiego, od Ks. Okołokułaka, od Drów: Rzepki, Nowakowskiego, Zaczeka, Chruszczyńskiego, Birona, Markowskiego, Kiparskiego, Jakobsohna, Bachmetjewa i Goryniewskiego, od inż. Szapirera, od r. t. Onoszkowicza-Jacyny, od Doktorów z Wilna: Rudzki, Żukowski. Dębowski, Michniewicz, Minkiewicz, Węsławski, Hłasko, Rymsza, Bujalski, Maczewski; od Dra J. Szuberla (z Mińska lit.), inż. Półjanowskiego, od prezesa uczącej się młodzieży p. Marynowskiego, i wiele innych. Uchwalono jednomyślnie złożyć wszystkim w imieniu »Związku« podziękowanie.

II. P. Stanisław Wisłouch wypowiedział rzecz p. t.: **Zjawiska samoświecenia się u roślin** (z pokazami świecących się drobnoustrojów). Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za ciekawy odczyt.

III. Inż. Romuald Chmielewski: **O słonych jeziorach nadkaspijskich.** Wobec spóźnionej pory prelegent odczytuje tylko część swego odczytu, a mianowicie: »Przemysł solny na jeziorze Baskuńczackiem«. Na wstępie mowca zastanawia się nad ważnością soli w życiu ludzi, zwierząt i drobnoustrojów, podaje dane % wydobywanej soli w różnych państwach, następnie rozpatruje, w jaki sposób tworzy się sól. W zależności od różnorodnych sposobów tworzenia się jezior słonych znajduje się i różnorodna odsetkowa zawartość chlorku sodu w soli, tak np. sól z Baskuńczackiego jeziora zawiera chlorku sodu 94—97%. Dobywają tam sól w maju, póki znajduje się jeszcze ropa; pracują tu Kirgizi boso, bo żadne obuwie nie wytrzyma; u robotników tworzą się na nogach rany, które obficie zalewają kleiną. Obecność niewielkiej ilości ropy solnej jest niezbędna dlatego, bo nie byłoby gdzie przemywać soli; zima zaś jest nieodpowiednią dla dobywania soli, bo ropa sięga wysokości 3 stóp.

Opisawszy następnie sposób przewożenia soli, i podawszy dane o konsumcyi soli w Rosyi (16 miljonów pudów soli mielonej i 9 miljonów pud. twardej niemielonej, wyłącznie do solenia ryb), omawiał w końcu prelegent życie Kirgizów i Kałmuków, zamieszkałych w okolicach jeziora. Odczyt cały był objaśniony wielką liczbą pokazów widmowych. Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za ciekawy odczyt.

Prezes prof. Zaleski w imieniu Zgromadzenia jeszcze raz składa podziękowanie wszystkim delegatom, jak również osobom nieobecnym, które nie zapomniały o jubilatach.

W części administracyjnej posiedzenia dokonano wyborów nowych członków. Na rzeczywistych członków »Związku« jednomyślnie zostali obrani: Dr Niedźwiedzki, Inż.-chem. Edmund Nekanda-Trepka, Mag. farm. Bronisław Chonowski, Dr Władysław Tołwiński, Lek.-dent. Alina Baranowicz, Lek.-dent. Cecylia Żuk. Na członków korespondentów jednomyślnie obrano: Dra Edwarda Adamowicza, Dra Bolesława Jakimiaka, Dra Józafata Zaleskiego, Inż.-techn. Romualda Chmielewskiego.

Po posiedzeniu odbyła się uczta, w której uczestniczyło 80 osób, a w czasie której przemawiali: prof. Zaleski, posłowie do Dumy: p. Babiański i p. Jaroński, Jubilaci, prof. Merczyng, redaktor »Kraju« p. Kutyłowski, p. Ciechowski, p. Chrzanowski, p. Swirski, prof. Staniewicz, Jen. lejt. Gabriełowicz, Dr Bykowski, Dr Bacewicz i wielu innych.

Sekretarz *Zdzisław Sowiński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich wygłosił dnia 28. kwietnia Dr H. Kucharzewski odczyt p. t.: **W sprawie lecznic warszawskich.** Prelegent rozesłał do lecznic ogólnych, specyalnych, oraz do domów zdrowia, połączonych z ambulatoryami płatnemi, kwestyonaryusz, ułożony wespół z kol. Sierpińskim i Łazarowiczem. Streszczając wyniki tej ankiety, dochodzi prelegent do wniosku, że w Warszawie jest około 10 lecznic ogólnych dla chorych przychodzących oraz kilkadziesiąt lecznic specyalnych wraz z ambulatoryami przy domach zdrowia. We wszystkich tych lecznicach lekarze udzielają rocznie przeszło 200.000 porad, z czego na lecznice ogólne przypada 160.000 porad. Licząc poradę średnio po 40 kop., otrzymujemy obrotu 80.000 rb. i około 60.000 rb. czystego zysku.

Po dyskusyi, która rozwinęła się na ten temat, przyjęto wnioski następujące: 1) Lecznice potrzebne są dla ludności warszawskiej. 2) Lecznice wpływają ujemnie na dochody ogółu lekarzy; pragnąc utrzymać lecznice, trzeba się starać, ażeby stan lekarski tracił jaknajmniej i przeto stopniowo podnosić taksę. 3) W lecznicach powinno być ogłoszone, że są one przeznaczone dla osób niezamożnych. 4) Opłata za poradę w lecznicach powinna być nie mniejsza od 50 kop.; cena ta powinna być przyjęta solidarnie przez wszystkie lecznice.

Dnia 6. maja odbyło się **zebranie ogólne** członków Stowarzyszenia lekarzy polskich. Przewodniczył zebraniu kol. Kozerski. Z przedstawionego sprawozdania zarządu widać, że Stowarzyszenie zajmowało się następującemi sprawami:

1) Kasa chorych lekarzy. Opracowano ustawę kasy z uwzględnieniem otrzymanych odpowiedzi na rozesłany kwestyonaryusz. Pod głosowanie poddano projekty opodatkowania członków kasy, wypracowane przez kol. J. Zawadzkiego, Szumlańskiego i Rosenberga; większością głosów przyjęto projekt kol. Szumlańskiego. Treść tego projektu jest następująca: Kapitał obrotowy tworzy się: a) z 5-rublowych wkładów, wpłacanych przez wszystkich uczestników kasy tytułem wpisowego; b) z opłat rublowych, wnoszonych przez wszystkich uczestników kasy, ilekroć kapitał pierwotnie złożony zmniejszy się o $^1/_3$. Na koszta administracyjne wszyscy członkowie płacą rocznie rb. 1. Licząc przy 400 uczestnikach 1600 dni choroby i 4 ruble średniego odszkodowania, otrzymujemy 6400 rb. rocznie, t. j. po 16 rubli rocznie na każdego z uczestników. Członkami kasy mogą być wyłącznie członkowie S. L. P. w Warszawie. Członkowie ustępujący ze stowarzyszenia przestają być członkami kasy. Wysokość odszkodowania dziennego w razie choroby wynosi rb. 3 dla nieżonatych, rb. 5 dla żonatych lub dzietnych. Członek nie może brać odszkodowania dłużej, niż przez 100 dni. Delegaci kasy odwiedzają chorego co pewien czas.— Do zarządu kasy wybrano kol. Szumlańskiego, J. Zawadzkiego i Zerę, na ich zastępców: M. Flauma, St. Kopczyńskiego i J. Kiełkiewicza, na delegatów: Borzymowskiego, Kaczkowskiego, Knappego, A. Landaua i K. Wisłockiego.

2) W sprawie taksy lekarskiej ma być zwołane nadzwyczajne ogólne zebranie.

3) Biuro adwokackie (wydział należytości). Zebranie ogólne przyjęło projekt, opracowany przez kol. Łazarowicza i Chełchowskiego. Celem wydziału należytości jest ściąganie zaległych honoraryów lekarskich w przypadkach, gdy dłużnik wzbrania się je zapłacić. Do zarządu wydziału wybrano: W. Knappego, K. Lublinera, K. Łazarowicza i J. Świętochowskiego.

4) Zarząd zwrócił się do Magistratu z przedstawieniem o przyznanie lekarzom szpitalnym biletów wolnej jazdy tramwajami miejskimi. Wskutek tego przedstawienia lekarze szpitalni, pracujący bez pensyi, otrzymali po 90 rb. rocznie. Również zwrócono się do Magistratu z projektem utworzenia posad asystentów płatnych przy szpitalach warszawskich.

5) W roku sprawozdawczym utworzono przy Stowarzyszeniu Wydział dla spraw szpitalnictwa, pod przewodnictwem kol. Sadowskiego.

6) Komisya wyborcza przyjęła w poczet członków w roku ubiegłym 37 kolegów (ogólna liczba członków stowarzyszenia wynosi obecnie 397).

7) Sąd koleżeński odbył 32 posiedzenia i osądził 8 spraw. Na miejsce ustępujących członków sądu wybrano: J. Bączkiewicza, Kamockiego, Łapińskiego, Męczkowskiego i Wisłockiego.

8) Koło lekarzy szkolnych odbyło pod przewodnictwem kol. St. Kopczyńskiego 10 posiedzeń miesięcznych i jedno nadzwyczajne w sprawach higieny szkolnej.

9) Wydział dla spraw bytu lekarzy odbył pod przewodnictwem kol. J. Zawadzkiego 7 posiedzeń i zajmował się głównie sprawą ustalenia taksy lekarskiej.

Nadto w Stowarzyszeniu czynne były: biuro pośrednictwa pracy i komisya gospodarczo-towarzyska. Ruch towarzyski ożywił się po przeniesieniu do nowego lokalu (Widok 23). Lokal ten składa się z 8 pokojów, oświetlonych elektrycznością i połączony jest windą z niżej położoną restauracyą.

Bilans Stowarzyszenia zamyka się sumą 6439 rb. 84 kop. przyczem dochody przewyższyły wydatki o 949 rb. 7 kop.

Prezesem Stowarzyszenia był ś. p. kol. Dunin, wiceprezesem kol. Nusbaum, sekretarzem Bronowski, skarbnikiem A. Przyborowski, gospodarzem lokalu Szumlański. Na miejsce ustępu-

jących członków zarządu wybrano S. Bronowskiego (ponownie), Chełchowskiego, Kamockiego, Puławskiego i Rzętkowskiego, na zastępców St. Kijewskiego i Korybut-Daszkiewicza. Zarząd ukonstytuował się w następujący sposób: na prezesa wybrano Dra Nusbauma, na wiceprezesa Dra Chełchowskiego, na sekretarza Dra Łazarowicza, na gospodarza Dra Reutta; skarbnikiem pozostał nadal Dr Przyborowski, bibliotekarzem Dr Leśniowski.
W. Knappe.

Posada dla wdowy po lekarzu. Kolega 60-letni, mieszkający zagranicą, poszukuje dla pomocy w gospodarstwie i towarzystwa osoby starszej (40—50 lat), inteligentnej, muzykalnej, znającej się na gospodarstwie domowem, zdrowej. Posada przeznaczona jest dla wdowy po lekarzu, bezdzietnej, Polki (służba w domu jest polska). Warunki: odpowiednie wynagrodzenie, koszta podróży na miejsce, wszelkie wygody, stanowisko w domu, jak krewnej. Zgłoszenia zaraz do Zarządu Towarzystwa lekarskiego (Kraków, Radziwiłłowska 4). Koledzy, którzyby znali odpowiednie, pomocy potrzebujące kandydatki, raczą zwrócić ich uwagę na tę posadę i donieść o nich Towarzystwu lek. krakowskiemu. *R.*

Zadania lekarza szkolnego omawia Doernberger w »Münchener med. Wochenschrift« Nr 17. Zadania lekarza szkolnego są tak rozległe, że nie można obarczać nimi dodatkowo innych, np. rządowych lekarzy, lecz należy stwarzać osobne »szkolne« posady, bo tylko wtedy lekarz spełniać może dobrze i sumiennie swoje zadanie. Lekarz szkolny dbać musi o higienę nauki, sal szkolnych, o odpowiednie rozrywki i ćwiczenia fizyczne, dalej badać musi dzieci, po raz pierwszy wstępujące do szkoły. Dotąd kierowano się zwykle szablonem, że dziecko w 6. roku życia jest już zdatne do szkoły. A jednak obecnie doświadczenie poucza, że tak jest niezawsze, bo gdy niektóre dzieci już w 4. lub 5. roku życia są już odpowiednio rozwinięte, to znowu inne zaledwie w 7. roku, a nieraz i później dopiero odpowiednio się rozwijają. Prócz tego lekarz szkolny badać musi od czasu do czasu wszystkie dzieci w danej szkole, usuwać niedokrwiste, gruźlicze i t. p., dbać o stan uzębienia, oczu, słuchu i sposób trzymania się dzieci. Zapobiega się przez to wielu chorobom. Lekarz szkolny pouczać powinien o higienie rodziców i nauczycieli i dbać o sferę płciową dzieci. Tutaj stać się on może najodpowiedniejszym doradcą i powiernikiem młodego pokolenia. Oczywiście lekarz szkolny powinien posiadać odpowiednie warunki, a więc być wykształconym w pedyatryi, higienie i pedagogii. Tym zadaniom nie sprosta lekarz, mający właściwie głównie co innego do roboty i jedynie lekarz szkolny, odpowiednio wynagradzany, służyć będzie sprawie należycie i z pożytkiem. *X.*

Celem zwalczania partackiej reklamy proponuje »Il Policlinico« zakazanie polecania środków, które mają rzekomo leczyć przypadki, uznawane przez świat lekarski za nieuleczalne, dalej zakazanie takich ogłoszeń, które znany środek w ten lub inny sposób starają się wmówić w lekarzy lub chorych ze szkodą innych równie dobrych przetworów, które rozszerzają środki niemoralne, publicznie zachwalając ich skuteczność i wreszcie, które listownie obiecują wyleczenie. *X.*

Zwalczanie alkoholizmu i nikotynizmu w Anglii. W Londynie z dniem 1 kwietnia b. r. weszło w życie prawo »Childrens Charter«, mające na celu zapobieganie zatruwaniu nikotyną i alkoholem młodych osobników poniżej lat 16. Odtąd każdy policyant ma prawo na ulicy odbierać dzieciom papierosy, a nawet u chłopców przeprowadzać pod tym względem rewizyę osobistą. Nie wolno też zabierać dzieci poniżej 14 lat do wyszynków, a wogóle nie wolno podawać dzieciom poniżej lat 5 napojów wyskokowych, chyba w celach leczniczych na zlecenie lekarza. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 2. V. do 8. V. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 6, Bilków 4, Babrze 2), Brzeżany (Budyłów 1), Buczacz (Płoszcza 1, Trościańce 4, Krasiejów 1), Czortków (Bazar 7), Horodenka (Hawrylak 16, Czortowiec 7, Żywaczów 3, Obertyn 2), Jarosław (Cieplice 8), Jaworów (Sarny 1, Lubienie 1), Kałusz (Słoboda nieb. 2), Kołomyja (Słobódka polna 7, Gwoździec st. 1), Kosów (Chomczyn 2), Lisko (Łupków 1, Smolnik ad Baligród 5), Nadwórna (Pniów 2), Podhajce (Siółko 1), Rawa (Huta lubycka 3), Sambor (Sambor 1), Sanok (Osławice 4, Komańcza 1), Skałat (Hlebów 1, Poznanka hetm. 1), Śniatyn (Trościaniec 10, Śniatyn 1), Sokal (Hochołów 5), Stryj (Komarów 1), Tarnopol (Konopkówka 2), Tłumacz (Hołosków 4), Zborów (Jarczowce 4, Jezierna 1), Żółkiew (Batiatycze 1).
Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. IV. do 8. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 2, płonicy 15 † 1 (1 † —), odry 3 (2), jaglicy 55 (37).
Dr Sch.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 2. V. do 8. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych —), płonicy 12 † 2 (3 † 1), odry 3, duru brzusznego 1 † 1.
Dr Legeżyński.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 18. IV. do 24. IV. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 4 † 1, odry 2, płonicy 3, róży 8 † 1, duru osutkowego 45, duru brzusznego 18 † 3, duru powrotnego 1, czerwonki 1, grypy 2.
(*Gaz. lek.* 19).

I. Zjazd internistów polskich w Krakowie.

(19 lipca 1909).

W dalszym ciągu zgłoszono następujące odczyty:

Serya II.

Z II-go oddziału wewnętrznego Szpitala powszechnego we Lwowie (Prof. Dr Wiczkowski).

14. Dr M. Selzer i Dr G. Wileńko: O związku jaki zachodzi między obecnością adrenaliny we krwi, a skłonnością do glikozuryi.
15. Dr M. Selzer i Dr G. Wileńko: O odczynie Cammidgea.
16. Dr M. Selzer: O pepsynie w moczu.
17. Dr Stauber: O leczeniu chorych na gruźlicę tuberkuliną.
18. Prof. Dr Wiczkowski: O polyserositis (dalszy ciąg doświadczeń).

Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

19. Dr Balabayder: Schorzenia przewlekłe tętnicy głównej, a leczenie rtęciowe.
20. Dr Czernecki: Obecność kwasów proteinowych w płynach zapalnych i przesiękowych (część chemiczna, wykonana w pracowni chemii lekarskiej U. lw.).
21. Dr Czernecki: Przyczynek do sprawy dziedziczności wrzodu żołądka.
22. Doc. Dr Franke: O znaczeniu czynności naczyń obwodowych przy wyrównaniu zaburzeń krążenia (compensatio peripherica).
23. Doc. Dr Franke i Dr Sabatowski: O oznaczaniu ilościowem zaczynu proteolitycznego (trypsyny) w kale człowieka i o wartości tego badania dla rozpoznania zaburzeń czynności wydzielniczej trzustki. (Część chemiczna wykonana w zakładzie higieny U. lw.).
24. Prof. Dr A. Gluziński: Kilka uwag o klinicznym obrazie, zależnym od zaburzeń w czynności gruczołów bez przewodów w czasie przejściowym u kobiet.
25. Prof. Dr A. Gluziński i Dr Grek: Wpływ miesiączkowania na przebieg ciepłoty w rozmaitych stanach chorobowych.
26. Dr Grek i Dr Reichenstein: Wpływ wyciągu paproci samczej (extr. filicis maris) na zachowanie się ciałek białych u człowieka.
27. Doc. Dr Marischler: O urochromie ze stanowiska klinicznego.
28. Doc. Dr Marischler, Dr Reichenstein i Dr Schneider: Wpływ dyety równowartościowej pod względem kaloryi i azotu na przemianę materyi u człowieka.
29. Dr Reichenstein: Glikozurya a ciąża.
30. Doc. Dr Szumowski: Przypadki gruźlicy płuc leczone metodą Krokiewicza.

31. Dr Ludwik Jekels z Bystrej: Teorye Freuda o neurozach tudzież o psychoanalizie.
32. Dr Adolf Kozerski z Warszawy: Miejscowe działanie radu.

33. Dr Wilhelm Weissglas z Krakowa: Gościec stawowy i zapalenie górnych dróg oddechowych.

Przypominamy Szanownym Kolegom, że termin do zgłaszania odczytów upływa z dniem 1 czerwca 1909. Zgłoszenia odczytów należy przesyłać do biura Zjazdu, Klinika lekarska Kopernika 15.

Sekretarz komitetu: *Dr B. Korolewicz.* Przewodniczący komitetu: *Prof. Dr W. Jaworski.*

Wiadomości bieżące.

W krajowej służbie zdrowia ma być obsadzone jedno z najważniejszych stanowisk; od trafnego wyboru zależy nietylko prawidłowa działalność i rozwój naszego szpitalnictwa, ale także postęp w wielu innych sprawach, dotyczących zdrowia publicznego, a kierowanych przez Wydział krajowy. Zakres tych spraw ustawicznie wzrasta i obecnie, przekraczając siły jednostki, wymaga, by w biurze sanitarnem Wydziału krajowego pracowało kilku fachowych znawców przedmiotu, lekarzy. Zawsze jednak z natury rzeczy wszystkie nici skupiać się muszą w rękach szefa departamentu sanitarnego i w rękach jego najważniejszego współpracownika, noszącego na teraz tytuł inspektora szpitali. Ostatnich kilka lat dowiodło, jak doniosłe ma znaczenie, kto urząd ten piastuje. Stanowisko to wymaga dzisiaj, obok wielkiego praktycznego doświadczenia, obok gruntownej znajomości warunków, w jakich działają nasze szpitale, zarówno stołeczne, jak prowincyonalne, jeszcze także znawstwa spraw sanitarnych wogóle, a zwłaszcza tych spraw, na które mają wpływ autonomiczne władze krajowe, szerszego poglądu na higieniczno-społeczne zadania kraju i umiejętności stworzenia jasnego programu pracy na tem polu na dłuższą metę. Szczególniej dzisiaj, gdy zarówno w szpitalnictwie, jak i w całym zakresie agend sanitarnych krajowych rozpoczął się zwrot pomyślny, mógłby kraj odnieść niepowetowane szkody, gdyby wykonanie niełatwych nowych, przed krajem wyrastających zadań, zostało spaczone; wykonanie ich powinno więc dostać się w ręce energiczne i twórcze, powinno oprzeć się o wybitną wiedzę, umysł i charakter. Wydział krajowy już przy ostatniem obsadzeniu tego stanowiska miał rzeczywiście, jeśli tak powiedzieć można, szczęśliwą rękę, to też można mieć nadzieję, że i tym razem zdoła zapewnić temu działowi swych zadań pomyślną przyszłość. Wobec szeregu pilnych spraw, czekających załatwienia, pragnąć tylko należy, by opróżnione stanowisko inspektora szpitali jaknajrychlej było obsadzone.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 12. V. b. r. posiedzenie, na którem Dr Rydel przedstawiał przypadek wodogłowia wewnętrznego, Prof. Lewkowicz szczepienie sposobem Spenglera, a Dr Eisenberg miał wykład: »O etyologii i rozpoznaniu przyczynowem gruźlicy«. Dyskusyę odłożono.

— Towarzystwo »Nadzieja«, utrzymujące w Szczawnicy sanatoryum dla ubogiej uczącej się młodzieży żydowskiej, ogłosiło sprawozdanie za r. 1908. Zarząd uskarża się na mniej sprężystą działalność grup prowincyonalnych, niż w latach zeszłych; mimoto zdołał Zarząd z pomocą 13 grup zgromadzić 3120 K. z wkładek, 1406 K. z zabaw i festynów, 1228 K. z subwencyi i darów. Dochody i rozchody wynosiły ogółem po 6765 K., fundusz budowy domu 1538 K. W sanatoryum leczono 25 chorych przez 1192 dni (średnio każdy po 47·7 dni); szczegóły o sanatoryum podaje starannie zestawione sprawozdanie lekarskie Dra R. Hammerschlaga, którego zasługi Zarząd gorąco podnosi. Na czele Towarzystwa stał Dr Jan Landau, sekretarzem był Dr A. Schudmak.

— Budowa kolei z Muszyny do Krynicy rozpocznie się w roku bieżącym.

— W większem mieście południowo-słowiańskiem w Austryi jest do objęcia zaraz kilka posad sekundaryuszy w szpitalu publicznym. Do każdej posady, prócz mieszkania i całego utrzymania, przywiązana jest płaca roczna 1200 złr. (2400 koron). Posady te otrzymać mogą lekarze Polacy, (posiadający dyplom jednego z uniwersytetów austryackich), nieżonaci, wyznania rz.-kat. — Zgłaszać się należy do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Dawid Jurkowicz, rodem z Krakowa.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-gal. odbył posiedzenie w d. 27. IV. 1909. Przesłuchano jednego z 2 lekarzy Kasy chorych w Drohobyczu, którzy objęli napowrót swe posady, skoro tylko Namiestnictwo zniosło orzeczenie Izby w sprawie tej kasy, chociaż wobec wniesionego przez Izbę rekursu, orzeczenie to na razie jest prawomocne. Rozstrzygnięcie tej sprawy odłożono aż do czasu załatwienia rekursu Izby. Następnie przyjęto sprawozdanie z kroków, podjętych przez prezydyum Izby w sprawie Kasy chorych w Tarnopolu, oraz sprawozdanie prezydenta z posiedzenia Wydziału wykonawczego Izb we Wiedniu. Wydział wykonawczy obradował nad sprawozdaniem z rzymskiego zjazdu w sprawie ubezpieczeń i nad utworzeniem własnego Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków. Uchwalono zażądać od Wydziału wykonawczego szczegółowego projektu tego Towarzystwa. Uchwalono przesłać Prezydyum sądu wyższego zażalenie dr Ł. w M. z powodu niepowoływania go jako znawcy sądowego. Zatwierdzono taryfę sezonową lekarzy w Lubieniu. W sprawie sporu dr W. z kasą chorych w Ickanach i sporu dr R. i L. w T. uchwalono przedsięwziąć dochodzenia.

— Krajowa Rada zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 8. V. b. r. opinię w sprawie rekursu przeciw wyrokowi Rady honorowej, w sprawie łazienek siarczanych w Niemirowie, w sprawie jednej posady dyrektora szpitala i w sprawie grobowca rodzinnego w Firlejowie, wreszcie rozpatrywała sprawy zdrojowisk.

— 8. V. b. r. odbyła się konferencya przedstawicieli rządu, kraju i miasta w sprawie budowy szpitala zakaźnego we Lwowie. Miasto zmierza do tego, aby powstał szpital zakaźny o kilku pawilonach, obejmujący 250 łożek. Konferencya uznała za najlepszy pod budowę grunt w sąsiedztwie zakładu fizyologicznego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Rudolf Stenzel, rodem ze Lwowa.

Warszawa. Dr chem. Lesser i mecenas Osuchowski złożyli 52.000 rubli; odsetki od 50.000 rb. mają być używane na cele pracowni naukowej przy Towarzystwie lekarskiem; 2.000 ma być użyte jednorazowo na ten sam cel. Cała suma przeznaczona jest na instytut doświadczalny, który przy sprzyjających okolicznościach, zdaniem ofiarodawców powinien być otwarty w Warszawie. Do tego czasu Tow. lekarskie zarządza funduszem i odsetki przeznacza na swoją pracownię.

Łódź. Sprawami »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego« zajmuje się w Łodzi sekretarka podkomitetu redakcyjnego, dr A. Zieleniewska-Trenknerowa. Ponieważ chodzi obecnie o uregulowanie nakładu »Przeglądu i Czasopisma«, przeto koledzy, życzący sobie otrzymywać pismo, zechcą składać przedpłatę na ręce kol. dr. Zieleniewskiej-Trenknerowej.

Z różnych stron. Na porządku dziennym VIII. ogólnego Zgromadzenia Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 24. IV., (7. V.) b. r. znajdowały się następujące wykłady: P. Barylski: Wata hygroskopijna z lnu, jako najnowszy wytwór przemysłu włóknistego; Dr Eliasson: a) Nowa metoda badań zapomocą odruchów warunkowych i zastosowanie jej do badania narządów zmysłowych (słuchu). b) Przyczynek do kwestyi czynności ośrodka słuchowego kory.

— Prof. dr Zaleski w Petersburgu został odznaczony orderem Włodzimierza III. klasy.

— Komisya sanitarna parlamentu austr. wybrała z Polaków: Dr Dietziusa jednym z wiceprezydentów, a Dr Golda jednym z sekretarzy.

— Kierownictwo departamentu sanitarnego austr. ministerstwa spraw wewnętrznych objął w miejsce ustępującego bar. Heina, szef sekcyi Swoboda r. Fernow. *X.*

— Archeolog Hauser wykopał w wiosce Le Monstier w dolinie Wezery, kościec ludzki, najstarszy, jaki dotąd znamy, bo wiek jego oceniają uczeni na 1,500,000 lat. Kościec ten ze szczątków zrekonstruowano i wiele ciekawych szczegółów wykryto. Tak n. p. widać z kośćca, że ówcześni ludzie chodzili na krótkich kończynach dolnych, zgiętych nieco w kolanie i byli wzrostu średniego, o dużej głowie, z czołem w tył pochylonem i wybitnemi szczękami. Oczodoły bardzo oddalone od siebie, nos płaski, szeroki. Usta szerokie o wązkich wargach (odbicie warg zachowało się wcale dobrze), zęby śnieżnej białości, bardzo silne. Przednie trzonowe mają dwa korzenie, tylne bardzo silnie rozwinięte. Prócz tego w otoczeniu kośćca znaleziono różne przedmioty, świadczące o ówczesnej kulturze, jak amulety, narzędzia i t. p. *(M. m. W.* Nr. 16). *A.*

— Genewscy pastorowie Metzger i Müller postanowili stwierdzić naukowo, czy możebnem jest przenoszenie się chorób przez kielich, używany do komunii w kościele; z ich polecenia przeprowadzili odpowiednie badania Röpke i Huss i wykazali, że na brzegu kielicha osadzają się w razie, jeżeli pił z niego suchotnik, często prątki, a zwykłe wytarcie brzegu nie usuwa ich wcale. Podobnie wykazać też można na naczyniach, używanych przedtem przez osoby kiłowe, krętki. (*Med. Kl.* Nr. 18). *X.*

Mianowani. Dr Tadeusz Józefczyk prymaryuszem szpitala obrony krajowej w Krakowie.

Patolog doc. Mönckeberg profesorem nadzw. w Giessen, higienista doc. Reichenbach profesorem nadzw. we Wrocławiu, internista prof. Stern dyrektorem kliniki w Gryfii, otyatra prof. Heine dyrektorem kliniki w Monachium.

Zmarli. Dr Henryk Goldblum w 59 r. ż. w Warszawie, Dr Józef Saks, ordynator szpitala izr. z Łodzi w 38 r. ż. w Berlinie; internista prof. Galvagni w Modenie.

Redakcya otrzymała. Mięsowicz: 1) O krzywicy późnej. 2) O doświadczalnym przeroście serca. »Przegląd lek.« i »Wiener klin. Wochs.« 1908. — Mięsowicz i Maciąg: Spostrzeżenia nad zachowaniem się substancyi mydryatycznych w surowicy krwi ludzkiej. »Gazeta lek.« i »Folia serologica« 1908/9. — Prof. Dr L. Korczyński: 1) Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego. 2) Histerya z wybitnemi zboczeniami psychicznemi. 3) Spostrzeżenia o wartości rozpoznawczej tuberkuliny, szczepionej na skórze i wkraplanej do worka spojówkowego. 4) Odma piersiowa po krwawym zawale płuc. 5) Ostre rozszerzenie i niesprawność serca po jednorazowym wysiłku fizycznym. 6) O dodatkowych skurczach serca i ich znaczeniu klinicznem. 7) O sprawności serca i jej ocenianiu. 8) Psychiczne rysy histerycznej nerwowości. — Thirty-eighth Annual Report of the Buffalo State Hospital. Albany 1909. — Ciechanowski i Gliński: Zur Frage der kongenitalen Dünndarmatresie, odb. »Virchows Archiv« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 19. maja 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dyskusya nad wykładem Dra Eisenberga »O etyologii i rozpoznaniu przyczynowem gruźlicy«. 2) Prof. Ciechanowski: Główne wrota gruźlicy w ustroju ludzkim ze stanowiska anatomicznego. 3) Doc. Gliński: Usposobienie a dziedziczność w gruźlicy.

Słowiańskie miejce kąpielowe na Morawach

LUHACZOWICE

(LUHAČOVICE)

ma bardzo wygodne połączenie kolejowe z Warszawą, Krakowem i Lwowem przez Przerów — Węg. Gradisko — Ujezd — Luhaczowice.

Stacya kolei na miejscu. Kuracyuszów było w roku 1908 **5053**, z tego dużo Polaków.

Środki lecznicze: 4 źródła alkaliczno-muriatyczne, kąpiele naturalne z kwasem węglowym (jak w Nauheim), inhalatorium (jak w Reichenhall), kąpiele słoneczne, leczenie wodą, kąpiele w rzece.

14 lekarzy z tych niektórzy mówią po polsku.

Wskazania: chroniczne choroby dróg oddechowych, serca, żołądka, kiszek, wysięki, kamienie żółciowe, cukrzyca, niedokrewność, blednica, neurastenia. 308

Zabawy: orkiestra pierwszorzędna ze 20 sił, codziennie od 6—8 i od 4—6. biblioteka, czytelnia (polskie gazety i książki), teatr.

Prospekty polskie, czeskie ruskie i niemieckie. — Zapytania w kwestyi mieszkań etc. odwr tną pocztą przez Dyrekcyę.

Czeskie towarzystwo akcyjne.

Kapitał akcyjny 2,000,000 Koron.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Lysoform. Doc. Dr S. Zlatogorow w Petersburgu (inst. lek. dla kobiet) potwierdza badania innych autorów co do wartości przeciwgnilnej lysoformu. Już 3% rozczyny wywiązują energiczne działanie bakteryobójcze, niszcząc zarodki wąglika w ciągu 8 godzin. Rozczyny gorące podnoszą wybitnie działanie odkażające lysoformu. Najmniej odporne okazały się zarazki cholery, prątki odmieńce, dwoinki Fränkla, zarazki czerwonki i duru; giną one w 3% rozczynie lysoformu już po 3 minutach. Prątek wąglika i gronkowce okazały się odporniejsze, gdyż giną po godzinnem działaniu lysoformu. Rozczyn 3% o ciepłocie 37° zabija niekiedy natychmiast niektóre bakterye.

Podobnie działa **lysoform surowy**, przeznaczony do odkażania na wielką skalę. Cenioną jest również jego własność odwaniająca, gdy chodzi o plwocinę, mocz i kał.

Silne działanie bakteryobójcze lysoformu obok odwaniającego, szczególnie w rozczynie gorącym, zaleca użycie tego nietrującego środka przeciwgruźliczego. *H. W.*

Apt. Bernatzika maść formaldehydowa jest pewnym środkiem przeciw nadmiernemu poceniu się zarówno rąk, jakoteż nóg. Wypróbowana klinicznie i polecana przez lekarzy. Zapobiega zarazem przeziębieniu. Zasługuje na wszechstronne polecenie. Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Dr Vittorio **Serravallo**, aptekarz w Triest-Barcola odznaczony został przez Jego Cesarską Mość krzyżem rycerskim orderu Franciszka Józefa.

W KISSINGEN (willa Elsa)

ordynuje podczas sezonu 46

Dr med. Jerzy Modrakowski

docent Uniwersytetu Lwowskiego.

Woda Krościeńska

ze zdroju Stefana

znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Hetralin Przez odszczepienie formaldehydu w drogach moczowych działający środek odkażający mocz i pęcherz o **niedosięgniętem działaniu zakwaszającem** na mocz.

Collargol zupełnie niedrażniący środek przeciwgnilny dla wszystkich **zakaźnych schorzeń oka, pęcherza i cewki, gardła i krtani, nosa** z jamami bocznemi. **Równowartościowy nie niebezpieczny środek zastępujący lapis.**

Acoinowa oliwa, (sol. oleos. acoin. bas.), sprawia **trwały brak bolesności** przy bolesnych **cierpieniach oczu.** Usuwa **światłowstręt i kurczowe zamykanie powiek** u małych dzieci. Bez objawów ubocznych.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 d

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 D. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Marienbad Czechy

Najwięcej uczęszczane kąpiele borowinowe w świecie

Wyłącznie naturalne kąpiele z kwasem węglowym w różnych stopniowaniach.

628 metrów n. p. m., klimat podalpejski, wspaniałe drogi do promenady przez starodrzew górski w rozciągłości 100 kilometrów.

10 źródeł mineralnych. — 3 duże domy kąpielowe.

Własne pokłady borowiny

w dwuwęglan żelaza najobfitsza borowina w świecie! (przeszło 100.000 kąpieli borowinowych w sezonie).

Otyłość, dna, niedokrwność, przewlekłe schorzenia kiszki ślepej, zaparcie, stwardnienie tętnic, choroby kobiece, sercowe, nerkowe, nerwowe etc. etc.

31.500 kuracyuszów. 100.000 turystów.

Prospekty bezpłatnie przez urząd burmistrzowski.

W maju, czerwcu, wrześniu znacznie zniżone ceny pokoi. Mieszkania letnie z kuchnią znajdują się.

Sezon: maj — września. 20

Alkohol **Dra Emmerich'a Sanatoryum B. Baden** Morfina

zał. 1890 dla chorych nerwowych, morf. i alkoholików. Łagodn. sposób odzwycz. od morf. Bez przymusu, bez strzykawki. Odzwycz. od alhol. wedł wypr. postęp. Prosp. bezpł. Właść. i kier. lekarz **Dr A. Meyer.** 350

FIGOL JAHR

najprzyjemniejszy i najskuteczniejszy przetwór przeczyszczający.

Figol Jahr jest to syrup sporządzony z miąszu fig smyrneńskich z odpowiednim dodatkiem płynnego wyciągu strączków senesowych.

Figol Jahr działa jako środek lekko przeczyszczający skutecznie i bezboleśnie.

Figol Jahr reguluje stolec, oddaje znakomite usługi przy zaparciu nawykowem stolca.

Figol Jahr bywa chętnie przez dzieci i dorosłych zażywany.

Figol Jahr daje się w razie potrzeby przed spaniem, dorosłym 1/2 do 1 1/2 łyżki stołowej, dzieciom 1/2 do 1 1/2 łyżeczki kawowej.

Figol Jahr kosztuje: duża flaszka Kor. 2·70, mała flaszka Kor. 1·80.

Rp. Figol lagen. origin. 215 a

Wyrób i główny skład

w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska 1. 1

Składy prawie we wszystkich aptekach.

Pomiędzy wszystkimi niezliczonymi, w handlu znajdującymi się środkami przeczyszczającymi żaden chyba nie został tak łatwo i szybko wprowadzony, jak



KALIFORNIJSKI

SYRUP FIGOWY „CALIFIG"

(nazwa prawnie strzeżona)

który przez swą nieszkodliwość, pewne i łagodne działanie może być panom lekarzom jako ulubiony także w praktyce kobiecej i dziecięcej

przyjemny środek przeczyszczający

polecany. Sposób użycia przy każdej flaszce. 235 a

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kor. 3. — za 1/1 fl., Kor. 2. - za 1/2 fl.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Próbki dla lekarzy bezpłatnie i opłatnie.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. ELBERFELD.

Veronal

wypróbowany środek nasenny

Odznacza się nasileniem i pewnością działania, w dawkach leczniczych wolny od wszelkich szkodliwych działań ubocznych.

W postaci łatwo rozpuszczalnego

Veronal-Natrium

nadaje się także do wlewań.

Do użytku wewnętrznego: 7 w

Veronal i Veronal-Natrium

w kołaczykach à 0,5 g. No. X. Opak. oryg.

Zastępca na Austro-Węgry:

FRIED. BAYER et Co. Wien, I. Biberstrasse 15.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.
Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy

Kosów (pod Kołomyją).
Dr **Tarnawski Apolinary**, właściciel i kierownik lecznicy otwartej od 1 maja do końca października.

Krynica.
Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem".
Dr **Ebers Henryk**, zakład wodoleczniczy.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, „Świteź".
Dr **Lewicki Stanisław**, willa pod Trąbką.

Rabka.
Dr **Lang**, willa „pod Luboniem".
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr **Regiec Jan**, willa pod Kościuszką.

Szczawnica.
Dr **Kołaczkowski J.**, kierownik zakł. hidrop. i pensyonatu.

Truskawiec.
Dr **Pelczar Zenon**,
Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

Żegiestów.
Dr **Piotrowski Tymoteusz**, Radca cesarski.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.
Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden pod Wiedniem.
Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy Renngasse 3.

Bad Hall (w górnej Austryi).
Dr **Feuerstein Leon**, „Villa Söllradl".

Cieplice Trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Steinsberg**, we własnej willi, zakład i pensyonat lecz.

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski Stan.**, Radca ces. Villa „Höflinger" VII.

Kissingen (w Bawaryi).
Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 13.

Karlsbad.
Prof. Dr **Biernacki E.**, Alte Wiese. Dom „Nizza".
Dr **Kaufmann Oskar**, „Pascha" Sprudelstr.

Marienbad.
Dr **Eichhorn Ferdynand**, Dom „Mozart".
Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października.

ZDRÓJ KUDOWA (CUDOWA)

Pow. Wrocław St. Kudowa lub Nachod
400 m. nad powierzchnią morza.

Sezon: od 1 maja do października.

Źródło arsenowo-żelaziste: przeciw chorobom serca, nerwów i kobiecym. **Źródło litowe zawierające rad.** przeciw dnie, chorobom nerek i pęcherza. **Naturalne kąpiele z kwasem węglowym i borowinowe. »Hellmutquelle«, nowo wywiercone, nadzwyczaj obfite w kwas węglowy i wydatne źródło. Dom zakładowy z komfortem. Sale teatralne i koncertowe. Zakład dla hydro-, elektroterapii i leczenia światłem. Leczniczo-mechan. instytut. Wodociąg górski i kanalizacya**

Lekarze kąpielowi: Tajny Radca sanit. Dr Jakob, Dr Hermann, Dr Karfunkel, Dr Witte, Prof. Dr Ruge, Radca sanit. Dr Kuhn, Dr Silberman, Dr Münzer, Dr Brodzki, Dr Hirsch, Dr Loebinger, Dr Kabierschko, Dr Bloch, Dr Schnabel, dentysta Dr Wolfes.

Rozsyłka wód przez jeneralnego zastępce Dra **S. Landsbergera**, Berlin S. W. Gitschinerstrasse 170, Tel Amt. IV. 1046, i Dyrekcyę kąpielową Cudowa.

Prospekty bezpłatnie przez wszystkie biura podróżne, RUDOLF'A MOSSE i Dyrekcyę kąpielową. 44

Rok XLVIII. Kraków, dnia 22. maja 1909. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Dalsze przyczynki do leczenia błonicy surowicą swoistą [1]).

Podał

Dr W. Puławski (z Radziejowa gub. Warszawska).

Stosując w ciągu dalszym przy błonicy surowicę swoistą, otrzymałem za czas dwóch lat ubiegłych, 1907 i 1908, wyniki następujące:

Przez rok 1907 wszystkich przypadków było 37, wśród nich 2 śmiertelne (5,4%); przypadków z powikłaniem krtaniowem było 16, czyli 43% ogólnej liczby; dały one zatem 12,5% śmiertelności.

Przez rok 1908 ogólna ilość przypadków wynosiła 30, w tem jeden śmiertelny (3%); przypadków krtaniowych było 16, czyli 53% ogólnej liczby; dały one zatem 6,3% śmiertelności.

Zestawiając dane powyższe w tablicę i porównywając z danemi, poprzednio ogłoszonemi, otrzymamy:

Tablica I.

Rok	Liczba ogólna przypadków	Ilość przypadków śmiertelnych	Dto w %	Ilość przypadków krtaniowych	Dto w %	Śmiertelność ich w %	Uwagi
1907	37	2	5,4	16	43	12,5	Leczenie surowicą
1908	30	1	3	16	53	6,3	
1907—1908	67	3	4,5	32	48	9,4	
1895—1906	601	41	6,8	328	55	12,5	
1895—1908	668	44	6,6	360	54	12,2	

Wszystkie spostrzegane przypadki grupowały się, jak następuje:

I. Co do płci: chłopców 39; dziewcząt 28.

II. Co do wieku:

0—1 = 3	6—7 = 6	12—13 = 2
1—2 = 4	7—8 = 2	13—14 = 2
2—3 = 12	9—10 = 2	
3—4 = 15	10—11 = 1	
4—5 = 7	11—12 = 3	
5—6 = 8		

[1]) Patrz Czasop. Lek. T. XI R. 1907. Nr. 9—10. Str. 305—311.

III. Co do dnia choroby, w którym surowica została wstrzyknięta:

A) Ogólna liczba przypadków	B) Przypadki krtaniowe
1—20	1—11
2—17	2— 7
3—17	3— 9
4— 6	4— 3
5— 5	5— 1
6— 2	6— 1

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A) Wszystkie przypadki wogóle	B) Przypadki krtaniowe
1000 jed. ochron. — 7	0
2000 » » — 50	22
3000 » » — 2	2
4000 » » — 8	8

V. Co do wielokrotności dawek:

1) jednorazowo 57
1) dwukrotnie 10

VI. Co do przypadków śmiertelnych:

Tablica II.

Nr.	Płeć	Lata	Ilość zastrzyk. surowicy w. J. och.	Ilość dawek	Dzień zastrzyk.	Dzień śmierci	Uwagi
1	M.	$1^1/_2$	2000	1	5	7	Przedtem wysypka (morbilli?); objawy laryngospasmus — oedema glotidis (?); na konsylium próba intubacyi — nieudatna. — Podskórnie ol. camphorat. i coffein. natrobenzoic. Odczyn słaby.
2	Ż.	9	2000	1	3	6	Objawy krtaniowe po ośmiu dniach anginy; gruczoły podszczękowe bardzo duże i twarde; śpiączka, słabość ogólna; drgawki w mięśniach twarzy. Podskórnie ol. camphorat. Odczyn słaby.
3	Ż.	$4^1/_2$	4000	2	4 i 5	8	Objawy krtaniowe na 12 dzień choroby przedtem wysypka (scarlatina?), po której angina, następnie laryngitis. Ogólna słabość b. wielka. Białkomocz (1% — Essbach). — Exitus przy upadku sił.

VII. Co do wysypek posurowiczych. Spostrzegłem je w 35 przypadkach, co po odtrąceniu trzech śmiertelnych stanowiło 55% ogólnej liczby; przytem po wstrzyknięciu 1000 jednostek wysypki nie było ani razu, a tylko po wstrzyknięciu powyżej 1000 jedn. ochron., czyli na 57 przypadków (po wyłączeniu śmiertelnych) dały one 61% powikłań wysypkowych.

Od roku 1903 włącznie mam zapisane ściślejsze dane

co do wysypek posurowiczych, które mogę przedstawić w następującem zestawieniu (patrz tablica III). Z ostatecznego wyniku widać, że wysypka posurowicza występowała w postaci pokrzywki w 60% przypadków, w postaci rumienia (rash) w 22%, a w postaci mieszanej w 18% przypadków. Zwykle każda postać zjawiała się w kształcie plam, mniej lub więcej rozlanych, niekiedy swędzących, najczęściej wędrujących po powierzchni skóry i często kilkakrotnie znikających i zjawiających się w jednej i tej samej okolicy skóry. Innych powikłań natury poważniejszej, któreby jako posurowicze uważać można, nie zdarzyło mi się spotykać wcale; w miejscu wstrzyknięcia również nie miałem ani razu żadnych powikłań, prócz bolesności, przechodzącej dość prędko; u otyłych dzieci, z grubym pokładem tkanki tłuszczowej podskórnej, niekiedy na miejscu wstrzyknięcia zjawiają się siniaki różnej wielkości, zwykle niebolesne i znikające same przez się w przeciągu kilku dni, analogicznie do tego jak u osób dorosłych otyłych po wstrzykiwaniach podskórnych n. p. morfiny lub ergotyny.

Tablica III.

	L a t a	1903—1906	1907—1908	1903—1908
Ogólna liczba przypadków (z wyłączeniem śmiertelnych)	Ogólna liczba przypadków	125	64	189
	Liczba przypadków, powikłanych wysypką	59	35	94
	Dto w %	47	55	50
Ilość przypadków ze zastosowaniem surowicy w 1000 jedn. ochron.	Ogólna liczba przypadków	64	7	71
	Liczba przypadków, powikłanych wysypką	2	0	2
	Dto w %	3	0	3
Ilość przypadków ze zastosowaniem surowicy powyżej 1000 jednost. ochron.	Ogólna liczba przypadków	61	57	118
	Liczba przypadków, powikłanych wysypką	57	35	92
	Dto w %	97	61	78
Dzień występowania wysypki po wstrzyknięciu	Najwcześniej	2	3	2
	Najczęściej	8	8	8
	Najpóźniej	16	15	16
Trwanie wysypki w dniach	Najkrócej	1	1	1
	Najdłużej	5	4	5
	Najczęściej	2	2	2
	Najrzadziej	5	4	5
Rodzaj wysypki	Pokrzywka tylko	40	16	56
	Dto w %	68	46	60
	Rumień (rash) tylko	10	11	21
	Dto w %	17	32	22
	Mieszana	9	8	17
	Dto w %	15	22	18

W tem miejscu winienem nadmienić, że za przeciąg czasu czteroletni mam zapisanych kilkadziesiąt przypadków takich, w których surowica była już po kilka razy stosowana w różnych odstępach czasu u jednego i tegoż samego osobnika. Najwięcej pouczające dla mnie w tym względzie są cztery rodziny; dwie z nich mieszkają w mieście, z sześciorgiem i czworgiem dzieci w wieku od lat 4 do 17, dwie zaś w sąsiednich wsiach, z ośmiorgiem i sześciorgiem dzieci w wieku od lat 5 do 16. Wśród tych czterech rodzin są dzieci, którym już trzykrotnie wstrzykiwano surowicę przeciwbłoniczą, większości zaś z nich surowicę przeciwbłoniczą wstrzykiwano dwukrotnie w odstępach czasu od roku do lat pięciu. W przypadkach tych w działaniu surowicy nie znajduję wydatnej różnicy; niekiedy wydało mi się ono jakby przyspieszone pod tym względem, że wcześniej występował odczyn dodatni, nieraz już po kilku godzinach, a zatem i wyzdrowienie następowało szybciej. Nie udało mi się zauważyć ani razu, aby w takich przypadkach surowica wywoływała różne ujemne objawy, w rodzaju n. p. łzawienia oczu, obrzęków na twarzy lub w okolicy stawów, spotęgowanych bólów mięśniowych lub stawowych lub t. p. Objawy takie spostrzegałem bardzo często, poniekąd jako prawidło, w okresie przedwysypkowym przy najrozmaitszych wysypkach, jak: ospa wietrzna i naturalna, odra, płonica, kur (czyli różyczka — *rubeolae*); nawet przed pokrzywką idiosynkratyczną *(urticaria ab idiosyncrasia)* i półpaścem, które uchodzą za wysypki wogóle bardzo niewinne, zjawiają się często objawy nader burzliwe, jak: dolegliwe ściskanie w dołku i w piersiach aż do omdlenia i wymiotów, boleści, biegunka, zawroty głowy, zemdlenia *(syncope)*, bardzo silne bole w mięśniach, kościach i stawach. Mogą zatem być bezwątpienia i przypadki wysypki posurowiczej z towarzyszącymi jej bardziej burzliwymi objawami, właściwymi wielu innym wysypkom; ja osobiście tego nie spostrzegałem, i według mego osobistego przekonania prawidłem jest, że wysypki posurowicze cechują się właśnie bardzo wielką łatwością występowania, tak, że zjawienie się ich na powierzchni skóry najczęściej nie jest połączone z żadnemi innemi niemiłemi uczuciami prócz lekkiego swędzenia i pewnego ogólnego niepokoju, o ile wysypka zjawia się obficiej. Naturalnie wyłączyć należy te możliwe przypadki, że zastosowana surowica była dla jakichkolwiekbądź powodów wadliwie przygotowana lub podległa pewnym niepożądanym zmianom chemicznym, n. p. wskutek przeziębnięcia, nadmarznięcia, przegrzania, albo była zbyt starą, lub też nawet, jak chcą niektórzy, była zbyt świeżą.

W statystykę moją wchodzą stale tylko dzieci do lat 14 włącznie. W ciągu dwóch lat ubiegłych wśród osób starszych spostrzegałem kobietę (lat 33), u której z powodu rozległej błonicy gardła, trwającej już przeszło tydzień, wstrzyknąłem 5000 jednostek ochronnych surowicy przeciwbłoniczej w dwóch dawkach: 3000 i następnego dnia 2000 jedn. ochron. Stan choroby zmienił się bardzo szybko na lepszy, sprowadzając pospieszne zdrowienie z obfitem wydzielaniem się wydzieliny błoniastej przez nos i przy kaszlu. Wysypka posurowicza, w postaci pokrzywki i plam różycowych, zaczęła zjawiać się siódmego dnia po wstrzyknięciu, była wędrująca i trwała z przerwami około trzech dni.

O ile każda statystyka wogóle nie może być pozbawiona pewnych niedokładności w tym lub owym kierunku, o tyle i moja statystyka, zbierana wśród warunków, pod

każdym względem najbardziej niedogodnych, nie jest zapewne od nich wolna. Że jednak wahania tych niedokładności nie mogą być zbyt wydatne, w tem przekonaniu utwierdza mnie ten fakt, że otrzymywane przezemnie dane w przeciągu lat czternastu są prawie że identyczne. Fakt ten nie może być jedynie przypadkowym zbiegiem okoliczności, gdyż powtarza się zbyt jednostajnie, dając wyniki sumaryczne, prawie że identyczne, i potwierdza *a posteriori* wnioski, przedtem wysnute. [Patrz. »Czas. Lek.« Tom V, r. 1903, Nr 2, str. 64—66 i »Deutsche med. Wochenschr.« rok 1903, Nr 28, str. 505].

Wszyscy moi koledzy okoliczni chętnie stosują już obecnie surowicę przeciwbłoniczą, równie u dzieci, jak i u starszych, i o ile mi to od nich wiadomo, są z otrzymywanych wyników zupełnie zadowoleni.

Na zakończenie notatki niniejszej pozwalam sobie nadmienić, że podczas kilkakrotnych wycieczek mych po Niemczech słyszałem nieraz z ust kolegów, stale tam zamieszkałych, utyskiwania na to, że są lekarze praktycy, a nawet uczeni klinicyści, którzy, będąc indywidualnymi przeciwnikami leczenia surowicami wogóle, w swej iście mamuciej zaśniedziałości, pod kątem widzenia, obejmującym jedynie środki farmaceutyczne, pędzlowania, płukania i, jako *ultimum refugium*, tracheotomię lub intubacyę, nie dają dostępu do umysłów swych, zresztą zdolnych i dla lecznictwa zasłużonych, dla orzeźwiającego tchnienia postępu. Stąd pochodzi umyślne ignorowanie lub zbyt pesymistyczne i na mocy uprzedzonego subjektywizmu tendencyjne uogólnianie wniosków ujemnych. Bezwątpienia *mutatis mutandis* da się to zastosować do Francyi, a szczególnie do Rosyi, gdzie o wiele więcej jeszcze jest danych do bezmyślnego apoteozowania lub ryczałtowego potępiania przy bezkrytycznem lub bezwiednem nawet uleganiu sugestyi zagranicy. Przedmiotowość w ocenianiu wszystkich danych za i przeciw jest podstawą i warunkiem koniecznym dla uzyskania wyników, możliwie najbliższych do prawdziwego stanu rzeczy; wzbudzić ją w sobie, wyrobić i utrwalić można tylko drogą długoletniej obserwacyi w danym kierunku. Warunkiem jednak nieodzownym ku temu musi być: wiara w ciągłe udoskonalanie się wszystkiego na świecie, a więc i metod leczniczych, oraz chęć osobista ciągłego postępowania naprzód wraz z życiem, a nie upartego pieszczenia w swem sercu i umyśle uwiędłych już laurów zdobytej dawniej sławy lekarskiej. Praca dla teraźniejszości zawsze powinna mieć wzgląd na przyszłość, a metoda leczenia chorób zakaźnych ostrych surowicami leczniczemi jest bezwątpienia »par excellence« metodą przyszłości, w której odegrać ona musi ważną, jeżeli nie główną rolę w dziedzinie lecznictwa, bez względu na wiekowe prawa farmakologii i związanego z nią istnienia farmacyi, której materyalne interesy nie powinny nic a nic ucierpieć na stopniowem rozszerzaniu się zakresu stosowania surowic leczniczych.

U nas, przynajmniej w Królestwie, od samego początku zapanowały pod tym względem stosunki racyonalne i pożądane dla dostatecznego wyjaśnienia istotnego stanu rzeczy. Wszyscy lekarze, zarówno szpitalni, jak i praktycy, z całą gotowością, z nader nielicznymi może tylko wyjątkami, pospieszyli ochoczo za nową falą postępu, znajdując oparcie w pracowniach Bujwida i Palmirskiego, dających zupełną gwarancyę czystości i dokładności w wyrobach surowic leczniczych. Czy można z równem zaufaniem odnieść się do całej falangi pracowni, powstałych poza granicami naszego kraju, jak grzyby po deszczu, z chwilą wejścia na porządek dzienny leczenia surowicami swoistemi, nie czuję się dość kompetentnym rozstrzygać. Wiadomo jednak powszechnie, że wyniki stosowania surowic leczniczych są w wielu miejscowościach bardzo różne, aczkolwiek surowica przeciwbłonicza właśnie tym wahaniom stosunkowo najmniej podlega. Coraz lepsze wyniki sumaryczne i mniejsza ilość ubocznych działań ujemnych prowadzą za sobą większą wiarę i zaufanie do stosowanego środka zarówno wśród leczących, jak i leczonych.

Ciąża zewnątrzmaciczna, jej rozpoznawanie i wskazania lecznicze.

Napisał

Dr Stanisław Peszyński w Berdyczowie (Ukraina).

(Według wykładu w kijowskiem Tow. lekar. polsk.).

(Dokończenie).

Tak więc, jak widzimy, większość ginekologów uznaje konieczność wczesnego operowania ciąży zewnątrzmacicznej, szczególnie w przypadkach pęknięcia worka płodowego i krwotoku śródbrzusznego. Są jednak, aczkolwiek nieliczne, głosy przeciwne temu i starają się ograniczyć wskazania do operacyi. Do takich należą między innymi dwaj amerykańscy chirurdzy Hunter-Bobb[20]) i Simpson[21]). Pierwszy z nich usiłuje dowieść, że nawet duże wylewy krwi do jamy brzusznej nie są niebezpieczne, ponieważ fizyologia uczy, że człowiek może przejść stratę krwi, wynoszącą 3,3% jego wagi ogólnej, zatem dla kobiety średniej wagi 55 klg. stanowi to 1.650 gramów.

Robb wątpi jednak, żeby taką ilość kiedykolwiek znaleziono w jamie brzusznej. Dalej szuka on na drodze doświadczenia rozwiązania zajmującego go zagadnienia. U dwunastu suk ciężarnych i nieciężarnych rozrywał otrzewnę, kaleczył macicę, przecinał tętnice maciczne i jajnikowe, poczem jak najstaranniej jamę brzuszną zaszywał. Żadna z suk nie zginęła, z czego Robb wnosi, że zewnątrzbrzuszne pęknięcia i krwotoki nie są bezwarunkowo śmiertelne. Na zasadzie tych danych Robb i Simpson radzą wyczekiwać, podtrzymując chorą środkami podniecającymi i dopiero, gdy te się okażą bezskuteczne, przystępować do operacyi. Jednakże tych sceptycznych zdań chirurgów amerykańskich uwzględniać nie będziemy, ponieważ i w Ameryce większość ginekologów i chirurgów uważa sprawę wczesnego operowania ciąży zewnątrzmacicznej za rzecz bezwarunkowo przyjętą. Inaczej też być nie może, albowiem usprawiedliwiają to zarówno teoretyczne, jak i praktyczne względy. Zasada, wymagająca niezwłocznego podwiązania krwawiącej tętnicy, pozostanie niezachwianą na zawsze. Mniemanie, że krwotok wewnętrzny nie może być tak obfitym, żeby przekroczył granice fizyologiczne, jest mylne, ponieważ, jeżeli nawet rzadko się zdarza, żeby kobieta straciła naraz 1.650 gram. krwi, to jednak nie ulega najmniejszej wątpliwości, że mniej obfite, ale powracające krwotoki mogą być źródłem olbrzymiej utraty krwi, do 2, 3, a nawet 4 litrów.

W najnowszych czasach nawet kazuistyka sądowo-lekarska przemawia poważnymi argumentami na korzyść operacyi. I tak Forman, lekarz sądowy w Filadelfii w 20 przypadkach obdukcyi sądowej kobiet, stwierdził, iż przyczyną śmierci był krwotok wewnętrzny, wskutek pęknięcia ciąży jajowodowej. Glasebrook w Waszyngtonie na 150 przypadków obdukcyi sądowej spotkał 5 razy pęknięcie ciąży jajowodowej jako przyczynę śmierci.

Wszystko, cośmy dotychczas mówili o konieczności nie-

[20]) American Journ. of. obstetr. Jul. 1907.
[21]) Surger., gynaecol. and obstetr. 1907.

zwłocznego operowania. stosować się powinno — zaznaczam raz jeszcze — do wczesnych pęknięć worka płodowego.

Wyczekiwanie będzie więc wielkim błędem ze strony lekarza zarówno wtedy, gdy rozpozna ciążę zewnątrzmaciczną nienaruszoną jeszcze, jak i wtedy, gdy stwierdzi krwotok wewnętrzny, wskutek pęknięcia worka płodowego lub poronienia.

Wyczekiwanie może być usprawiedliwione ze strony lekarza jedynie w następujących przypadkach: 1) gdy chora stanowczo uchyla się od operacyi; 2) gdy stan jej np. w przypadku pęknięcia worka płodowego i olbrzymiego wylewu krwi, daje prawo przypuszczać, że ona żadnego zabiegu chirurgicznego bezwarunkowo nie zniesie i 3) gdy lekarz sam operować nie może i niema w pobliżu chirurga, zaś stan chorej nie pozwala przewozić jej na wielką odległość.

W pierwszym przypadku należy stan chorej ściśle nadzorować, żeby w razie pojawienia się zagrażających życiu objawów, mogła być niezwłocznie operowaną. W tym celu najstosowniej umieścić ją w dobrze urządzonej lecznicy. W ostatnim przypadku, gdy lekarz nie posiada dobrego wykształcenia technicznego i niema w pobliżu szpitala, a w tem położeniu znajduje się większość lekarzy, praktykujących po wsiach i miasteczkach naszego rozległego i źle urządzonego kraju, gdy ci lekarze są zmuszeni pracować w otoczeniu całkiem prymitywnem, nie posiadając wyrobienia chirurgicznego i w środowisku niekulturalnem, gdzie częstokroć jest niepodobieństwem namówić chorych do operacyi — i w takich warunkach nie należy opuszczać rąk bezradnie, ale się zabrać niezwłocznie do przeprowadzenia leczenia objawowego.

Na podstawie mego własnego doświadczenia zachęcam gorąco kolegów, którzy pracują w prowincyonalnej głuszy i zabójczem osamotnieniu, aby nie upadali na duchu, nie poddawali się zgubnemu zwątpieniu i zniechęceniu, lecz wykonali swój obowiązek, spełniając te przynajmniej wskazania, których spełnienie w danych warunkach jest możliwe, a przekonają się, że nie małą jest liczba przypadków, gdzie mogą uratować chore, które uważali za beznadziejnie stracone, lub przynajmniej podtrzymać je do chwili, kiedy wykazanie zabiegu chirurgicznego stanie się możliwe.

Pierwszym i kardynalnym obowiązkiem naszym jest n a b y c i e u m i e j ę t n o ś c i o d r ó ż n i e n i a c i ą ż y z e w n ą t r z m a c i c z n e j, oraz rozpoznawania tych mniej lub więcej burzliwych objawów, jakie występują przy zewnątrzmacicznem poronieniu i przy pęknięciu worka płodowego. Znajomość tych rzeczy jest konieczną; zresztą jest ona całkiem możliwą. Posiadając tę znajomość, nie będziemy szli po omacku, nie będziemy się poddawali, co jest bardzo łatwe, wpływowi otoczenia, które ciężki zapad, w jakim znajdujemy chorą, przypisuje nerwowemu wzruszeniu, a wymioty, wywołane podrażnieniem otrzewnej, z wylewu krwi wynikłem, tłómaczy zwykłą niedyspozycyą żołądkową; wszak chora już od dłuższego czasu skarżyła się na jakieś niewyraźne dolegliwości i bole brzuszne. Nie poddając się zaś tym bałamutnym suggestyom, nie będziemy stosowali w podobnych przypadkach, jak się to zdarza niekiedy, tak niedorzecznych i zgubnych zabiegów jak gorące okłady, lawatywy i środki czyszczące, a także nie pozwolimy, by otaczający chorą tarli ją i poruszali w celu przywołania do życia. Słowem, unikniemy tego wszystkiego, co w danym wypadku jest najzupełniej przeciwwskazanem.

W celu uniknięcia wielu podobnych fatalnych omyłek proponuję przyjęcie następującej zasady: Każdą kobietę niestarą, którą znajdujemy w stanie nagle powstałego i przeciągającego się zapadu lub omdlenia — należy mieć w podejrzeniu co do m o ż l i w o ś c i c i ą ż y z e w n ą t r z m a c i c z n e j i, stosując wszelkie zabiegi lecznicze i ratunkowe, mieć to na względzie, dopóki nie zdołamy zebrać tylu rozpoznawczych danych, ile potrzeba, żeby się módz oryentować lepiej.

Chora taka potrzebuje nadewszystko spokoju. W tym celu należy usunąć wszystkie osoby zbyteczne i, nie ruszając chorej z miejsca, a tylko przyprowadziwszy posłanie do możliwego porządku, ułożyć ją poziomo, usunąwszy poduszki, lecz nie podnosząc dolnych kończyn, które należy ogrzewać, a w razie głębokiego zapadu ściągnąć ręcznikami w połowie bioder.

Następnie należy się starać podnieść ostrożnie czynność serca za pomocą wina, mocnej kawy, eteru kozłkowego (waleryanowego), przykładaniem gorących okładów na okolicę serca, podskórnemi wstrzykiwaniami niezbyt wielkich dawek kofeiny, eteru lub kamfory, a jeśli te środki nie dają wyraźnego wyniku, zrobić podskórne wlewania 200—400 gramów ogrzanego do 40° C, fizyologicznego rozczynu soli w celu przywrócenia ustrojowi części utraconego przezeń w postaci krwotoku płynu. Wlewanie większych ilości na raz uważam za bezwarunkowo przeciwwskazane i niebezpieczne. Niewielki dodatek adrenaliny (15—20 kropel) do wlewanego płynu jest pożądany.

Jednocześnie stosować należy zabiegi i środki przeciwkrwotoczne. W tym celu urządzam naprędce materac śrótem ołowianym (4—6 ff) napełniony[22]), który wywiera na jamę brzuszną stały i równomierny ucisk, oraz daje się łatwo przystosować do powierzchni i przedstawia dobry przewodnik dla zimna, pochodzącego z dwóch średniej wielkości worków z lodem, jakie się nań nakładają. Jako środki przeciwkrwotoczne możemy stosować podskórnie chlorek hydrastyniny 0,01—0,03, która wywołuje kurczenie się naczyń (nie wolno jednak uciekać się do ergotyny, która oddziaływa na mięśnie macicy i przydatków!). Jeszcze lepiej wstrzyknąć podskórnie 2% dokładnie wyjałowiony rozczyn żelatyny po 50 gram. 2—3 razy dziennie. Wewnętrznie nie należy dawać ani lekarstw, ani żadnych pokarmów ze względu na wielką skłonność do wymiotów; można poprzestać na kawałeczkach lodu i galaretce żelatynowej.

Oto jest owo małe wstępne leczenie, które może i powinien stosować każdy lekarz w przypadkach śródbrzusznego krwotoku na razie, zanim będzie można zastosować zabieg chirurgiczny lub, jeżeli ów zabieg dla jakichbądź powodów nie może być wykonany, prowadzić to leczenie w dalszym ciągu, dopóki stan chorej nie poprawi się o tyle, że można będzie być pewnym, iż krwotok ustał.

Jednakże na taki pomyślny wynik można rachować tylko w niektórych przypadkach. Na ogół rachować na to nie mamy prawa i, gdzie tylko możemy, powinniśmy wskazywać na konieczność zabiegu chirurgicznego.

Leczenie ciąży zewnątrzmacicznej, przerwanej w pierwszych miesiącach (poronienie) z ograniczonym wylewem krwi

(haematosalpinx, haematocele).

W tych przypadkach możemy wybierać pomiędzy wyczekującą i operacyjną metodą leczenia. Przeważną ich część należy leczyć wyczekująco. Leżenie w łóżku, dopóki nie nastąpi zupełne wessanie, a przynajmniej dopóki nie będzie wątpliwości co do tego, że zmiany wsteczne idą drogą prawidłową. Co do szczegółów leczenia nieoperacyjnego, odsyłam czytelników do podręczników ginekologii, przyczem zwracam uwagę na to, że w pierwszych dniach po poronieniu jajowodowem należy się jeszcze liczyć z możliwością wystąpienia wskazań do operacyi chirurgicznej.

W dalszym ciągu leczenia stosowanie rozmaitych przyśpieszających wessanie zabiegów, jak np. ciepła w najrozmaitszych postaciach kąpieli nasiadowych lub całkowitych, leczenie gorącem powietrzem i rozmaite zabiegi mechaniczne, szczególniej zaś miesienie mogą być zalecane dopiero wtedy, gdy mamy zupełną pewność, że krwawienie z jajowodu już oddawna ustało.

Nawoływanie do wdania się operacyjnego w przypadkach wczesnego poronienia zaczyna się rozlegać z różnych stron, uzasadniane powolnością przebiegu takiego stanu chorobowego, obawą zrostów z jelitami, oraz pojawienia się w zawartości jajowodu i następnie w krwisteku drobnoustrojów chorobotwórczych, mogących wywołać sprawę ropną itp.

Tu jednak statystyka uchyla stanowczo niezbędność operacyi.

I tak F e h l i n g[23]) opisuje 91 przypadków, leczonych wyczekująco, poronienia trąbkowego z krwistekiem, bez zejścia śmiertelnego.

C h a m p n e y s[24]) spostrzegał 36 podobnych przypadków, zakończonych wyzdrowieniem.

Z w e i f e l[25]) na 61 wyczekująco leczonych przypadków i T h o r n[26]) na 139 nieoperowanych poronień jajowodowych nie stracili ani jednej chorej.

Co do krwisteku, to większość ginekologów zgadza się z tem, że nawet, gdy treść jego zdaje się być jeszcze płynną, to jednak należy się powstrzymać od nakłucia lub aspiracyi, ponieważ prawie zawsze znajdują się tam pomiędzy płynną krwią

[22]) Bierze się niewielki woreczek lub małą poszewkę (25 × 25 ctm.), przeszywa się naprędce tak, żeby ją rozdzielić na 5—6 równoległych przedziałów i nasypuje się do każdego z nich równą ilość śrótu myśliwskiego, razem od 4—6 funtów.

[23]) The journ. of Obstetr. and gynaec. 1902, VII, Nr 6.

[24]) Scanzoni Archiv. f. Gyn. 1902. B. 65.

[25]) Münchn. med. Wochenschr. 1903, Nr 25.

[26]) Zeitschr. f. Geb. u Gyn. 1898 B. 38. S. 92.

skrzepy, nie dające się w zupełności usunąć; po takim rękoczynie grozi zawsze niebezpieczeństwo ropienia i spraw septycznych.

Nastąpienie takich stanów cechuje się objawami ogólnymi i miejscowymi, jako to podniesieniem się ciepłoty, hyperleukocytozą, objawami podrażnienia ze strony pęcherza i odbytnicy. Stany te wymagają szerokiego cięcia od strony pochwy(!) i systematycznego sączkowania.

Leczenie ciąży zewnątrzmacicznej w późniejszych jej okresach.

Chodzi tu o taki stan, który się wiąże niekiedy z bezpośrednio grożącem, niekiedy z oddalonem niebezpieczeństwem dla życia. Zależnie od tego nasuwa się pytanie co do usunięcia w drodze chirurgicznej tego nieprawidłowego tworu, który owo niebezpieczeństwo rodzi. Dla rokowania ma wielkie znaczenie okres ciąży, a następnie okoliczność, czy płód jeszcze żyje, czy jest już martwy; czy się znajduje w zamkniętym worku płodowym, czy też leży swobodnie w jamie brzusznej; w końcu czy się uchronił płód i worek płodowy od przedostania się pierwiastków wywołujących gnicie, lub czy znajduje się w stanie rozkładu.

W przypadkach dawnego zamarcia płodu operacya daje dość dobre wyniki wyzdrowienia. Pod względem rokowania i techniki, w przypadkach gdy jajo jeszcze nie uległo zakażeniu, niczem się ona niemal nie różni od owaryotomii, powikłanej zrostami.

W początkach stosowania tej operacyi dużo kobiet ginęło wskutek nieodpowiedniego postępowania z łożyskiem, które, po usunięciu płodu, albo zostawiano w worku płodowym, albo usuwano, nie troszcząc się o miejsce jego przyrostu, które było potem źródłem niepohamowanych krwotoków. Atoli od kilkunastu lat, dzięki Olshausenowi[27]) i Breiskyemu[28]) operacya ta zaczęła dawać lepsze wyniki, z powodu, że poczęto usuwać łożysko wraz z workiem płodowym. I gdy dawniej, przy zostawianiu łożyska, śmiertelność wynosiła 33—43%, dziś spadła ona na 5,5%, a nawet do 0%.

Najróżnorodniejsze zadania przedstawia dla chirurga usuwanie części płodu lub jego kosteczek, przedostających się do rozmaitych narządów (jelita, pęcherz, macica), ale to już nie należy do przedmiotu mego odczytu.

Na zakończenie podaję krótką wzmiankę o kilku przypadkach ciąży zewnąrzmacicznej, spostrzeganych przezemnie. Było ich dziewięć tylko, ale w rozmaitych okresach i z rozmaitym przebiegiem.

J—s; wieloródka lat 40, pęknięcie worka płodowego wraz z jajowodem w 3-im miesiącu, znaczny wylew krwawy, głęboki, zagrażający życiu zapad i wstrząs. Poddać się operacyi nie chciała. Powolny, ale zupełny powrót do zdrowia.

2) N., wieloródka, lat 36. Poronienie prawej ciąży jajowodowej w końcu drugiego miesiąca, powtórne dość znaczne krwotoki przy objawach dość silnego zapadu. O operacyi nie chciano słyszeć. Krwistek pozamaciczny, zropienie krwisteku, dość wczesne, samoistne odejście ropy przez otwór w pochwie, wyzdrowienie zupełne.

3) S—r, wieloródka, lat 38. Powtórne krwotoki wewnętrzne z worka płodowego w prawym jajowodzie, którym towarzyszy za każdym razem zapad, dotkliwe bole, wymioty i skąpa wydzielina maciczna. Przechorowawszy dwa miesiące, przyszła zupełnie do siebie. Operacyi poddać się nie chciała.

4) Ta sama w 3 lata później zaszła znowu w ciążę jajowodową prawą; w drugim miesiącu poroniła wśród wszystkich ciężkich objawów i przy niewielkiej wydzielinie krwawej macicznej. Wkrótce jednak stan poprawił się zupełnie.

5) Br—wa, 35-letnia, od 16 lat zamężna, bezdzietna. W 8. tygodniu prawej ciąży jajowodowej nagłe pęknięcie worka płodowego z olbrzymim krwotokiem i tak głębokim zapadem, że wszyscy lekarze, jacy brali udział w ratowaniu chorej, w tej liczbie bardzo doświadczony chirurg, nie decydowali się wykonać laparotomii u chorej, której życie wisiało na włosku. Wezwano jeszcze jednego chirurga, który się podejmował dokonania operacyi, zanim jednak zarządzono odpowiednie przygotowania, stan chorej o tyle się pogorszył, że i ten chirurg od operacyi odstąpił. Chora ta, przy wytrwałem stosowaniu opisanego przezemnie leczenia (wstrzykiwanie środków podniecających, wlewania fizyologiczne, żelatyna, materacyk śrótowy i lód), zaczęła zwolna przychodzić do siebie i po 6 tygodniach wstała z łóżka zdrowa.

6) Kr—s, 27-letnia wieloródka. W 7-ym tygodniu prawej ciąży jajowodowej powtarzające się nieobfite krwotoki z pęknięć powierzchownych worka płodowego przy objawach bolu, wymiotów i omdlenia, poczem występowała skąpa wydzielina krwawa z pochwy. Stosowano, wskutek nierozpoznania ciąży, gorące okłady, lawatywy i środki czyszczące w celu usunięcia, przypuszczanej przez lekarzy niestrawności. Cięcie brzuszne, usunięcie ciężarnego jajowodu prawego — szybkie wyzdrowienie.

7) B—ska, 30-letnia wieloródka. Powtarzające się niewielkie krwotoki z ciężarnego (2 miesiące) lewego jajowodu z objawami znacznego zapadu, wymiotami, bolami. Cięcie brzuszne, wycięcie jajowodu wraz z workiem płodowym. Przebieg pooperacyjny zamącony już od pierwszego dnia przez zapalenie płuc, które, — według wszelkiego prawdopodobieństwa — było wywołane domieszką tlenu do chloroformu. Dalszy przebieg pomyślny, wyzdrowienie zupełne.

8) A—ska, 28-letnia. Po 7-letniem bezdzietnem małżeństwie, zaszła w ciążę zewnątrzmaciczną. Po kilku tygodniach zaczęła doznawać co parę tygodni napadów nagle powstającego w dole brzucha bolu, poczem następowały wymioty i omdlewanie, a następnych dni trochę wydzieliny krwawej z macicy. Leczona w mieście, gdzie przedtem mieszkała, gorącymi okładami, środkami czyszczącymi i morfiną.

Rozpoznawszy ciążę 3-miesięczną w prawym jajowodzie, zalecałem usilnie operacyę, ale chora na razie słyszeć o tem nie chciała, pragnąc donosić do końca. Ostatnie miesiące ciąży przebyła względnie dość znośnie, zawczasu odwiezioną została do kliniki, ale tam, z powodów mnie niewiadomych, opóźniono się z operacyą i, gdy wykonano cięcie brzuszne, wydobyto zupełnie donoszony, na pozór niedawno obumarły płód płci męskiej.

9) T—cka, 25-letnia pierworódka. Zaszła w ciążę wkrótce po wyjściu za mąż. Przebieg ciąży nie jest mi wiadomy. Wezwany zostałem do chorej w parę godzin po urodzeniu się zupełnie donoszonego dziecięcia w celu wydobycia bliźniaka, który jeszcze pozostawał w łonie matki, co najzupełniej potwierdzały oględziny zewnętrzne. Lecz jakże wielkiem było moje zdziwienie, gdy wsunąwszy rękę do macicy, znalazłem ją zupełnie pustą.

Od tego czasu minęło już ze 25 lat, dziś jednak pamiętam najwyraźniej, jak wyczuwałem wtedy różne części płodu i jego dość silne ruchy przez dość cienką ścianę macicy.

O operacyi nie chciano nawet słyszeć, dla tego prostego powodu, że mi nie dała wiary ani chora, ani otaczający ją, którzy nigdy o niczem podobnem nie słyszeli.

Chora leżała długo, potem, gdy się podniosła, zaczęto ją wozić do różnych lekarzy, więcej jednak do znachorów i bab. Przeżyła ona jeszcze 5 czy 6 lat. W ostatnim roku odchodziły przez odbytnicę i przez przetokę, jaka się utworzyła w pępku, kosteczki dziecięce wraz z ropą. Po długiem gorączkowaniu wyniszczała okropnie i zmarła z ropnego zapalenia otrzewnej.

Oceny i sprawozdania.

Dr Ignacy Zielewicz. **Nowe przyczynki do życiorysu Dra Karola Marcinkowskiego na źródłach archiwalnych osnute.** Poznań, nakładem księgarni św. Wojciecha, 1908, str. 130, 8 rycin.

Wśród znakomitych naszych lekarzy ubiegłego stulecia jest kilka postaci, ku którym myśl i pamięć ze szczególnem zwraca się upodobaniem, których obraz wtedy szczególniej przywołujemy sobie przed oczy, gdy wkoło nas chmurzy się horyzont, a społeczeństwo przechodzi ciężkie chwile. Wspomnienie bowiem o tych ludziach ma w sobie siłę krzepiącą, podobnie do ich dzieł, których doniosłość w pełnej mierze dziś dopiero ocenić umiemy. Byli zapewne wśród lekarzy naszych w wieku XIX. znakomitsi uczeni, był cały szereg takich, którzy zdobyli sobie światową sławę na polu wiedzy i wykonawstwa lekarskiego, wszelako do żadnego z nich nie wiąże nas nić równie serdeczna, jak do tych, którzy całą duszę oddali służbie swego społeczeństwa, biorąc sobie za cel życia jego byt i obronę od grożących mu niebezpieczeństw. A wśród tych nazwisk najjaśniej świeci nazwisko Karola Marcinkowskiego, którego głęboka miłość ojczyzny natchnęła proroczem niemal przewidywaniem jej losów i przyszłych najważniejszych potrzeb, i wskazała mu drogi, jak zaspokojenie tych potrzeb najskuteczniej zabezpieczyć.

To też nic dziwnego, że pamięć twórcy »Towarzystwa pomocy naukowej« jest nam wszystkim tak droga i że takie za-

[27]) Deutsche med. Wochenschr. 1890.

[28]) Wiener med. Wochenschr. 1887.

jęcie budzą szczegóły jego krótkiego, a tak płodnego żywota. Godzi się bowiem, aby były one, póki czas, zebrane i przekazane pokoleniom następnym.

Zasłużony biograf Marcinkowskiego, Dr Zielewicz, zdołał obecnie wyjaśnić niektóre, dotąd niedostatecznie zbadane okresy życia Marcinkowskiego, dotarłszy do materyałów źródłowych. Materyały te, do niedawna niedostępne, dotyczą procesów politycznych, wytaczanych temu gronu młodzieży polskiej, wśród którego żył i działał Marcinkowski. Są to akta berlińskiego ministeryum spraw wewnętrznych i policyi w sprawie związku »Polonia«, takież akta z Wrocławia i Poznania, akta osobiste Marcinkowskiego, prowadzone przez policyę pruską aż do jego śmierci, i akta t. zw. sprawy Szumana z tajnego archiwum berlińskiego.

Na podstawie tych aktów przedstawia autor dokładnie historyę towarzystwa »Polonia«, szczegóły śledztwa policyjnego, wynikłe stąd aresztowanie Marcinkowskiego i złożone przez niego o związku tym zeznania. Następnie odźwierciedla autor usiłowania biurokracyi pruskiej, aby sprawie »Polonii« nadać za każdą cenę cechy zbrodni stanu, oraz wdanie się w sprawę namiestnika, ks. Antoniego Radziwiłła, który z godnością i energią stanął w obronie młodzieży Autor przytacza dosłownie bardzo ciekawe listy, wymienione w tej sprawie między Radziwiłłem, a królem Fryderykiem Wilhelmem. Stanowczość księcia namiestnika nie zdołała wprawdzie młodzieży, a wśród niej Marcinkowskiego, całkowicie uchronić, wpłynęła wszelako znacznie na złagodzenie wyroku, który wypadł prawie o połowę łagodniej, niż królowi proponowali kierujący śledztwem ministrowie. Dalej podaje autor szczegóły, poczerpnięte z akt osobistych Marcinkowskiego, a dotyczące jego pierwszego więzienia politycznego, udziału w powstaniu 1830 roku i pobytu na emigracyi, wreszcie powrotu do kraju i powtornego uwięzienia z powodu sprawy Szumana. Między innymi dowiadujemy się obecnie, że Marcinkowski przywiózł z emigracyi 5 prac naukowych, których rękopisy, zabrane przez policyę przy śledztwie, z wyjątkiem jednego przepadły ze szkodą dla naszej nauki, a z uszczerbkiem dla duchowej oceny Marcinkowskiego. Wreszcie podaje autor szereg wiadomości o trzeciem więzieniu Marcinkowskiego, o petycyach władz miejskich poznańskich do króla o złagodzenie kary, a w końcu szczegóły z ostatnich lat życia Marcinkowskiego, zakończone niezwykle ciekawym raportem prezesa poznańskiej policyi, (pod której nadzorem Marcinkowski pozostawał) do ministra stanu o śmierci i pogrzebie Marcinkowskiego. Jako dodatek podaje autor krótki zarys tak zwanej sprawy Szumana.

Autorowi należy się szczera wdzięcznośc za zbadanie źródeł archiwalnych i wydobycie na jaw szczegółów, oświetlających nieznane dotąd momenta życia Marcinkowskiego i dodających nowe rysy szlachetnej jego postaci.

Rozprawę ozdabiają podobizny Marcinkowskiego, Radziwiłła i kilku wybitniejszych członków »Polonii«. *C.*

P. Corret. **Pożytek i możliwość przyjęcia pomocniczego języka międzynarodowego w medycynie.** (Utilité et possibilité de l'adoption d'une langue internationale auxiliare en médecine). Rozprawa doktorska. Paryż 1908, str. 142.

Rozprawa P. Corrota, przedłożona Wydziałowi lekarskiemu w Paryżu w celu uzyskania dyplomu doktora medycyny, składa się z sześciu rozdziałów, w których kolejno zostały omówione najważniejsze rzeczy, dotyczące międzynarodowych stosunków lekarskich i znaczenie dla tych stosunków pomocniczego języka międzynarodowego. Autor, zapalony zwolennik sztucznego języka Esperanto, utworzonego przez warszawskiego lekarza Dra Ludwika Zamenhofa, wykazuje w swej rozprawie korzyści, jakieby odniosły zjazdy międzynarodowe lekarskie, międzynarodowe stowarzyszenie Czerwonego Krzyża i wogóle międzynarodowe stosunki lekarskie, gdyby został powszechnie przyjęty międzynarodowy język pomocniczy, a w szczególności Esperanto, jako najlepszy ze wszystkich dotychczasowych projektów języków międzynarodowych i rozwiązujący w sposób zadowalniający zagadnienie pomocniczego języka międzynarodowego.

Rozprawa Dra Correta zawiera więcej, aniżeli tytuł jej obiecuje, gdyż znajdujemy w niej nietylko roztrząsania o pożytku międzynarodowego języka pomocniczego w medycynie, lecz także dość obszerne wiadomości o samym języku Esperanto i o jego dotychczasowem powodzeniu. — Na dowód łatwości Esperanta i jego niepospolitych zalet przytacza autor zdania rozmaitych ludzi wybitnych, między innemi Lwa Tołstoja, Karola Richeta i Boiraca, rektora Akademii w Dijon. Tołstoj pisze, że Esperanto jest tak łatwy, iż po dwugodzinnej nauce tego języka mógł już czytać artykuły w języku esperanckim. — Richet twierdzi, że w ciągu sześciu miesięcy można posiąść gruntownie język esperancki, to znaczy, że można nim władać w mowie i piśmie; natomiast po dwuletniej nauce niemieckiego i po roku nauki angielskiego osiąga się zaledwie słabą znajomość tych języków. — Boirac zwraca uwagę na niesłychane bogactwo nowego języka, który, zdaniem jego, jest bogatszy nietylko od francuskiego, lecz nawet od angielskiego, niemieckiego i starożytnego greckiego.

Dzięki swemu bogactwu i niezwykłej łatwości język Esperanto zjednywa sobie coraz liczniejszych zwolenników. Liczbę samych czasopism esperanckich, wychodzących w najrozmaitszych krajach, oblicza Corret na 66, z których 13 należy do czasopism specyalnych. Co się tyczy czasopism lekarskich, to przedtem wychodził międzynarodowy »Przegląd lekarski« (Internacia Revuo Medicina), a obecnie wychodzi »Voco de Kuracistoj«, redagowany i wydawany przez Dra S. Mikołajskiego we Lwowie. Prócz tego artykuły lekarskie w języku esperanckim umieszcza także międzynarodowy »Przegląd naukowy« (Internacia Scienca Revuo). Przytaczając tytuły mnogich artykułów, napisanych w języku esperanckim, wydrukowanych w Internacia Scienca Revuo i w Internacia Revuo Medicina, sądzi Dr Corret, że Esperanto nadaje się w zupełności do traktowania najrozmaitszych spraw lekarskich. — Rozprawa Correta nacechowana jest sumiennością w opracowaniu tematu i wielką skrzętnością w zebraniu wszelkich wiadomości, dotyczących zastosowania Esperanta w medycynie. *A. Wrzosek.*

Simmonds: **O postaci i położeniu żołądka w warunkach prawidłowych i nieprawidłowych.** (Über Form u. Lage des Magens unter normalen und abnormen Bedingungen). Jena, Gustaw Fischer, str. 54, z 10 rysunkami w tekscie i 12 tablicami.

W poszukiwaniach, dotyczących postaci i położenia żołądka, przychodzili anatomowie patologiczni klinicystom dotychczas z bardzo niewielką pomocą. Przyczyną tego był, zdaniem Simmondsa, brak wiernych fotograficznych zdjęć ułożenia trzew brzusznych, bez czego niepodobna było dojść do ścisłych wniosków. Brak ten postanowił Simmonds zapełnić, przyczem zdawał sobie dokładnie sprawę z tego, że położenie trzew w zwłokach niezupełnie odpowiada stosunkom za życia; jednakże przez liczne porównania wyników badania klinicznego z własnymi wynikami badania anatomicznego doszedł do wniosku, że przy odpowiedniem postępowaniu i stosownym doborze przypadków, różnice te nie mają praktycznego znaczenia. Ogłoszone obecnie wyniki oparł S. na setkach zdjęć fotograficznych ze zwłok, leżących poziomo, zdjęcia wykonał zapomocą stosownie zbudowanej kamery.

Prawidłowe położenie żołądka u człowieka dorosłego nie jest takie, jak je podawali dawniejsi anatomowie. Z dokładnych bowiem badań, podjętych w ostatniem piętnastoleciu, okazało się, że prawidłowy żołądek u człowieka dorosłego ustawiony jest swoją długą osią mniej lub więcej pionowo. Co do postaci żołądka prawidłowego, to pod tym względem zdania się rozchodziły, mianowicie Rieder twierdził, że żołądek prawidłowy ma kształt syfonowaty, t. zn., że część jego przedodźwiernikowa leży niżej, niż sam odźwiernik, najniższy punkt krzywizny wielkiej niżej, niż najniższy punkt odźwiernika. Natomiast Holzknecht utrzymuje, że prawidłowy żołądek ma kształt wązkiego, skośnie ustawionego kanału (podobnego do rogu bawolego), którego najniższym punktem jest odźwiernik. Ze swoich badań wnosi S., że prawda jest w pośrodku, że nie ma jakiegoś jednego stałego typu, którvby należało uważać wyłącznie za prawidłowy, lecz że zarówno typ, opisany przez Riedera, jak i Holzknechta, za prawidłowy uznać trzeba. Żołądek prawidłowy, zależnie od wypełnienia, wystaje zawsze mniej lub więcej poza brzeg wątroby, kryjąc się pod nim tylko u płodu i u noworodka, u których żołądek jest bardzo wązki. U dorosłych takie wązkie, całkowicie przez wątrobę zakryte żołądki zdarzają się tylko wyjątkowo przy bardzo znacznem wyniszczeniu po uporczywych wymiotach. Ilekroć S. spotkał uderzająco wązki, mały żołądek, znajdował zawsze chorobowe przyczyny tego stanu i dlatego odrzuca samoistną małość żołądka (mikrogastria), przypuszczaną przez Benderskyego. Przy znaczniejszem rozszerzeniu żołądka prawidłowego nie zmienia się prawie wcale położenie wpustu i odźwiernika, bardzo nieznacznie zmienia się położenie krzywizny małej, a tylko krzywizna wielka obniża się, nieraz znacznie. W innych przypadkach jednak rozszerzenie takie nie wywołuje obniżenia się krzywizny wielkiej, lecz obrót żołądka około osi poziomej w ten sposób, że krzywizna wielka zwraca się ku przodowi i przylega do przedniej

ściany brzusznej. U dorosłych zdarza się to rzadko, natomiast bardzo często u mniejszych dzieci, zwłaszcza u osesków, u których stan ten stwierdził Simmonds w 80% przypadków, a nawet spotykał śród nich takie, gdzie krzywizna wielka zwrócona była prawie wprost ku górze. Tę częstość takiego stanu u osesków tłómaczy S. tem, że z powodu stosunkowo znaczniejszej szerokości dolnego otworu klatki piersiowej jest u osesków przepona mniej wysklepioną, przez co żołądek łatwiej w ten sposób obrócić się może; takie położenie krzywizny wielkiej zależy zaś w pierwszym rzędzie od wypełnienia jelit, szczególniej zaś od rozdęcia okrężnicy. Rozdęta okrężnica poprzeczna nie dozwala krzywiźnie wielkiej przy rozszerzaniu się żołądka obniżać się, lecz zmusza ją do obrotu ku przodowi. Takie położenie żołądka ma pod względem rozpoznawczym pewne znaczenie kliniczne, o ile chodzi o dzieci. Mianowicie przy rentgenizacyi żołądka uważa się zwykle dolną granicę cienia za krzywiznę wielką; tymczasem wniosek taki będzie zupełnie fałszywy u dziecka, u którego krzywizna wielka przy rozszerzeniu żołądka zwróciła się ku przodowi. Dlatego obrazy rentgenowskie żołądka u dzieci należy oceniać z wielką rozwagą i bacznie przy tem uwzględniać stan napełnienia jelit. — Uderzająco wielkie, ale prawidłowe zresztą żołądki znajdował S. najczęściej przy zapaleniach otrzewnej, zawsze jednak obok bębnicy jelit. Rozdęcie znaczne samego tylko żołądka bez zmian chorobowych w tym narządzie znalazł S. kilkakrotnie przy urazach układu nerwowego i innych jego zmianach, szybko wywołujących śmierć, co przemawiałoby za zdaniem niektórych autorów, że sam tylko wpływ układu nerwowego może wywołać ostre rozdęcie żołądka. — Mniejszym zmianom, niż krzywizna wielka, ulega w żołądku prawidłowym kształt i położenie krzywizny małej, chociaż i tutaj odmiany są liczne. Najczęściej przebiega znaczna część krzywizny małej pionowo lub skośnie, a dopiero koniec jej, część przedodźwiernikowa, zagina się i zdąża mniej lub więcej poziomo ku odźwiernikowi. Odźwiernik w warunkach prawidłowych znajdować się może na różnej wysokości (od XI kręgu piersiowego do II lędźwiowego). W każdym jednak razie w prawidłowych warunkach jest odźwiernik, jakoteż i krzywizna mała, przykryty przez wątrobę, i dopiero wtedy, gdy odźwiernik i krzywizna mała wystają z pod brzegu wątroby, uważa to S. za nieprawidłowe obniżenie żołądka.

Przy opadnięciu żołądka mają znaczenie następujące czynniki: Nizkie ustawienie przepony, zdarzające się przy wysokich stopniach garbu, wązkość dolnego otworu klatki piersiowej u osób z klatką piersiową długą i wązką, zmniejszenie górnej części jamy brzusznej przez sznurówki, paski itp., zwiotczenie powłok brzusznych, zdarzające się bardzo często u kobiet, szczególniej po liczniejszych porodach, a dość często w starszym wieku i w toku chorób wyniszczających, wreszcie trwale utrzymujące się zbyt małe wypełnienie jelit, jakie się zdarza u starców i w charłactwie. Co do częstości opadnięcia żołądka zdania są podzielone. Jedni autorowie uważają je za dość rzadkie, inni twierdzą, że występuje ono u 90% kobiet (Meinert). Jeżeli jednak za opadnięcie żołądka uważać tylko takie przypadki, w których odźwiernik wystaje z pod brzegu wątroby, to według S. zdarza się opadnięcie żołądka u dorosłych mężczyzn między 15 a 50 rokiem życia w 3%, u dorosłych kobiet w 50% przypadków. Powyżej 50 roku życia spotyka się opadnięcie żołądka coraz częściej, poniżej 15 roku życia prawie nigdy się ono nie zdarza. Istniejący dotąd między klinicystami spór, czy przy opadnięciu żołądka wpust pozostaje zawsze na miejscu, czy też się obniża, rozstrzyga S. w ten sposób, że wprawdzie wpust bywa obniżony w każdym takim przypadku opadnięcia, w którym obniżona jest przepona, że jednak zdarzają się także przypadki opadnięcia żołądka, przy których wpust stoi na wysokości prawidłowej, tj. na wysokości XI kręgu piersiowego. Wynika stąd, że w opadnięciu żołądka nie zawsze uczestniczą wszystkie jego części. Klinicznie przyjmuje się, że opadnięciu towarzyszy zawsze rozszerzenie żołądka; jednakże na stole sekcyjnym znajduje się opadnięte żołądki najróżniejszej wielkości, a nawet wcale nierozszerzone. Rozszerzenie w tych przypadkach uważać należy zawsze za zjawisko wtórne, będące dopiero następstwem opadnięcia; jednakże rozszerzenie takie w dalszym ciągu wywoływać musi wzmaganie się opadnięcia tak, że w końcu wytwarza się koło błędne. Największe stopnie rozdęcia żołądka zdarzają się wtedy, jeżeli do istniejącego już opadnięcia dołącza się zwężenie odźwiernika przez nowotwór; oprócz tego najznaczniejsze rozszerzenia opadniętych żołądków spotykał S. u osób garbatych. Przy znaczniejszem opadnięciu żołądka zdarza się często rozszerzenie poziomej gałęzi dwunastnicy, przyczem łatwo powstaje załamanie jej w tem miejscu, gdzie zaczyna się mniej ruchoma gałąź pionowa. Opadnięte, a jednak bardzo wązkie żołądki spotykał S. nierzadko u starców; wyjątkowo zdarzają się takie obrazy także u osób młodszych, co zresztą dowodzi, że nadmierne rozdęcie żołądka nie ma zbyt wielkiego znaczenia w etyologii opadnięcia żołądka i że działają tu inne, wyżej wymienione czynniki. Dość osobliwą odmianą opadnięcia żołądka jest ta, w której nie uczestniczy odźwiernik, a zdarza się to wtenczas, jeżeli istnieją ścisłe zrosty między odźwiernikiem a wnęką wątroby lub pęcherzykiem żółciowym.

Ponieważ większość przyczyn, wywołujących opadnięcie żołądka, działa zarazem także i na inne narządy jamy brzusznej, przeto rzecz prosta, że opadnięcie żołądka bywa najczęściej połączone z opadnięciem trzew, z których przedewszystkiem sprawa ta dotyka okrężnicy poprzecznej, trzustki i nerek. Trzustka nie obniża się zwykle tak znacznie, jak odźwiernik i dlatego nieraz przy opadnięciach żołądka leży poniżej brzegu wątroby, ale powyżej obniżonego odźwiernika i krzywizny małej. Czasem znów leży trzustka przy opadnięciu trzew skośnie, zamiast poziomo. Okrężnica poprzeczna bywa opadnięta przy każdem opadnięciu żołądka, ale nie w tym samym stopniu; może ona obniżyć się nieraz bardzo znacznie, aż ku spojeniu łonowemu, chociaż żołądek obniżył się bardzo niewiele. To zależy prawdopodobnie od wrodzonego słabego umocowania okrężnicy, pzzyczem, być może, odgrywa pewną rolę nawykowe przepełnienie okrężnicy kałem. S. nie podziela zdania, jakoby opadnięcie okrężnicy miało być wogóle przyczyną opadnięcia żołądka; oba te stany, jeżeli zdarzają się razem, są zwykle następstwem wspólnej, równocześnie na oba narządy działającej przyczyny. Tylko wyjątkowo zdarzają się przypadki, gdzie można przypuszczać, że opadająca okrężnica pociągnęła za sobą żołądek, który pierwotnie nie był opadnięty; natomiast nie da się zaprzeczyć, że opadnięcie okrężnicy może potęgować opadnięcie żołądka, już poprzednio istniejące. Wyjątkowo mogą także wywoływać lub potęgować opadnięcie żołądka (przez pociąganie) zrosty sieci, jej nowotwory i t. d.

Oprócz opadnięcia żołądka zdarza się jeszcze często jego przesunięcie, a to najczęściej ku tyłowi, rzadziej na bok, przez wsuwającą się pomiędzy żołądek a ścianę brzuszną pętlę okrężnicy. O ile opadnięcie żołądka i okrężnicy mają większe znaczenie kliniczne, ponieważ wywołują bardzo często różne dolegliwości, to odsunięcie żołądka ku tyłowi i przykrycie przez okrężnicę o tyle tylko wchodzi klinicznie w rachubę, o ile może stanowić pewną przeszkodę w badaniu fizycznem żołądka, natomiast żadnych dolegliwości nie sprawia, ponieważ przy znaczniejszem wypełnieniu żołądka przykrywająca go od przodu, a (prócz bardzo rzadkich wyjątków) swobodnie ruchoma pętla okrężnicy usuwa się znów ku dołowi. Takie »pętle« okrężnicy poprzecznej są prawie zawsze stanem, polegającym na wrodzonej nadmiernej długości okrężnicy poprzecznej, a tylko spotęgowanym w późniejszem życiu przez nadmierne jej wypełnienie; tylko wyjątkowo wytworzyć się może »pętla« okrężnicy poprzecznej wskutek zbliżania się ku sobie obu jej zgięć, wątrobnego i śledzionowego, pod działaniem uciskających części ubrania. Jako stan wrodzony zdarza się »pętla« okrężnicy poprzecznej nie tyle wskutek prawdziwej nadmiernej długości całego jelita grubego, ile wskutek tego, że w tych razach kątnica leży bardzo wysoko, nieraz tuż pod wątrobą, a początkowa część okrężnicy przechodzi odrazu w część poprzeczną, która jest nadmiernie długa, ale tylko w stosunku do innych części jelita grubego. W tych przypadkach bywa i kątnica zwykle bardzo ruchoma i może leżeć w różnem położeniu, np. przed żołądkiem, przed wątrobą i t. p.

Oprócz opadnięcia i odsunięcia przez okrężnicę może żołądek zmieniać położenie w przypadkach nowotworów innych trzew brzusznych. I tak, nowotwory wątroby odsuwają żołądek zazwyczaj ku tyłowi, rzadziej na lewo lub ku dołowi. Powiększenia i nowotwory śledziony wpływają na żołądek rozmaicie, tak że niema żadnego prawidła, któremuby podlegała zmiana położenia żołądka w tych przypadkach. Nowotwory trzustki zmieniają położenie żołądka tylko wtenczas, jeżeli są bardzo wielkie; stosunkowo częściej zdarza się przesunięcie żołądka przy nowotworach nerki. Każde większe wypełnienie jamy brzusznej odsuwa żołądek ku górze; zdarza się to więc przy każdej znaczniejszej puchlinie brzusznej, bębnicy jelit i t. p. Osobliwą kombinacyą jest wysokie ułożenie żołądka obok opadnięcia jelita cienkiego, znalezione przez S. kilkakrotnie u osób zgrzybiałych i wyniszczonych. Wytłómaczenie takiego stanu jest trudne; nie oświadczając się stanowczo, przypuszcza S., że stan ten jest wynikiem ucisku (opasywanie się na wysokości pępka lub niżej) przy zwiotczeniu krezki i jelitach zapadniętych, prawie pustych. Czy i jakie istnieją kliniczne objawy takiego stanu, niewiadomo.

Wreszcie rozpatruje S. zniekształtnienia żołądka, z których praktyczne znaczenie ma przedewszystkiem t. zw. żołądek klepsydrowaty, powstający, jak wiadomo, wskutek bliznowatego przewężenia żołądka.

W końcu porusza S. sprawę t. zw. wrodzonego zwężenia odźwiernika, dotychczas niejasną. Stan ten napotkał S. w 4 przypadkach u osesków i doszedł na podstawie porównawczych pomiarów mikrometrycznych do wniosku, że polega on na prawdziwym przeroście mięśni odźwiernika, jako zboczeniu wrodzonem. Jednakże podstawą objawów chorobowych klinicznych jest w tych przypadkach, zdaniem S., nie przerost pierścienia mięsnego sam przez się, lecz dopiero skurcz przerosłych mięśni; w ten tylko sposób można wytłómaczyć, dlaczego pomimo istniejącej zmiany anatomicznej, przerostu mięśni odźwiernika, mogą kliniczne objawy wrodzonego zwężenia odźwiernika ustąpić, a pod ponownem działaniem czynników szkodliwych powracać. *Ciechanowski.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Determann. **Jarski sposób życia u ludzi zdrowych.** (*Beihefte zur Med. Klinik*, V Nr 3). Jarcy twierdzą, że dyeta roślinna wpływa korzystnie nietylko na stronę fizyczną, ale i na stronę moralną, dyeta mięsna zaś zatruwa ustrój i wpływa demoralizująco. Zauważyć jednak należy, że zwykle ludzie, przechodzący do jarskiego sposobu życia, dopełniają dyetę także ćwiczeniami fizycznemi, wstrzymywaniem się od wybryków, wyskoku, kawy, palenia tytoniu itp. Rozróżniamy 3 rodzaje jarskiego sposobu życia: 1) ścisły, 2) »liberalny«, 3) mięszany. Przy sposobie ścisłym, w całem tego słowa znaczeniu, unika się wszelkich przetworów pochodzenia zwierzęcego, a spożywa tylko roślinne i to surowe. »Liberalni« jarcy gotują potrawy, spożywają chleb, miód itp., a wreszcie są i tacy, którzy do dyety jarskiej zaliczają także mleko, sery, masło i jaja. Chcąc rozstrzygnąć pytanie, czy dyeta jarska jest wystarczającą do życia lub nawet korzystną, to najpierw trzeba zaznaczyć, że dawne obliczenia Voita ilości białka, potrzebnego do życia (118 grm), są za wysokie. Nawet przy pracy według badań Chittendena wystarcza 50—60 grm białka, a tyle zwykła dyeta jarska dostarcza. Większe ilości białka są dla ustroju koniecznie potrzebne jedynie: 1) w okresie wzrostu, 2) u ozdrowieńców, 3) wśród karmienia, 4) w czasie długotrwałego ropienia, krwawień, 5) przy silnych utratach tłuszczu (leczenie odtłuszczające) i skąpem pobieraniu tłuszczów i węglowodanów. Białko roślinne, odpowiednio podane, wyzyskuje ustrój zupełnie taksamo, jak i białko zwierzęce, albowiem ustrój nie odkłada tego białka, jak dawniej przypuszczano, lecz zmienia je zupełnie w białko krążące i w organiczne połączenia tkankowe. W mięsie jest dużo ciał nukleinowych, które podane w większej ilości wprost szkodzą, wywołując nadmiar kwasu moczowego. Nie da się jednak zaprzeczyć, że ciała nukleinowe znajdują się i w roślinach, jak np. strączkowych i t. p., a nadto wiele roślin zawiera w sobie alkaloidy, kofeinę, teobrominę, teofilinę, które również wywołują zwiększone wydzielenie się ciał nukleinowych w moczu. Bezwarunkowo jednak szkodliwe jest nadużywanie mięsa, zwłaszcza bulionów, wyciągów mięsnych, sosów itp. szczególnie przy siedzącym trybie życia. Dyeta roślinna okazała się wszędzie bardzo korzystną. Najlepszym przykładem mogą być Japończycy w ostatniej wojnie. Pożywienie roślinne jest przytem o wiele tańsze, niż mięsne i na odpowiednie do życia pokarmy roślinne zdobyć się może i najuboższy. Spożywamy mięsa dwa do trzech razy więcej, niż potrzeba. Z zestawień statystycznych wynika, że np. ze 100 gramów białka roślinnego, które kosztuje, średnio biorąc, 14 halerzy, wyzyskuje ustrój 80—90%; ze 100 grm. zaś białka mięsnego (kosztuje około 90 halerzy) — około 90—97%, odpowiednia zaś ilość somatozy kosztuje kilka koron. Również tłuszcze roślinne są znacznie tańsze, niż zwierzęce. Białko roślinne powinno być jednak dobrze podane, a więc przedewszystkiem nie zawsze w surowym stanie, gdyż wtedy wiele z niego odchodzi niezużytkowane. Nie wynika z tego, by spożywanie mięsa uważać za zbrodnię, należy jednak mięso spożywać w ilościach znacznie mniejszych, niż dotychczas, pamiętając, że i jarski sposób życia nietylko zupełnie wystarcza, ale nawet zdrowy jest bardzo. Nie należy jednak przerzucać się odrazu z jednej ostateczności w drugą i zmiana w trybie życia powinna zawsze odbywać się stopniowo. *K.*

Simmonds. **O cukrzycy brązowej i marskości barwikowej.** (*Berlin. klin. Wochs.* 1909 Nr 12). Hemochromatoza i marskość wątroby powstają niezależnie od siebie i są z reguły następstwem przewlekłego zatrucia wyskokiem. Spotykaną w pewnych przypadkach cukrzycy brązowej trójcę objawów: hemochromatozę, marskość wątroby i zmiany w trzustce (w następstwie ich cukromocz), odnieść należy do działania jednego i tego samego czynnika szkodliwego, którym jest wyskok. *W. Kluger.*

Prof. Hirschfeld. **Powstawanie cukrzycy.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 4). Autor opisuje spostrzegany przez siebie przypadek cukrzycy, która wystąpiła w lekkiej postaci bez zwiększenia ilości moczu u 46-l. chorego, obciążonego dziedzicznie i ustąpiła po 4 miesiącach, poczem powróciła po urazie i utrzymywała się już stale. Przed wystąpieniem cukrzycy chory kilkakrotnie przebywał grypę. Przypadek ten w pierwszym okresie choroby nadawałby się do objaśnienia zapomocą zmian zapalnych w trzustce, powstałych może pod wpływem zakażenia grypowego. Za tem świadczyłoby ustąpienie sprawy po kilku miesiącach, brak zwiększenia ilości moczu. Nawiązując do tego przypadku, wypowiada autor zapatrywanie, iż najczęstszą przyczyną cukrzycy jest zmiana zapalna przewlekła w trzustce, powstała pod wpływem drobnoustrojów, czy też toksyn, podczas chorób zakaźnych tam się dostających, a doprowadzająca do zaniku tego narządu. Autor przypuszcza, iż w już zmienionym narządzie przy zastoju wydzieliny może nastąpić zakażenie ze strony przewodu pokarmowego, które za przyczynę cukrzycy uważają Gilbert i Lereboullet. Natomiast autor nie skłania się do upatrywania przyczyny cukrzycy w miażdżycy, kile, nadużywaniu wyskoku, w zapaleniu pęcherzyka żółciowego i w kamicy wątrobnej. Wreszcie zwraca autor uwagę na częstość występowania podobnych zmian w trzustce, jak przy cukrzycy i przy marskości wątroby, czyto zanikowej, czy przerostowej, czy nawet pozimniczej. Rzadkość występowania cukrzycy w przebiegu marskości wątroby tłómaczy H. hamującym wpływem zmian, toczących się w wątrobie lub zależnych od nadużywania wyskoku, na cukromocz. Podobny wpływ zauważono już dawno przy zapaleniu nerek. *Dr Skórczewski.*

Doc. Giza Fodor. **Leczenie morskie dny przewlekłej.** (*Wiener med. Wochs.* 1909, Nr 1). Autor powstaje przeciwko rozpowszechnionemu poglądowi, iż leczenie morskie jest przeciwwskazane w przewlekłej dnie, a zwłaszcza, że kąpiele na otwartem morzu powinny być wzbronione cierpiącym na dnę. Opierając się na pracach Glaxa o morzu Adryatyckiem, oraz wogóle na istniejącem piśmiennictwie, autor wypróbował leczenie w Abbazyi u kilku dnawych z bardzo dobrymi wynikami. Wywodzi on, że chorzy na dnę zupełnie inaczej oddziaływają na kąpiele w Morzu Północnem, niż na kąpiele w Adryatyku i Morzu Śródziemnem, i o ile na południu w ciepłych letnich miesiącach mogą tacy chorzy bez większych ostrożności i bez wszelkiego narażenia się na niebezpieczeństwo korzystać z kąpieli morskich, o tyle znów Morze Północne wpływa zwykle niekorzystnie i często wywołuje napady ostrej dny. *Dr S. Rudzki.*

L. Thumim. **Stosunek przysadki mózgowej do jajników.** (*Berliner klin. Wochenschr.* 1909, Nr 14). W przypadku akromegalii, opisanym przez T., pojawienie się charakterystycznych objawów tej choroby wyprzedziły zaburzenia w miesiączkowaniu, a wreszcie zupełne ustanie miesiączki. Autor dopatruje się związku pomiędzy odpadnięciem czynności gruczołów płciowych, a rozwijaniem się nowotworu przysadki i sądzi, że chodzi tu o toksyczny wpływ nadmiernie wytwarzającej się wydzieliny przysadki. Dowodem tego byłby także fakt, że w przypadku tym podawanie tabletek z przysadki miało wpływ raczej szkodliwy. Jeśli się przyjmie istnienie antagonizmu pomiędzy przysadką, a jajnikami, to możnaby próbować podawać w dużych dawkach tabletki jajnikowe, a z drugiej strony, przy krwawieniach pochodzenia jajnikowego, lub przy chorobliwie podniesionej pobudliwości płciowej, będącej wynikiem wzmożonej czynności jajników, podawać tabletki z przysadki. *W. Kluger.*

Kiriejew. **W sprawie rozpoznawczego znaczenia odczynu ocznego i skórnego w gruźlicy.** (*Medic. Obozr.* 1909. Nr 3). Odczyn oczny Calmettea i skórny Pirqueta wykrywają obecność w ustroju ogniska gruźlicy bez względu na to, czy sprawa postępuje naprzód, czy też przycichła. K. wziął sobie za zadanie zbadać, czyby nie było można, zmniejszywszy zgęszczenie rozczynu tuberkuliny, wywoływać odczyn tylko w przypadkach gruźlicy czynnej. Do odczynu ocznego używał K. rozczynu 0,1%, do odczynu skórnego 0,4% Tuberculin-Test Höchst. Szczepienia dokonał u 225 chorych, w tej liczbie u 56 niewątpliwie gru-

źliczych i u 10 podejrzanych o gruźlicę. Odczyn skórny dawał najczęściej wynik dodatni: 53 razy; odczyn oczny dał wynik dodatni 27 razy. Przytem we wszystkich tych przypadkach, w których odczyn oczny był dodatni, odczyn skórny był także dodatni. W 56 przypadkach stwierdzono gruźlicę zapomocą badadania mikroskopowego. Wyniki swych spostrzeżeń zestawia K. w tablicy; oprócz tego we wszystkich przypadkach z odczynem dodatnim podaje dane kliniczne, przemawiające za gruźlicą, we wszystkich zaś przypadkach, które zakończyły się śmiercią, wynik sekcyi. Nakoniec w kilkunastu przypadkach wykonał K. powtórne szczepienia. Rozpatrując spostrzeżenia K. można zauważyć, że w przypadkach daleko posuniętej sprawy chorobowej odczyn nie daje wyniku dodatniego. Im mniej posuniętą jest sprawa gruźlicza, tem silniejszy jest odczyn; w miarę pogarszania się sprawy odczyn słabnie. Z 53 przypadków odczynu dodatniego, tylko w 5 ani badanie przedmiotowe, ani wywiady nie dostarczyły niczego, coby przemawiało za gruźlicą. Dalszy los tych chorych nie jest znany. Natomiast w 2 przypadkach odczynu dodatniego badanie kliniczne po kilku miesiącach potwierdziło poprzednie rozpoznanie. Na podstawie swych spostrzeżeń dochodzi K. do następujących wniosków: 1) odczyn tuberkulinowy jest swoisty dla gruźlicy; 2) odczyn dodatni oczny lub skórny przy użyciu tuberkuliny w zgęszczeniu, wskazanem przez autora, dowodzi obecności gruźlicy czynnej; 3) odczyn skórny jest delikatniejszy i czulszy od odczynu ocznego; 4) jednakowoż oba odczyny dopełniają się nawzajem i odczyn oczny ważniejszy jest dla rokowania; 5) odczyn ujemny wskazuje na nieobecność gruźlicy lub na bardzo daleko posuniętą sprawę, która już może być określona przez badanie kliniczne; 6) obydwa odczyny mają ogromne znaczenie dla rozpoznania początkowych okresów gruźlicy.

L. Mańkowski.

G. Billard. **Leczenie gruźlicy płucnej wdychiwaniem pyłów grynszpanu.** (*Presse méd.* 1909. Nr 28). Przekonawszy się, że robotnicy zajęci w fabrykach grynszpanu i wdychający całymi dniami kurz grynszpanu, przecie nigdy nie kaszlą i że nawet suchotnicy bardzo wyniszczeni i plujący krwią, w takich fabrykach poprawiają się na zdrowiu i przestają kaszleć i pluć krwią, poleca autor swym chorym rozpylanie i wdychiwanie grynszpanu (zasadowego octanu ołowiu). Chory kupuje kilogram grynszpanu i przez $^1/_2$ godziny rano i wieczór rozrzucając go po pokoju, wznieca kurz i stara się nim oddychać. Dotychczas leczyło się w ten sposób 30 chorych. U wszystkich miał stwierdzić autor zmniejszenie się lub zniknięcie kaszlu, przybytek na wadze, poprawę sił, zmniejszenie się lub ustąpienie odkrztuszania oraz przedmiotową poprawę w stanie chorego. Autor tłómaczy sobie działanie tego środka w ten sposób, że grynszpan, dostawszy się do płuc, rozkłada się, a czynnikiem leczącym jest kwas octowy »in statu nascendi«. Autor ma nadzieję, że zapatrywanie to potwierdzą dalsze próby z innymi octanami. *Stahr.*

Kaszkadamow. **Niektóre dane o szczepieniach ochronnych przeciw cholerze w Petersburgu.** (*Wraczebn. Gazeta* 1909, Nr 5). W r. 1908 otwarto w Petersburgu 11 stacyi dla szczepień ochronnych. Wszystkich szczepień wykonano 30.078 u 16.011 osób; liczba to bardzo niewielka wobec $1^1/_2$-milionowej ludności miasta. W tej liczbie było 39,7% szczepień jednokrotnych, 32,8% — dwukrotnych, i 27,5% — 3-krotnych. Największego kontyngensu do szczepień dostarczyli robotnicy i rzemieślnicy 30,5%, zarobnicy dzienni 15,7%, osoby bez określonego zajęcia 17,7%, handlarze 9,5%, służba 6,1%, klasy inteligentne zaledwo 2%. — Odczyn po szczepieniu zauważono w 34,6% wszystkich przypadków. Z tych odczyn lekki 54,1%; mierny 32,4%; silny 13,5%. W niektórych przypadkach odczyn po drugiem szczepieniu był silniejszy, niż po pierwszem. Za lekki odczyn uważano miejscowy tylko odczyn bez zmian w ogólnym stanie zdrowia; za mierny: odczyn miejscowy, obok niego pewne niewielkie objawy ogólne; za silny: ogólny odczyn z objawami ze strony przewodu pokarmowego, jakoto: nudności, wymioty, rozwolnienia. Z liczby szczepionych zachorowało na cholerę 9, ale zdarzyło się to tylko albo w pierwszych dniach po pierwszem szczepieniu, kiedy odporność jeszcze się nie rozwinęła, albo po kilku miesiącach, kiedy odporność mogła już przeminąć. *Dr L. Mańkowski.*

Wasserthal. **O wpływie odżywiania przez odbytnicę na wydzielanie soku żołądkowego.** (*Medycyna i Kron. lek.* 1909, Nr 16—17). Wskazaniami do odżywiania przez odbytnicę są: niedrożność przewodu pokarmowego, pozostawienie żołądka lub kiszek w spokoju w durze, przy wymiotach nerwowych i u ciężarnych, u chorych na wiąd, świeżo po zabiegach chirurgicznych na żołądku i jelitach, przy otruciach płynami żrącymi, a wreszcie w celu odżywczym. Głównie wchodzą tu w rachubę, następujące pytania: 1) Czy wogóle lewatywy odżywcze mają wartość, i jaką, ewentualnie które z pokarmów nadają się najlepiej do tego? 2) Czy można je stosować często, i jak długo bez szkody, a z pożytkiem dla chorego, ewentualnie jakie są przeciwwskazania do stosowania lewatyw? W najlepszym razie znosi chory 1—3 wlewań na dobę, z których najwyżej zużytkowuje się 600—900 kaloryi, gdy natomiast ustrój potrzebuje 2000 do 2500 na dobę. Lewatywa odżywcza nie sięga bardzo wysoko, i wątpliwą jest rzeczą, czy choć trochę z niej dostaje się aż poza zastawkę Bauhina, choć tak twierdzą niektórzy angielscy badacze (Cannon, Elliot i t. p.), którzy dowodzą, że w okrężnicy wstępującej wykazać można przy lawatywie wyraźny ruch przeciwrobaczkowy. Badania Czernego i innych dowiodły, że u człowieka jelito grube wyzyskuje tylko nieznaczne ilości białka i tłuszczu, a jeszcze stosunkowo najlepiej węglowodany. Przy dłuższem stosowaniu lewatyw występuje za silne gnicie, wywołujące podrażnienie błony śluzowej, a przez to niemożność dłuższego zatrzymania lewatywy. Wobec braku fermentów w okrężnicy polecano dodawać do lewatyw papainę, substancyę trzustki, pankreon i t. p. i Wegele miał przytem otrzymywać wcale dobre wyniki. Woda, sól i wyskok ulegają z lewatywy prawie w całości wessaniu. Wartość więc lewatyw odżywczych, jak z tego widzimy, jest bardzo względna. Zachodzi jeszcze pytanie, jak działa lewatywa odżywcza na górne narządy trawienia, czy n. p. nie drażni odruchowo żołądka i t. p. Pytanie to ważne jest ze względu na stosowanie lewatyw odżywczych, n. p. przy wrzodzie żołądka i t. p. Zdania autorów pod tym względem są różne. Winternitz n. p. twierdzi, że lewatywy wywołać mogą silne podrażnienie żołądka, a nawet wymioty. Do wręcz przeciwnego wniosku doszedł Ziarko, który twierdzi, że lewatywy obniżają nawet ilość wydzielanego kwasu żołądkowego. Dla rozstrzygnięcia tej sprawy wykonał W. badania na psach, u których Prof. Bickel wykonał operacyę t. zw. małego żołądka Pawłowa i przekonał się, że wogóle lewatywy nie wpływają znacznie na wydzielanie soku żołądkowego. Jedynie wyskok wywołuje bardzo wyraźne, lecz krótkotrwałe podniesienie się ilości i ogólnej kwaśności soku żołądkowego. Natomiast n. p. żelatyna obniża wydzielanie, podobnie pepton. W. wysnuwa ze swych badań następujące wnioski, mające wagę i dla życia praktycznego: 1) Przez lewatywy odżywcze niewiele chorym przysparzamy pożywienia, bo w najlepszym razie szóstą — do ósmej części zapotrzebowania. 2) Lewatywy wywołać zaś mogą zaburzenia w okrężnicy, których skutek wprost szkodzić może choremu przez biegunki i zbytnie gnicie w jelitach. 3) Lewatywy odżywcze mogą też odruchowo działać na górne części przewodu pokarmowego, zwłaszcza jeżeli zawierają w sobie wyskok. 4) Głównem zadaniem naszem wobec tego jest dostarczanie ustrojow i przez lewatywy dostatecznej ilości wody, a t. zw. lewatywy odżywcze stosować możemy raczej już tylko celem sugestyi chorego. *K.*

Klippel i E. Chabrol. **Zapalenie nerki urazowe z jednostronnym obrzękiem ciała, oraz wtórnemi zmianami w nerce drugiej.** (*Presse méd.* 1909, Nr 30). Kobieta 30-letnia, dotychczas najzupełniej zdrowa, doznaje gwałtownego urazu w okolicę lędźwiową lewą. Ból okolicy stłuczonej dość rychło ustępuje, ale w jakie trzy tygodnie później zjawiają się ciągle ból głowy, dreszcze, i znowu ból w okolicy nerki lewej dotkliwie zaczyna dokuczać. Białkomocz dowodzi schorzenia nerki, za czem przemawia i obrzęk ciała, ale niezwykle usadowiony, bo zajmujący z początku kończynę górną lewą, później przechodzący na pierś lewą i łopatkę. W kilka dni potem zjawiają się obrzęki i na obu kończynach dolnych i nieznośny ból w podżebrzu prawem. Objawy te poprzedzają mocznicę, która kładzie kres życiu chorej w 2 miesiące po urazie, a w miesiąc po jednostronnym obrzęku. Badanie pośmiertne nie wykazało żadnych ciekawszych zmian, ani w wątrobie, ani w sercu, ani w nadnerczach. Wyraźne natomiast, ale co ciekawsze, obustronne zmiany stwierdzono w nerkach i to zmiany rozlane zapalne śródmiąższowe świeże. Połowicze obrzęki po jednostronnym urazie nerki opisywał już w roku 1883 Potain i tłómaczył objaw ten udziałem układu nerwowego; taksamo odruchem możnaby tłomaczyć i przenoszenie sie zmian zapalnych nerki dotkniętej urazem, na nerkę przeciwną. W ostatnich czasach podnoszą się głosy, które tłómaczą przenoszenie się sprawy zapalnej z jednej nerki na drugą w ten sposób, że do nerki zdrowej dostają się z krwią bez przerwy z nerki chorej wytwory rozkładu komórkowego, które przechodząc przez nerkę zdrową, drażnią ją. Autorowie przyłączają się do tego zapatrywania, jednak nie wyłączają udziału układu nerwowego, szczególniej w powstawaniu jednostronnego obrzęku. *Stahr.*

M. Chambelland. **Leczenie nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (*Presse méd.* 1909, Nr 28). Autor gorąco poleca nakłucie lędźwiowe, dokonywane co 2. lub 3. dzień, gorące kąpiele (39°—40° C.) dwa razy dnia conajmniej i wstrzykiwanie po nakłuciu do kanału kręgowego elektargolu (5 ctm — 10 ctm.). Równie dobre wyniki daje wstrzykiwanie elektargolu do żyły (10—20 gr.). Kiedy mija okres ostry choroby, radzi Ch. wstrzykiwać elektargol pod skórę, zwykle 20 ctm.³ na dwa razy w ciągu doby; Ch. dochodził do dawek 40-gramowych, ale to dopiero w 21. dniu choroby, bez jakichkolwiek przykrych niespodzianek. — Pod skórę wstrzykuje Ch. elektargol, aż ustąpią w zupełności wszelkie objawy mózgowo-rdzeniowe. Ch. wspomina przy końcu swej pracy, że obecnie stosują w armii francuskiej surowicę antymeningokokową Doptera, również z dobrym skutkiem. Wprowadzać ją należy do kanału kręgowego, i to kilkakrotnie. *Stahr*

Cohn. **O następstwach przebycia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 2). Na podstawie dokładnego spostrzegania 27 osób, które przebyły zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, dochodzi autor do szeregu wniosków, z których najważniejsze opiewają: 1) W najcięższych nawet przypadkach możliwe jest wyzdrowienie bez zaburzeń następowych, prawdopodobieństwo tego większe u dzieci, niż u dorosłych. 2) Jeszcze po 4 tygodniach pozornego wyzdrowienia może się pojawić wodogłowie. 3) Najczęstszem następstwem przebytego zapalenia jest głuchota. W 2 przypadkach, jeszcze w 2 lata po zapaleniu, aglutynacya meningokoków z surowicą krwi chorych była dodatnią. *W. Kluger.*

Położnictwo i ginekologia.

B. Krönig: **Przyczynek do kliniki łożyska przodującego.** (*Centralbl. f. Gyn.* 1909. Nr 15). Postępowanie nasze w przypadkach łożyska przodującego nie stoi jeszcze dzisiaj na wysokości zadania; śmiertelność w klinikach wynosi 4—6—8%, w praktyce prywatnej dochodzi do 15% a nawet 20%, przeważnie wskutek utraty krwi, mniej w następstwie zakażenia. Za najlepsze postępowanie należy uważać szybko wykonany obrót według Braxtona-Hicksa, gorsze wyniki daje zastosowanie balonu do macicy z następowem obciążeniem. Autor podaje historye choroby 20 przypadków, z których mimo szybkiej pomocy klinicznej zmarło 6 kobiet, 5 z powodu utraty krwi, a jedna wskutek zakażenia. Przypadki te wykazały, że o ile przez wykonanie obrotu zdołamy często krwotoki w czasie porodu istotnie zupełnie nawet zatrzymać, to o wiele trudniej opanować je w tych przypadkach po porodzie, a jeszcze trudniej po odejściu łożyska. Z powyższych pięciu zejść śmiertelnych, tylko jedno było następstwem utraty krwi wśród porodu, a 4 położnice, które aż do odejścia łożyska miały się względnie dobrze, zginęły dopiero z krwotoków, które wystąpiły 1—2 godzin potem, pomimo zastosowania wszelkich środków, używanych przeciw krwotokom (tamponada według Dührssena). Ze względu na te spostrzeżenia radzi autor każdy przypadek łożyska przodującego o ile możności wcześnie odesłać do kliniki lub innego blizkiego zakładu leczniczego, pod ciągły nadzór lekarski. Co się tyczy początków i nasilenia pierwszych krwawień, to K. stwierdził w 34 przypadkach, że zawsze występowały liczne mniej lub więcej silne krwotoki już na kilka dni lub tygodni przed kresem ciąży; krwotoki te zwykle same ustawały. Przywołany lekarz widząc, że krwotok ustaje, odchodzi, nie widząc potrzeby żadnego działania, gdyż i szyjka jest wówczas zamknięta i bolów niema. A jednak te krwawienia zwiastunowe mają bardzo ważne znaczenie kliniczne i powinny zawsze zwrócić uwagę lekarza na możliwość łożyska przodującego; pamiętającego o tem lekarza nie zaskoczy nagle gwałtowny krwotok, który zwykle występuje dopiero z rozpoczęciem się bolów porodowych. Jeżeli się dzisiaj żąda, aby każdą ciężarną z wązką miednicą odesłać do kliniki, gdyż tylko tam przez wykonanie cięcia cesarskiego, łonowego lub przyłonowego, żywe dzieckowy dostać się udaje, to tem bardziej należy tego żądać w przypadkach łożyska przodującego w interesie matki; przecież lekarz praktyczny (o ile nie chodzi o wązką miednicę z bezwzględnem wskazaniem do cięcia cesarskiego), może w każdym przypadku wązkiej miednicy zawsze na pewne uratować życie matki przez wykonanie w najgorszym razie wymóżdżenia na płodzie żywym, natomiast przy łożysku przodującem wszystkie metody, stosowane w praktyce prywatnej przeciw krwotokom, mogą się okazać tak niedostateczne, że ginie i matka i dziecko. Ponieważ krwotoków zwykle przewidzieć nie można, a lekarz praktyczny nie zawsze może godzinami siedzieć przy chorej, radzi autor odsyłać chore do kliniki, o ile możności jak najwcześniej, najlepiej z chwilą wystąpienia krwawień zwiastunowych. *E. Ehrenpreis.*

Schindler: **Przyczynek doświadczalny do znajomości automatycznych ruchów macicy i ich znaczenie dla patologii i leczenia zakaźnych chorób macicy, w szczególności wiewióra.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zesz. 3). Autor starał się zbadać na drodze doświadczalnej, czy szerzenie się ku górze zakażenia wiewiórowego (*gonorrh. ascend.*) i wogóle każdego zakażenia w narządzie rodnym kobiety, nie zostaje w znacznej części wywołane przez przeciwrobaczkowe ruchy macicy i jajowodów. Teoretycznie należało to przypuszczać, gdyż dwoinki wiewiórowe własnych ruchów nie posiadają, a szybkie czasem postępowanie zakażenia przez jajowody aż do otrzewnej nie daje się zadowalniająco wytłómaczyć tylko rozsiewaniem się dwoinek — jak w hodowli, na coraz dalszej powierzchni błony śluzowej. Autor przeprowadził doświadczenia na 90 królikach i 3 kotach, badając ruchy macicy i jej przydatków już to »in situ« na zwierzętach żywych, już na narządach wyjętych, sztucznie utrzymanych przy życiu, przyczem zauważył, że typ ruchów wskutek tego wcale się nie zmieniał. Badania te wykazały, że macica i jej przydatki mają wybitną własność ruchów automatycznych rytmicznych, zupełnie niezależnie od ośrodkowego układu nerwowego, przyczem każda macica odznacza się właściwą sobie, zupełnie indywidualną pobudliwością, której wielkość zależy od życia płciowego danego osobnika. W ogólności są macice dziewczęce mniej pobudliwe, a pobudliwość ich wzrasta w miarę rozwoju życia płciowego i jest największą w początkowym okresie ciąży. Tę własność automatycznych i rytmicznych, zupełnie zresztą indywidualnych ruchów posiada także pochwa i cały przyrząd więzadłowy. Ruchy przydatków występują także współcześnie i systematycznie z ruchami macicy, z wyjątkiem okresu znużenia i sztucznego uszkodzenia. Ruchy te mają charakter falisty, przyczem można rozróżnić ruchy robaczkowe ku pochwie i przeciwrobaczkowe ku jajnikom; prócz nich spostrzega się jeszcze równoczesne skurcze mięśni okrężnych macicy i mięśni więzadłowych, jakoteż skurcze miejscowe nie postępujące. Wszystkie te ruchy znacznie się wzmagają pod wpływem podrażnień mechanicznych i chemicznych, a szczególnie nagłych zmian ciepłoty: już przestrzykiwania pochwy lub kiszki stolcowej wodą ogrzaną do 39—40° mogą wywołać bardzo silne wzmożenie ruchów automatycznych; podobnie i wstrzykiwania do macicy 3—10% roztworu azotanu srebrowego i ½—1% protargolu. Zbytnie nagromadzenie we krwi kwasu węglowego poraża z wzrastającą sinicą macicy i jej przydatków, także ich ruchy, które znowu wracają, gdy utlenienie krwi w tych narządach stanie się prawidłowe. Atropina również poraża ruchy automatyczne, a w roztworze 1% już po kilku godzinach także mechaniczną pobudliwość macicy. Te własności fizyologiczne macicy stwierdzono także na macicy ludzkiej, a w szczególności udało się Werthowi stwierdzić ruchy przeciwrobaczkowe na macicy zaraz po porodzie. Podobnie można twierdzić stanowczo, że czynniki drażniące i środki, o których wyżej była mowa, wywierają ten sam wpływ na macicę ludzką, jak na króliczą. Autor sądzi, że w ten sposób można wytłómaczyć wystąpienie gorączki przy przewlekłych sprawach w przydatkach po gorących przestrzykiwaniach pochwy lub po zastosowaniu gorącego powietrza u kobiet, które już dawno gorączkować przestały; można sobie bowiem wyobrazić, że wzmożone pod wpływem wysokiej ciepłoty automatyczne ruchy narządu rodnego rozrywają świeże zlepy i wprowadzają znowu w krążenie bakterye z ognisk zakaźnych już ograniczonych, otorbionych. Korzystny lub niekorzystny przebieg zakażeń macicy zależy od tego, czy one pozostają ograniczone, czy też postępują ku górze, a to szerzenie się sprawy wywołują właśnie automatyczne ruchy macicy, a głównie ich wzmaganie się pod wpływem czynników drażniących; szczególnie niebezpieczne są tu ruchy przeciwrobaczkowe. Doświadczenia na zwierzętach, jakoteż spostrzeżenia kliniczne dowodzą, że ruchy przeciwrobaczkowe mogą przenieść zakaźną ropę lub części tkanek do jajowodów, a z nich ku jajnikom i otrzewnej. Powyższe doświadczenia tłómaczą też, dlaczego nie każde zakażenie postępuje; każda macica bowiem posiada indywidualną, tylko sobie właściwą pobudliwość; tu ruchy przeciwrobaczkowe nie zawsze występują. Przebieg zakażenia, w szczególności wiewiórowego, nie zależy od ciężkości zakażenia, gdyż żywotność dwoinek wiewiórowych jest zawsze ta sama, lecz jedynie od indywidualnej wrażliwości każdej macicy. Najlżejszy zabieg, choćby najostrożniej wykonany (przestrzykiwania pochwy lub kiszki stolcowej i in.), nie musi wprawdzie, ale może się przyczynić do znacznego pogorszenia i szybkiego rozszerzenia się sprawy chorobowej. To też nasze postępowanie lecznicze powinno być za-

wsze skierowane ku obniżeniu pobudliwości ruchowej macicy. Samo leżenie w łóżku nie wystarcza, gdyż nie usunie ono ruchów automatycznych; tu trzeba zadziałać miejscowo na samą macicę. Jedynym środkiem, który może oddać znakomite usługi — jest atropina, która zastosowana systematycznie w ostrym okresie zakażenia, nieraz je ograniczy; nawet bardzo długie jej zastosowanie znosi ustrój bez szkody. Drenkhahn pierwszy zastosował atropinę w r. 1905 przy ostrem zakażeniu połogowem i gorąco ją w tych przypadkach poleca. Zaletą atropiny jest i to, że uspokaja bole i pozwala w późniejszym okresie na zastosowanie leczenia energiczniejszego. Drenkhahn stosował atropinę po 2—3 mg na dzień, jużto wewnętrznie, już jako pędzlowanie części pochwowej; wreszcie wstrzykiwał 1 ctm. sześc. rozczynu, zawierającego 1 mg. atropiny. Celem ograniczenia zakażenia, szczególnie jeżeli usadowiło się w szyjce macicy, poleca autor także ssanie zapomocą odpowiednich kloszów, przyczem chodzi o wyssanie wydzieliny ropnej z macicy. Wskutek powstania przekrwienia zastoinowego w objętej kloszem ssącym szyjce, ustają w niej ruchy automatyczne, które tem później znowu wystąpią, im działanie ssące było silniejsze i dłużej trwało; ze względu na to należy działanie ssące stosować bez przerwy przez $^1/_2$—2 godzin. Jeżeli po zdjęciu klosza zabezpieczymy spokój szyjki atropiną, wówczas można nawet spróbować wytrzeć kawał szyjki jakimś lekkim rozczynem odkażającym (2% azotan srebrowy lub $^1/_4$—1% protargol); można też 1 mg atropiny dodać do stosownego rozczynu odkażającego. Celem łatwiejszego dostania się do szyjki zaraz po ukończeniu ssania, podaje autor osobny wziernik. Wycierania szyjki należy wykonywać bardzo ostrożnie i przekonać się przedewszystkiem, jak wpływają na ruchy automatyczne. W ostrym okresie zakażenia trzonu macicy lub przy objawach ze strony jej przydatków działania ssącego wogóle stosować nie wolno, jak i żadnych innych zabiegów miejscowych (nawet gorących okładów na brzuch), a ograniczyć się należy tylko do systematycznego stosowania atropiny. *E. Ehrenpreis.*

Sigwart: **Badania nad hemolizą paciorkowcową w ciąży i połogu.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zesz. 2). Gdy Schottmüller wystąpił ze swemi spostrzeżeniami nad hemolizą, wywołaną przez paciorkowce, zdawało się, że pytanie co do jednorodności — względnie różnorodności tych drobnoustrojów zostało wreszcie rozwiązane. Wykazał on mianowicie, że paciorkowce, wyhodowane z ciężkich spraw zakaźnych (ropowica, róża, gorączka połogowa), przeszczepione na mieszaninę krwi z agarem w stosunku 2:5, posiadają własność rozpuszczania ciałek krwi, czem je łatwo i pewnie odróżnić można od dwóch innych paciorkowców, nie posiadających tej własności, a których się nigdy przy ciężkich zakażeniach nie znajduje. Nazwał więc pierwszy rodzaj: *streptococc. longus pathogenes s. erysipelatos*, a dwa inne rodzaje: *streptoccc. mitior s. viridans i strp. mucosus.* Te spostrzeżenia były bodźcem do licznych badań, które miały odpowiedzieć na pytanie, czy hemoliza przemawia na pewne za żywotnością i chorobotwórczością paciorkowców i czy może ona dać pewne praktyczne wskazówki co do rozpoznania, rokowania i leczenia przy gorączce połogowej. Autor przeprowadził najprzód badania nad odchodami 44 położnic gorączkujących, przyczem zauważył, że z wyjątkiem dwóch przypadków, wszystkie paciorkowce, które zawsze przeszczepiał świeżo z macicy, wywoływały typową hemolizę już po 12—24 godzinach. Hemoliza ta była we wszystkich 31 przypadkach, w których S. znalazł paciorkowce jednako silne i typowe, bez względu na to, czy przebieg choroby był bardzo lekki (19 przypadków) z jednodniową tylko gorączką, czy też bardzo ciężki, czy nawet, jak to się zdarzyło w trzech przypadkach wśród gwałtownych objawów zakażenia otrzewnej, zakończył się śmiercią. Badania te wskazują, że z hemolizy nie można wnosić o większej lub mniejszej żywotności paciorkowców. Natomiast uważa S. codzienne bakteryologiczne badanie krwi jako bardzo ważne dla rokowania dlatego, że samo już znalezienie i rozmnażanie się w niej paciorkowców jest bardzo poważnym objawem postępującego zakażenia, nie zaś fakt, że one rozpuszczają krew. Że hemoliza występuje niezależnie od żywotności drobnoustrojów, wykazują również przypadki bardzo ciężkiego i gwałtownego zakażenia paciorkowcami, które własności hemolitycznych zupełnie nie posiadały, a także badania u 56 położnic nie gorączkujących. U 40 z nich = (71·4%) znaleziono w odchodach z pochwy paciorkowce, które w 83 przypadkach wywołały typową hemolizę. Ażeby się nie narazić na zarzut, że badania te nie są rozstrzygające, gdyż paciorkowce pochodziły z odchodów w pochwie, przeprowadził autor także badania nad odchodami 12 nie gorączkujących położnic, wziętymi równocześnie z pochwy i macicy. W 4 z nich wcale nie było paciorkowców, w 3 były paciorkowce tylko w odchodach pochwowych i to z wyraźnemi własnościami hemolitycznemi, a w 5 znaleziono paciorkowce typowo hemolityczne tak w pochwie, jak i w macicy. W końcu badał autor wydzielinę pochwową u 20 ciężarnych (w hodowlach bulionowych) krótki czas przed porodem, u 9 znalazł paciorkowce, wywołujące w 3 przypadkach typową hemolizę; wszystkie 9 ciężarnych przeszły zupełnie prawidłowy połóg. Ciekawe było zachowanie się paciorkowców niehemolitycznych u 3 ciężarnych w połogu: u jednej znikły one zupełnie, u dwóch zaś można było w 2—3. dniu połogu wykazać mnóstwo paciorkowców hemolitycznych. Autor przypuszcza, że hemoliza jest może tylko wyrazem lepszych warunków rozwoju paciorkowców. Odchody połogowe krwawe przedstawiają dla nich korzystniejsze podłoże, aniżeli kwaśno oddziaływający śluz pochwy, wskutek czego nabierają paciorkowce w tych warunkach własności hemolitycznych, nie koniecznie jednak równocześnie większej żywotności. *E. Ehrenpreis.*

Okulistyka.

Antonelli. **Kiła a krótkowzroczność.** (*Archives d'Opht.* 1908. Nr 6). Zarówno kiła dziedziczna, jak i nabyta, może być bodźcem do wytworzenia znacznego stopnia krótkowzroczności, lub przynajmniej wywołać powikłania istniejącej już krótkowzroczności. Zwłaszcza przypadki jednostronnej już w pierwszych latach życia dającej się wykazać krótkowzroczności u dzieci, okazujących znamiona kiły wrodzonej, należy, zdaniem autora, kłaść na karb tego zakażenia. Istotnie jakieś w życiu płodowem przebyte zapalenie naczyniówki *(chorioiditis luetica diffusa insidiosa)* może do tego stopnia nadwątlić ściany gałki ocznej, że poddają się one już prawidłowemu napięciu śródgałkowemu, co wiedzie do powiększenia gałki i powstania krótkowidztwa. Podobne powstawanie przypuścić można w przypadkach nagle rozwijającej się krótkowzroczności u osób dotkniętych kiłą nabytą. Pośrednio może miąższowe zapalenie rogówki i następowe jej wypuklenie (*keratectasia*) stworzyć krótkowzroczność lub znacznie powiększyć wprzód istniejącą. Nakoniec nikomu nie wyda się dziwnem twierdzenie, że jeśli kiła tak często w oczach prawidłowych wywołuje zaćmienia w ciele szklistem, ogniska zapalne i zanikowe w siatkówce i w naczyniówce, to tem łatwiej wywołać je może w oku krótkowzrocznem, które już wskutek swej anatomicznej budowy do zmian tych jest szczególniej skłonne. *K. W. Majewski.*

Zimmermann. **Dalszy przyczynek do leczenia surowiczego, nieswoistego zakażeń ocznych.** (*Opht. Klinik.* 1908, Nr 21). Wiadomo, że tak zwane »paraspecyficzne« leczenie surowicze polega na stosowaniu pewnej, np. przeciwbłoniczej surowicy, bez względu na rodzaj zakażenia. Autor ogłasza 28 własnych przypadków różnego rodzaju zakażeń oka, jak *ulcus serpens, hypopyon, vulnera penetrantia infecta, iridocyclitis suppurativa post oper. cataractae, iritis gonorrhoica*, a nawet *iritis luetica gummosa,* w których to przypadkach wstrzykiwał chorym stale surowicę przeciwbłoniczą Rouxa, ograniczając leczenie miejscowe do koniecznego minimum. Z przypadków, w których częściowo odstąpił od tej zasady i gdzie prócz tego stosował inne zabiegi lub środki miejscowo lub ogólnie — przytacza te tylko, w których dopiero jednorazowe lub dwurazowe wstrzyknięcie surowicy nadało chorobie wyraźny i stanowczy zwrot pomyślny. Tak np. choremu z kilakowem zapaleniem tęczówki robiono równocześnie wcierania rtęciowe, leczenie to jednak nie odnosiło żadnego skutku. Nagła poprawa nastąpiła po dwukrotnem wstrzyknięciu surowicy. Z 28 przypadków w czterech wynik był ujemny, w tem jeden przypadek zakażenia po operacyi zaćmy i trzy przypadki ciężkich wrzodów pełzających rogówki. We wszystkich innych skutki leczenia surowiczego były korzystne. *K. W. Majewski.*

Pechin i Ducrochet. **Znaczenie rodzaju pisma ze stanowiska okulistyki i ortopedyi.** (*Archives d'Opht.* 1908. Nr 10). Autorowie dochodzą do wniosku, że tak powszechnie dziś zalecane pismo stojące nie odpowiada warunkom higienicznym ani ze stanowiska okulistyki, ani ortopedyi. Ściśle biorąc, żaden rodzaj pisma nie wyłącza u uczącej się młodzieży wadliwego siedzenia i nieprawidłowego trzymania się przy pisaniu. W szczególności jednak pismo stojące nuży, zdaniem autora, bardziej niż pochyłe i sprawia, że dzieci dla wypoczynku przybierają wadliwą pozycyę, t. zw. jedno-pośladkową, która u osobników skłonnych wiedzie do skrzywień kręgosłupa. Nakoniec twierdzenie zwolenników pisma stojącego, jakoby usuwało ono najważniejsze przyczyny krótkowidztwa, nie odpowiada faktom. Pismo pochyłe wypełnia lepiej konieczne warunki higieny oczu

ono jedynie, zdaniem autorów, powinno być w szkołach nauczane. *K. W. Majewski.*

Higiena.

T. Gruber: **Kiśnienie kapusty i jego przyczyny.** (*Centralbl. f. Bacteriologie* II Abth. Bd. XXII. H. 3/4). Celem uzyskania bakteryi, wywołujących jednostajne kiśnienie kapusty, starał się je G. wyhodować z kupnej kapusty kiszonej, z zakiszonej przez siebie, oraz z główek kapusty niekiszonej. Gatunki wyosobnione, a należące do grupy *pseudomonas coli*, są niezawodnie przyczyną właściwej fermentacyi kapusty, znanej pod nazwą kiśnienia; gatunek wydzielony z kapusty założonej do kiśnienia przez siebie nazywa autor *pseudomonas brassicae acidae*. Doświadczenia wykonane na kapuście z tym zarazkiem dawały produkt jednostajny i w czasie stosunkowo krótszym; aniżeli przy użyciu innych bakteryi wydzielonych. Bakterya ta wytwarza indol w bulionie peptonowym i posiada zdolności odtleniające wobec azotanów. *L. Bier.*

H. Kühl: **Ziarno zatrute przez bakterye.** (*Centrbl. f. Bacteriologie* II Abth. Bd. XXII H. 3/4). Z pszenicy, po której spożyciu padał drób, wyhodował K. dwoinki zabójcze dla zwierząt przy zakażeniu do krwi. *L. Bier.*

K. B. Lehmann i A. Treutlein: **Czy dłuższe używanie siarczku sodowego w małych dawkach jest dla zdrowia szkodliwe?** (*Arch. f. Hygiene* 1908 Bd. 68). Mierne ilości siarczku ulegające wessaniu w żołądku, a utlenieniu na siarkany w ustroju, nie wywołują wyraźnych zaburzeń w zdrowiu. Nie można też na podstawie doświadczeń z żywieniem psów i kotów przez dni 200 miernemi dawkami siarczku sodowego dopatrzeć się ujemnego wpływu na zdrowie tych zwierząt. Ustrój zwierzęcy pokonuje łatwo dawki te, o ile dostają się z dostateczną ilością ciał białkowatych. Fakta te jednak nie stoją w sprzeczności z zakazem używania siarczków jako środków używanych do konserwowania wyrobów mięsnych, a to głównie z tej przyczyny, gdyż związki te nadają wyrobom mięsnym, zrobionym nawet z mięsa zepsutego i gnijącego, pozór mięsa świeżego. *L. Bier.*

Prof. K. B. Lehmann: **Studya higieniczne nad niklem.** (*Arch. f. Hygiene* 1908 Bd. 68). Prawidłowe produkta roślinne i narządy zwierzęce zawierają bardzo małe ilości niklu. Zawartość poniżej 1 mg Ni na 1 kg wagi zwierzęcia lub rośliny nie może być dowodem, że nikiel dostał się do nich przez żywienie solami niklu. Gotowanie potraw w naczyniach niklowych udziela im tego metalu w ilościach niewielkich, rozmaitych jednak w stosunku do rodzaju potrawy, podobnie, jak udziela im się miedź z naczyń miedzianych i mosiężnych, cyna z puszek konserw. Tę ilość soli niklowych, która udzielić się może człowiekowi przy wyłącznem żywieniu się potrawami gotowanemi w niklu (około 2 mg na 1 kg), należy na podstawie doświadczeń na zwierzętach uważać za obojętną. Nawet przy wprowadzaniu 6—10 mg Ni na 1 kg wagi kota lub psa nie można było ani z objawów, ani na podstawie sekcyi zauważyć zmian, któreby przypisać należało niklowi. Nikiel zachowuje się przeto w ustroju — podawany przez czas dłuższy w pokarmach w postaci soli nieżrących — zupełnie obojętnie, podobnie jak miedź, cynk i cyna, których w życiu codziennem spożywamy ilości znacznie większe, aniżeli wogóle się przypuszcza. *L. Bier.*

Prof. M. Ficker: **Znaczenie ciał obojętnych dla konserwacyjnych własności salicylu.** (*Arch. f. Hygiene* Bd. 69). Autor pragnął stwierdzić, o ile zmieniają się w salicylanie sodowym własności odkażające i powstrzymujące rozwój drobnoustrojów po dodatku cukru trzcinowego, gliceryny lub soli kuchennej. — Obecność tych ciał — w istocie swej obojętnych — wpływa wybitnie na przeciwgnilne własności salicylanu sodowego, osłabiając je lub wzmagając. Stosunkowo niewielkie ilości cukru trzcinowego wzmagają własności konserwujące salicylu, cukier oszczędza dodatek salicylu; w stopniu jeszcze wyższym od cukru działa sól kuchenna; dopiero w większych dawkach gliceryny uwidacznia się działalność salicylanu. *L. Bier.*

Doc. E. Friedberger: **Doświadczenia nad filtrami amerykańskimi o filtracyi szybkiej (Jewell Filter Company) w zastosowaniu do wody wodociągowej Królewca.** (*Zeitschr. f. Hygiene* Bd. LXI 1908). Wyniki korzystne działalności filtrów amerykańskich, zastosowanych przez Bittera i Gottschlicha dla oczyszczenia z zawiesiny mechanicznej i z bakteryi wody Nilu, służącej do zaopatrzenia Aleksandryi, skłoniły autora do ogłoszenia doświadczeń, dokonanych z wodą wodociągu królewieckiego. Wyniki te nie są zgodne z wynikami B. i G. głównie z powodu odmiennych własności wody królewieckiej, w szczególności co do zmniejszenia ilości bakteryi, wykazują natomiast wybitne zalety filtrów amerykańskich co do odbarwienia i odżelezienia wody.

Królewiec otrzymuje wodę powierzchowną z opadów atmosferycznych, zbierających się w stawach położonych na północ i zachód od miasta. Ze stawów zachodnich płynie do miasta woda kanałem otwartym 17325 m długim (Landgraben) ze spadkiem 1·38 m i stanowi główną arteryę wodną dla wodociągu. Ze stawów północnych płynie woda również otwartym rowem (Wirrgraben), częścią zaś kanałem krytym (Aufschlusskanal). Surowa woda wodociągowa Królewca zawiera bardzo wiele bakteryi, bardzo wiele żelaza związanego z kwasami huminowymi, a ma barwę torfowobrunatną i zapach i smak zbutwieliny. Zwykłą powolną filtracyą przez piasek nie udaje się zamienić jej na wodę, nadającą się bez zarzutu do picia.

Z doświadczeń F. wynika, że używany przy filtracyi amerykańskiej dodatek ałunu — jako środka tworzącego strąt z połączeniami wody — znakomicie nadaje się do wody królewieckiej. Ałun oczyszcza ją z mętów, żółtej barwy i żelaza lepiej, aniżeli jakikolwiek inny sposób. Natomiast następowa szybka filtracya przez piasek wód, zawierających większą ilość bakteryi (Landgraben i Wirrgraben), nie zmniejsza dostatecznie ilości bakteryi, chyba przy znacznym dodatku ałunu; nie można się przeto ograniczyć do filtracyi szybkiej. Znaczna zawartość ciał, zawieszonych w wodzie surowej i częste zmiany w jej składnikach wymagają zastosowania odpowiedniej ilości ałunu; stanowi to dalszą trudność. Jako najbardziej odpowiednią dla wody królewieckiej należy uważać filtracyę szybką w połączeniu z poprzedzającą ją filtracyą powolną; w tych warunkach wystarczy krótki okres osadzania się strątu i mały dodatek ałunu. — Woda kanału zamkniętego nadaje się z powodu małej zawartości bakteryi i ciał zawieszonych oraz jednostajnego składu bardzo dobrze do filtracyi szybkiej, wymaga jednak z powodu smaku i zapachu zbutwieliny również następowej powolnej filtracyi. *L. Bier.*

Prof. Bertarelli i M. Marchelli: **Zmiany w musztardzie, wywołane przez prątka odmieńca** (*b. proteus*) **i stąd wynikłe zatrucia.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- u. Genussmittel* 1908 Bd. 16). Musztarda sprzedawana pod nazwą »moutarde diaphane« zawierała bakterye gnilne, odmieńce, które dostały się do niej najprawdopodobniej wraz z zepsutemi sardelkami. Musztarda ta wywołała liczne zachorzenia z objawami zatrucia, co wraz z dalszemi badaniami pozwalało na twierdzenie, że w musztardzie tej powstały małe ilości ptomain. Zmiany wywołane przez te bakterye w musztardzie odnoszą się głównie do tłuszczu, podnosząc nietylko ogólną kwaśność, lecz i kwaśność z powodu kwasów lotnych. — Najlepszym środkiem dla powstrzymania zepsucia »moutarde diaphane« jest ocet, wstrzymujący rozwój prątka odmieńca. *L. Bier.*

Doc. A. Kossowicz: **Nowe spostrzeżenia nad rozkładem musztardy francuskiej pod wpływem bakteryi.** (*Centralbl. f. Bacteriologie* II Abth. 1909 Bd. XXII). Jako przyczynę zepsucia musztardy znalazł poprzednio autor 2 gatunki bakteryi: *b. sinapivorax i sinapivagus*; — w nowszych poszukiwaniach znalazł prócz powyższych bakterye z grupy *b. mesentericus i subtilis*. Przetrwały one proces zacieru, znajdowały się w mące gorczycznej zupełnie świeżej, jak również i w takiej, której dodano podczas procesu fermentacyi enzymatycznej $^1/_2$% kwasu mlecznego lub wody utlenionej. — Ziarno gorczycy ze zbioru 1907 i 1908 uzyskane z rozmaitych okolic, zawierało *b. sinapivagus*. — Wyjałowienie musztardy za pomocą ciepła wtedy jedynie było skuteczne, jeżeli naczynia o pojemności 200—500 cm³ poddawano działaniu pary dłużej, niż 25 minut; musztarda przybierała jednak wtedy posmak gotowanej. *L. Bier.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Macierzankę (*thymus serpyllum*) poleca ze względu na zawarty w niej olej eteryczny Dr Liaczenko z Charkowa w chorobach dróg oddechowych, szczególnie u dzieci, i to w postaci odwaru, lub naparu. Dla dzieci rocznych bierze się 0·50 gr, dla dzieci dwurocznych 1·20 gr. Zapisuje się n. p. *Inf. thymi serpylli 0·50: 100, Natr. bromati 2·00. Aq. laurocer. 1·50, Syrupi 30. Mds.:* Co 2 godz. łyżeczkę kawową. Lek ten działa korzystnie na wszystkie postaci kurczowego kaszlu, a więc w krztuścu i w grypie w okresie ostrym, kiedy kaszel bywa suchy i nerwowy. W odrze najlepiej podawać macierzankę wtedy, kiedy już osutka zginęła, a jeszcze się utrzymuje uporczywy kaszel. Można ją podawać również w dychawicy oskrzelowej ner-

wowej bez zajęcia zapalnego oskrzeli i w suchych nieżytach oskrzeli. Lek ten można podawać całymi tygodniami bez szkody dla chorych. *Stahr.*

Desalgina jest to połączenie białka z chloroformem, podane przez Prof. Schleicha w postaci proszku. Środek ten poleca S. jako łagodzący bóle przy kolce żółciowej, bólach z wyrostka robaczkowego, przy bolesnem miesiączkowaniu, dychawicy, nerwobólach, wiądzie, kurczach żołądka, migrenie i t. p. Dawka 3—4 razy dziennie na koniec noża. (*Ther. d. Geg.* III., 1909). *A.*

Przy cukrzycy poleca Naunyn celem obniżenia ilości cukru prócz zakazu spożywania węglowodanów także znaczne ograniczenie podawania białka. Najwyżej wolno choremu spożywać dziennie 120 grm białka, t. j. 300—400 grm mięsa. Natomiast tłuszcze spożywać może chory w dowolnej ilości. (*Deutsche med. Wochs.* Nr 49, 1908). *A.*

Do pewnego stwierdzenia prątków gruźliczych poleca Seemann 15% antyforminę, która posiada tę własność, że rozpuszcza szybko i pewnie wszelkie komórki, a pozostawia nietknięte jedynie prątki gruźlicze. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 14). *A.*

Zakażanie książek przez suchotników badał Peterson. W tym celu zbadał on 10 kart nagłównych, które znajdowały się już w archiwum od lat 6 i na 4 stwierdził typowe prątki Kocha. Fakt ten świadczy, że papiery (książki), używane przez chorych gruźliczych, bardzo często ulegają zakażeniu. (*Zjt. f. klin. Med.*, 63). *A.*

Leczenie krwawiączki wstrzykiwaniami surowicy podług Weila oddaje, jak stwierdził Baum, dobre usługi w przypadkach niebardzo ciężkich. (*Mit. a. d. Gr.* XX., 1). *A.*

Przypadłości z wrośniętego paznokcia można podług Lehmana zupełnie wyleczyć bez operacyi sposobem podanym przez Rehna, t. j. przez codzienne wycieranie zaognionych brzegów tamponikiem zmoczonym chlorkiem żelaza. Leczenie trwać ma 14 dni. (*Deut. militär. Zeitschr.*, Nr 21). *A.*

Przy operacyi kamicy w przewodzie żółciowym wspólnym spotkał Wright mnóstwo kamieni żółciowych, zbitych w jedną masę, i wpadł na myśl rozpuszczenia zlepów olejkiem terpentynowym, co też rzeczywiście się udało. (*Brit. med. J.*, 19. XII., 1908). *A.*

Lampa Minina do leczenia światłem niebieskiem nadaje się podług Siebelta dla lekarza praktycznego. Wskazania: choroby skórne, cierpienia gośćcowe, wysięki stawowe i t. p. (*Pos. Tow. baln.* Berlin, marzec). *A.*

W miejsce bizmutu zgodnie z Lewinem poleca Taege przy zdjęciach rentgenowskich stosowanie żelaza, mianowicie »ferrum oxydat. rubrum« ($Fe_2 O_3$), przetwór tani i sprzedawany wszędzie już w proszku. (*Münch. med. Wochs*, Nr 15). *A.*

Nowe instrumentaryum do znieczulenia lędźwiowego podał Wittek. Składa się ono ze szklanego naczynia, opatrzonego podziałką, w które wsuwa się szczelnie przylegający tłok szklany, opatrzony w środku dziurką. Po wkłuciu igły podstawia się naczyńko, w którem (podług Kozłowskiego) jest już dana ilość środka znieczulającego. Po rozpuszczeniu jej w zebranym do naczyńka płynie mózgowo-rdzeniowym wkłada się do naczyńka tłoczek i łączy się go z igłą. Przez wpychanie tłoczka do naczyńka wstrzykuje się rozczyn do kanału rdzeniowego. (*Münch. med. Wochs.* Nr 15). *A.*

Ulepszenie irygatora podała firma Louis-Löwenstein z Berlina. Odpowiednio umieszczona ramka dozwala kierować dowolnie końcem irygatora bez załamywania się gumy, a odpowiedni przyrząd dozwala puszczać i zamykać prąd płynu przez uciskanie nogą. (*Med. Klinik*, Nr 15). *A.*

Nowy przyrząd do wlewań rozczynu soli kuchennej podaje Orland. Przyrząd składa się z kolby szklanej, w której po zatkaniu szyjki watą gotuje się rozczyn. Potem na miejsce zatyczki z waty zakłada się wygotowany korek gumowy o 2 rurkach szklanych. Jedna służy do połączenia z wężem i igłą, a druga doprowadza powietrze. Do użytku obraca się kolby szyjką na dół. (*Med. Klinik*, Nr 17). *A.*

Jałowe trzymadło do lapisu podał Arnold. Zasada trzymadła polega na tem, że w oprawie znajduje się lapis w naczyńku, które rozgrzewa się nad świecą, aby się lapis rozpuścił. Następnie macza się w tym rozczynie drugi koniec przyrządziku, na którym lapis zastyga. (*Münch. med. Wochs.*, Nr 16). *A.*

Sztuczną błonę bębenkową podług Nadolecznego najlepiej dawać ze srebra lub parafiny, natomiast gorsze są błony z kauczuku i papieru. Sztuczna błona poprawia często słuch, chroni od urazów, nie wywołuje nawrotów ropienia, wbrew temu, co sądzą niektórzy. Zwłaszcza przy sprawach obustronnych korzystne jest założenie sztucznych błon. Chory ze sztuczną błoną powinien co pewien czas przedstawiać się lekarzowi, bo protezy łatwo się przesuwają. (*Tow. lek.* Monachium, 3. II. 1909). *A.*

Glukozymetr jest to przyrząd, dozwalający w kilku minutach (n. p. w praktyce prywatnej) oznaczyć wcale dokładnie ilość cukru. Zasadą oznaczenia jest porównanie ze skalą przyrządu zabarwienia danego moczu przy próbie Moora-Hellera. W razie przypuszczenia, że mocz zawiera ponad 3% cukru, należy go podwójnie lub potrójnie rozcieńczyć wodą. (*Med. Klin.* Nr 16). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XV. Posiedzenie naukowe d. 30. kwietnia 1909.

I. Kol. Prof. Rydygier przedstawia chorą po wykonanej **plastyce nosa**.

II. Kol. Stauber. **Leczenie gruźlicy wstrzykiwaniami zawiesiny prątków gruźliczych.** Na wstępie omawia prelegent poglądy dotychczasowe na leczenie tuberkuliną, następnie przechodzi do własnych 21 przypadków. U chorych z dodatnim wynikiem odczynu Pirqueta, względnie Calmettea, wstrzykiwał prelegent początkowo tuberkulinę, potem zawiesinę prątków; zaczynał od dawek $^1/_{500}$ miligr., a dochodził do 1, a nawet do 2 miligr. Słabe rozczyny nie wywoływały zwykle podniesienia ciepłoty, silniejsze natomiast podnosiły ją o $^1/_2$ do 1°; ciepłota dochodziła nawet do 40°, przyczem zjawiał się ból głowy, osłabienie i t. d. Część chorych w znacznem polepszeniu opuściła szpital, z 7 pozostałych przedstawia S. 4 w okresie ozdrowienia, t. j. z obniżeniem wzniesień ciepłoty, zmniejszeniem się kaszlu, plwociny, przybytkiem wagi i t. d. Prelegent jest zwolennikiem stosowania zawiesiny prątków, jako środka leczniczego.

Dyskusya. Kol. Doc. Bednarski zauważa, że stosowanie tuberkuliny przez prelegenta było zbyt energiczne i ryzykowne, a same obserwacye za krótkie, aby można wysnuwać jakieś wnioski. Kol. Stachiewicz jest tego samego zdania, dodając, że warunki szpitalne odgrywają także pewną rolę w stanie gruźliczych. Kol. Prof. Gluziński zwraca uwagę na szkodliwe następstwa przy nieoględnem stosowaniu tuberkuliny, np. pogorszenie się stanu płuc. Do badań tuberkulinowych bardzo ostrożnych i kontrolowanych ściśle, nadawałyby się ambulatorya, gdzie chorzy nie zmieniają warunków życiowych, a materyał jest duży. Kol. Prof. Wiczkowski po wynikach badań prelegenta, przeprowadzonych na jego oddziale, oświadcza się za stosowaniem tuberbuliny. Kol. Wallach odnosi polepszenie się stanu chorych raczej do leczenia dyetetyczno-higienicznego, a nie do tuberkuliny. Wyniki, otrzymane przez prelegenta, należy zatem brać na karb innych czynników. W odpowiedzi kol. Stauber zaznacza, że silny odczyn wystąpił tylko u jednej chorej, że wobec zaniechania u badanych chorych stosowania innych środków leczniczych — polepszenie musi przypisać tuberkulinie. Przyznaje, że obserwacye są krótkie, — trudno jednak chorych z polepszeniem utrzymać w szpitalu.

III. Kol. Reis: **O t. zw. „ciałkach jagliczych“ Greeffa w świetle dotychczasowych badań nad etyologią jaglicy.** Na wstępie krótki historyczny zarys dotychczasowych badań nad przyczyną jaglicy (ziarenkowiec Michela, prątek Müllera i inne twory). Przy badaniach tych nie zwracano uwagi na zawartość samych mieszków, oraz na nabłonki spojówki. Na nabłonki zwrócił uwagę Halberstädter i Provazek. Autorowie ci uważali twory, znajdowane w nabłonku, za przyczynę jaglicy, a schorzenie samo odnosili do zmian w nabłonkach. Greeff twory znajdowane przez tych badaczy identyfikuje ze znalezionymi przez siebie. Prelegent w badaniach swych w lwowskiej klinice okulist. na 70 przypadkach jaglicy, z czego 2 były w okresie ostrym, znalazł w jednym przypadku ciałka jaglicze w pierwszym okresie rozwoju, a dalej stwierdził istnienie ciałek Provazka w naroślach spojówkowych. W końcu omawia prelegent znaczenie i istotę tych ciałek.

Nowicki.

Towarzystwo naukowe warszawskie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie d. 1. kwietnia 1909.

1) P. Wł. Janowski: »Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Teodorze Duninie«.

2) J. Tur: **Spostrzeżenia nad jajami podwójnemi bez blastoderm.** W jajach ptasich o dwóch żółtkach w jednej skorupie — na jednem z żółtek zarodek może być przyciśnięty do drugiego żółtka i wówczas ulega wstrzymaniu rozwojowemu w bardzo wczesnym okresie brózdkowania.

(Treść przedstawionych na tem posiedzeniu prac pp. Weyberga, Miklaszewskiego i Woycickiego przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Posiedzenie d. 6. maja 1909 r.

(Treść przedstawionych na tem posiedzeniu prac pp. Miklaszewskiego, Boguskiego, Weyberga, Thugutta, Wóycickiego i Sierpińskiego przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

Posiedzenie w dniu 23. stycznia (5. lutego) 1909 r.

Przewodniczy Prof. Zaleski. Obecnych osób 25.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

I. Dr L. Jastrzębski odczytuje rzecz p. t.: **Trzy przypadki tak zwanej »anaemia pseudoleucaemica infantum«** (z pokazami preparatów drobnowidowych krwi). W końcu pierwszego i na początku drugiego roku życia dość często u dzieci daje się spostrzegać ciężki rodzaj niedokrwistości, połączonej ze znacznem zwiększeniem śledziony, wobec czego schorzenie to nosi nazwę niedokrwistości śledzionowej. Jaksch przed 20 laty opisał dwa przypadki niedokrwistości, w których przebieg kliniczny odpowiadał przebiegowi przy niedokrwistości śledzionowej, prócz tego była znaczna hyperleukocytoza (1:4000 w jednym mm³ — w jednym przypadku), a więc stosunek białych ciałek do czerwonych, wobec znacznej oligocytemii, równał się 1:12, 1:20. Jaksch wyróżniał ten rodzaj niedokrwistości pod nazwą *anaemia pseudoleuk. inf.* Prelegent przedstawia obraz kliniczny, oraz badania krwi trzech spostrzeganych przypadków tej choroby. — W pierwszym przypadku ilość białych krwinek wynosi 81200, w drugim 57000, w trzecim 41200. Prócz tego była znaczna oligocytemia i oligochromemia. Zmiany we krwi dotyczyły głównie ciałek czerwonych — polichromatofilia, poikilocytoza, oraz jądrzaste formy krwinek czerwonych w dużej ilości. Dwa przypadki zakończyły się zejściem śmiertelnem, jeden wyzdrowieniem zupełnem. Sekcya, dokonana w jednym przypadku, żadnych zmian swoistych dla białaczki nie wykryła. Prelegent przypuszcza, iż przyczyna rozwoju tej niedokrwistości tkwi w zaburzeniach przewodu pokarmowego. Wyróżnianie *an. pseudol. infant.*, jako samoistnego rodzaju niedokrwistości, uważa prelegent za nieuzasadnione, gdyż hyperleukocytoza, przy formie Jakscha, jest objawem bardzo zmiennym, a przebieg kliniczny i zmiany krwi odpowiadają w zupełności zmianom przy niedokrwistości śledzionowej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Ostrowski. Pracując właśnie w tej sprawie, chciałbym w głównych zarysach przedstawić dane mojej pracy jeszcze nieukończonej, a która będzie ogłoszona w postaci rozprawy. Muszę zaznaczyć, że przypadki białaczki rzekomej (*anaemia splenica*) zdarzają się w szpitalach dziecinnych nie często i w ciągu 2 lat, pomimo warunków sprzyjających, udało mi się zebrać tylko 9 klinicznych przypadków choroby rzeczonej; prawie we wszystkich spostrzegałem oligochromemię (od 10% — tylko w jednym przypadku było 80% Hb), oligocytemię (800.000 — w jednym przypadku 5,000.000); na preparatach krwi, zabarwionych trójbarwikiem kwaśnym Ehrlicha, wybitne zmiany w krwinkach czerwonych: poikilocytoza (w jednym przypadku wybitna mikrocytemia). Na wszystkich preparatach widoczne komórki macierzyste krwinek czerwonych — erytroblasty, częściej normoblasty, chociaż spotykałem megaloblasty. Liczba ciałek białych w moich przypadkach nie przekraczała 25.000. Krzywica była u wszystkich chorych, co znajduje się w sprzeczności ze zdaniem Jakscha. Kiła i gruźlica wyłączone. Zgadzam się ze zdaniem Geiselera i Japhy, że *anaemia pseudoleucaemica*, jeżeli jej nie można traktować wprost jako białaczkę, powinna być zaliczoną do niedokrwistości śledzionowej. Patologiczno-anatomiczne dane jeszcze nie są opracowane, a więc wstrzymuję się od wypowiedzenia zdania o samoistności białaczki rzekomej (*anaemia splenica*). (Streszczenie własne).

Dr Sapacz-Sapaczyński przypuszcza, że dwie choroby: niedokrwistość złośliwa (*anaemia perniciosa*) i białaczka wrzekoma (*anaemia pseudoleucaemica*) kiedyś znikną.—Prof. Zaleski: Należałoby zbadać narządy wewnętrzne co do złogów żelaza, które są nader charakterystyczne dla niedokrwistości złośliwej. — Prelegent zwraca uwagę, że charakterystyczną cechą choroby rzeczonej jest znaczne zwiększenie śledziony; zaś śledziona zwiększa się przy wszystkich tych chorobach, gdzie jest rozpad krwi. — Prof. Zaleski sądzi, iż należałoby uzupełnić te badania jeszcze mikrochemicznie i w ten sposób udałoby się sądzić o obecności i ilości żelaza. — Dr Królikowski (gość) zapytuje prelegenta, czy jądrzaste ciałka czerwone wytwarzają się we krwi i prosi go o wyjaśnienie ich pochodzenia. — Prelegent: U ludzi zdrowych jądrzaste ciałka czerwone zdarzają się w szpiku kostnym, w ciężkich przypadkach niedokrwistości, jak n. p. niedokrwistość złośliwa, również przy znaczniejszych upływach krwi formy niedojrzałe krwinek czerwonych (jądrzaste) wstępują do obiegu krwi. — Dr Ostrowski dodaje, że we wszystkich badanych przez niego przypadkach był nieżyt jelit.— Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. Dr Wilamowski odczytuje sprawozdanie komisyi zdrowotnej, wyznaczonej przez »Koło pomocy lekarskiej« przy Rz.-K. Tow. Dobroczynności, ze zbadania pod względem sanitarnym instytucyi, podległych rzeczonemu Towarzystwu, Macierzy Polskiej, a także administracyi kościoła św. Katarzyny.

Prezes w imieniu »Związku« dziękuje wszystkim, którzy brali udział w tej sprawie, za położone trudy. Również składa komisyi podziękowanie obecny lekarz zakładu naukowego przy kościele św. Katarzyny Dr Goryniewski i prosi o odpis aktu. Prezes Prof. Zaleski dodaje, że odpisy będą rozesłane do prezesa rzeczonego Towarzystwa Dobroczynności p. Jastrzębskiego, proboszcza kościoła św. Katarzyny ks. Budkiewicza, a jeden egzemplarz pozostanie w archiwum »Związku«.

Sekretarz: *Zdzisław Sowiński.*

38. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 14—17 kwietnia 1909

podał

Dr A. Klęsk.

I.

Neuber (Kilonia): **Uśpienie zapomocą wdychiwania.** N. rozesłał zapytania w sprawie uśpienia ogólnego do wszystkich chirurgów i dostał wiadomość o 71.000 uśpieniach, w czem 21 przypadków śmierci, t. j. stosunek 1:3000. O ile dawniej w 75% używano chloroformu, o tyle obecnie tylko w 25%. Bardzo przydatnym okazał się przyrząd Roth-Drägera. N. poleca do uśpienia kombinacyę skopomorfiny z kroplowem uśpieniem eterowem.

Bier (Berlin): **Obecny stan znieczulenia lędźwiowego i miejscowego.** B. zaleca do znieczulenia miejscowego kombinacyę nowokainy z adrenaliną. Dobre wyniki oddaje podane przez B. znieczulenie kończyn od żył, zwłaszcza przy większych operacyach, np. resekcyach stawów. Znieczulenie lędźwiowe znajduje coraz to szersze zastosowanie; B. stosuje przy niem tropakokainę z adrenaliną.

Sudeck (Hamburg). **Stosunek oszołomienia eterowego do innych sposobów znieczulania.** Oszołomienia eterowego powinno się używać przy krótkotrwałych operacyach tam, gdzie nie można znieczulać miejscowo. Dobrą jest kombinacya eteru z podaniem morfiny. Eter z początku podaje się kroplami, a dopiero potem w większej ilości, unika się przez to sinicy i duszenia się.

Rehn (Frankfurt). **Doświadczalne badania nad znieczuleniem lędźwiowem.** R. omawia wyniki badań nad krążeniem płynu mózgowo-rdzeniowego, wydzielaniem się środków znieczulających i uszkodzeniem elementów nerwowych przez te środki.

Kader (Kraków). **Technika i wyniki stosowanego w chirurgicznej klinice krakowskiej znieczulenia lędźwiowego.** K. stosuje wielkie dawki tropakokainy, przez co uzyskuje pewne, długotrwałe i wysoko sięgające znieczulenia.

Erhardt celem zwolnienia wchłaniania przy znieczulaniu lędźwiowem poleca dodawać do środka znieczulającego kwas arabinowy. Hosemann twierdzi, że uporczywe bole głowy po znieczuleniu lędźwiowem pochodzić mogą taksamo od za wielkiej, jak i zbyt małej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego. W pierwszym razie ulgę sprawia wypuszczenie płynu, w drugim (nawet częstszym) podskórne wlewania soli kuchennej.

Garrè (Bonn): **Chirurgia moczowodu.** Po omówieniu rozwoju chirurgii moczowodów, przechodzi G. do sprawy szwu i poleca sposób wpochwienia. Przy wszczepianiu moczowodu do pęcherza można postępować śródotrzewnie lub zewnątrzotrzewnie. Obecnie wycięcia nerki z powodu zmian moczowodu należą już do wyjątków, albowiem można moczowód wszczepiać w różne miejsca, jak do pęcherza, do drugiego moczowodu, jelit, do otworów w skórze i plastycznie go uzupełniać.

Völcker (Heidelberg). **Wstrzykiwanie rozczynów srebra przez moczowód do miedniczki nerkowej.** Sposób ten stosuje V. celem określenia położenia i wielkości miedniczki nerkowej zapomocą promieni Röntgena. Przedstawienie przyrządu do układania chorych przy operacyach nerkowych.

Heyde (Marburg): **Przyczyny mocznicy.** Na podstawie doświadczeń, dokonanych wspólnie ze Sauerbruchem na zeszytych ze sobą zwierzętach, dochodzi H. do przekonania, że istota mocznicy polega na zatruciu pewnymi produktami, które działają na zdrowe nawet nerki, albowiem po usunięciu nerek u jednego zwierzęcia, występuje zaraz mocznica i u drugiego zdrowego.

Moszkowicz uzupełnił w jednym przypadku moczowód częścią jelita cienkiego, Franke wyrostkiem robaczkowym itp.

II.

Posiedzenie z demonstracyami świetlnemi (Schnieden, Mannel, Birt i t. p.). Jacoby pokazuje stereoskopowe zdjęcia cystoskopowe, Birt, zdjęcia złamań kości, Mannel, zdjęcia rentgenowskie jelit przy pomocy bizmutu i t. p.

Nötzel (Völklingen). **Operacyjne leczenie ropnego zapalenia otrzewnej.** Przy ogólnem ropnem zapaleniu otrzewnej poleca N. po wypuszczeniu ropy energiczne przemywania rozczynem soli kuchennej i zaszycie jamy brzusznej na głucho. Obecne wyniki operacyjne są lepsze, niż dawniejsze.

Sprengel operuje na sucho i ma także wyniki dobre. Borchardt (Poznań) za radą Glimma wstrzykuje po ukończeniu operacyi do jamy brzusznej 50—100 cm³ oliwy celem zwolnienia wchłaniania toksyn z jamy otrzewnej i ma ogólną śmiertelność mniejszą, bo tylko 26%. Heile (Wiesbaden) celem pobudzenia ruchu robaczkowego wstrzykuje przy końcu operacyi do pętli jelita cienkiego 50—100 cm olejku rącznikowego i unika przez to późniejszych zaburzeń.

W sprawie **plastyki cewki moczowej** przemawiał: — Becker: uzupełnienie cewki zapomocą kawałka żyły podobnie Stettiner, König i t. p. Schnieden użył do tego celu 3 razy moczowodu (2 razy uzyskany z wyciętej nerki, raz ze zwłok). We wszystkich przypadkach przygojenie.

Anschütz (Kolonia). **Leczenie wnętrostwa.** A. poleca sposób Mauclaira, polegający na wypreparowaniu powrózka nasiennego i naczyń i zeszyciu ściągniętego jądra w mosznie z jądrem drugiem. Wysoko leżące jądro zapuszcza A. do jamy brzusznej, a jąder ukrytych w jamie brzusznej zupełnie nie operuje. Katzenstein przestrzega, by operować także jądra leżące w jamie brzusznej, bo w takich jądrach rozwija się nieraz nowotwór. K. operuje swoim sposobem, t. j. przez chwilowe przymocowanie jądra do uda celem wyciągu.

Momburg (Spandau). **Sztuczne zniedokrwienie dolnej połowy ciała.** M. zastosował postępowanie Esmarcha celem wywoływania sztucznego zniedokrwienia na tułowiu, posługując się opaską gumową, założoną silnie koło pasa. Dotychczasowe wyniki, zwłaszcza w położnictwie, są zachęcające. Trendelenburg zwraca uwagę, że postępowanie to przy słabem sercu jest bardzo niebezpieczne.

Czerny (Heidelberg): **O stosowaniu fulguracyi i przetworów „radiol“ z Kreuznach przy raku.** Gdzie nie można już operować, fulguracya i przetwory »radiol«, uzyskane ze źródła Kreuznach, oddają jeszcze dość dobre usługi lecznicze. Abel nie wierzy w jakiekolwiek działanie fulguracyi.

Eiselsberg (Wiedeń): **Przypadek zranienia tętnicy płucnej.** Zranienie tętnicy płucnej wskutek rany kłutej u samobójcy, wycięcie 3 i 4 żebra w aparacie Brauera, zeszycie tętnicy, wyzdrowienie.

Riedel (Jena) **Wycinanie żołądka przy wrzodzie.** (Kazuistyka).

Kotzenberg (Hamburg): **Leczenie następowe po operacyach brzusznych.** Głównem zadaniem powinno być uzyskanie możności wczesnego wstawania po operacyi, t. j. około 3—4. dnia. Jednakże przez wczesne wstawanie nie unika się całkowicie powikłań płucnych, tylko zdrowienie trwa znacznie krócej.

Seidel (Drezno): **Kliniczne i doświadczalne badania nad ostrem zapaleniem trzustki, obumieraniem tkanki tłuszczowej i uodpornianiem przeciw sokowi trzustkowemu.**

Moszkowicz (Wiedeń): **Technika brzuszno-krocznych operacyi raka części miednicznej kiszki.** Operacye powyższe dają dobre wyniki, jeżeli nie operuje się dłużej, niż $1^1/_2$ godz. Przy operacyi brzusznej według wskazówek Kraskego i Rottera, nacina się otrzewnę, podwiązuje się tętnicę odbytniczą górną i oswobadza się odbytnicę, poczem operacya od krocza idzie już bardzo szybko. Należy bardzo zwracać uwagę na dokładne zamknięcie jamy brzusznej od miednicy.

Schoemaker: **Nowy sposób operacyi niedomykalności odbytu.** S. bierze z mięśni pośladkowych pasma włókien mięsnych i umieszcza je koło odbytu. Uzyskał w ten sposób w jednym przypadku znakomity wynik.

Müller (Rostock): **W sprawie zapobiegania zatorom płucnym przy zakrzepie.** W jednym przypadku podwiązał M. zapobiegawczo żyłę biodrową zewnętrzną.

Boese (Wiedeń): **Doświadczalne badania nad ruchem robaczkowym jelit.** B. zaszył w pętli jelita u zwierzęcia ziarna śrutu i badał potem ruch jelit za pomocą promieni Röntgena, przyczem przekonał się, że pętle jelit zachowują dość stale swoje położenie w jamie brzusznej, a większe zmiany w ułożeniu wykonują nietyle ruchy robaczkowe, ile zmiany położenia ciała.

Ritter (Greifswald): **Doświadczalne badania nad wrażliwością jamy brzusznej.** R. na podstawie doświadczeń twierdzi zgodnie z Kastem i Melzerem, że narządy jamy brzusznej są wrażliwe na ból. Jelito, wyłożone na zewnątrz, staje się jednak po pewnym czasie na ból nieczułem.

Bramann (Halla). **O wartości nakłucia spoidła w chirurgii mózgu.** Nakłucie spoidła ma na celu stworzenie połączenia pomiędzy komorą a przestrzenią pod oponą twardą w razie wzmożonego ciśnienia śródmózgowego. Nakłucie to wykonuje się z małego otworu trepanacyjnego. B. wykonał je 22 razy, z tego 13 razy przy guzie mózgu, 8 razy przy wodogłowiu, a raz przy padaczce. Wynik czasem bywa bardzo dobry, tarcza zastoinowa wtedy znika. B. przedstawia 3 w ten sposób operowanych w doskonałym stanie zdrowia.

Madelung (Strasburg): **Odprowadzenie zwichnięcia barku zapomocą nacięcia stawu od tyłu.**

Willens (Gent): **Leczenie krwiaka kolana nakłuciem i natychmiastowem chodzeniem.** Przy ostrym urazowym wysięku kolana lub nagromadzeniu się krwi w stawie poleca W. chorym zaraz po wypuszczeniu płynu przez nakłucie, chodzić; wyniki są bardzo dobre, czas leczenia trwa krótko, najwyżej dwa tygodnie.

Drandt (Królewiec) pokazuje chorego, leczonego na **słoniowacinę kończyny** dolnej sposobem Handeya (wprowadzanie nitek jedwabnych celem sączkowania włosowatego).

Kausch (Schöneberg): **O wszczepianiu kości.** Z doświadczeń K. wynika, że świeżą kość można wszczepiać w ubytki. Wrede (Królewiec) potwierdza prawdziwość podanego przez Lexera sposobu przeszczepiania stawów. Steinmann (Berno) poleca przy leczeniu złamań swój wyciąg zapomocą gwoździ wbijanych w kość.

Helbing (Berlin) przy dużych **rozstępach podniebienia** przybliża przed operacyą przez 3—5 tygodni szczęki zapomocą metalowej klamry.

Muskat (Berlin) w miejsce wkładek **przy stopie płaskiej** poleca odpowiednio wymodelowaną podeszwę w trzewiku.

Kolaczek (Tübingen): **O leczeniu ropni gorących nakłuciem.**. K. poleca leczenie ropni nakłuciem i wstrzykiwaniem przeciwzaczynu (surowica krwi, wysięki zwykłe i zapalne). Leczenie trwa przytem krótko, ciepłota opada zaraz. K. stosuje to leczenie i przy ropniakach opłucnej.

Denk (Wiedeń): **Badanie krzepliwości krwi w chirurgii** ma nieraz wielkie znaczenie. Przy zwolnionej krzepliwości

dobre usługi lecznicze oddają przetwory potasu; przy za szybkiej krzepliwości kwas cytrynowy.

Comers (Heidelberg). **Spostrzeżenia przy zranieniach, powstałych przy trzęsieniu ziemi w Messynie.** Spostrzegano głównie zmiażdżenia z ciężkiemi powikłaniami ropnemi, poranienia urazowe nerwów, złamania czaszki i kręgosłupa, miednicy i innych kości. Prócz tego po zranieniach skóry czaszki występowało często wypadanie włosów (C. nazywa to łysiną urazową *alopecia traumatica*).

V. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dn. 1. stycznia 1908 do dn. 31. grudnia 1908 r. włącznie

ułożyli

Kazimierz Dłuski dyrektor Zakładu.
i
M. Rospędzihowski b. kierownik pracowni.

Cała liczba chorych w ciągu r. 1908 wynosi 329. Według poszczególnych narodowości było: Polaków 290, Rosyan 30, Rusinów 5, Czechów 2, Niemców 1, Rumunów 1. — Ogólna liczba dni pobytu w Sanatoryum wynosi 27010; z tej zaś liczby przypada średnio na jednego chorego 82·1 dnia.

Z ogólnej liczby 329 chorych, 66 nie wchodzi do sprawozdania lekarskiego, gdyż leczenie ich trwało mniej niż 30 dni, t. j. ten najkrótszy okres czasu, jaki uważamy za niezbędny dla wyrobienia sobie choć w przybliżeniu sądu o chorobie, tak z natury swej przewlekłej, jak gruźlica. Zaznaczamy, że w liczbie 66 znajdują się chorzy, którzy przybyli do Sanatoryum po 1. grudnia 1908 i leczyli się 30 dni lub dłużej, a więc wejdą do następnego sprawozdania. — Dla uzupełnienia tego ogólnego obrazu, powinniśmy dodać, iż w liczbie 263 chorych, stanowiących przedmiot lekarskiego sprawozdania znajduje się: 36 chorych, którzy odbyli drugi kurs leczenia, 10 chorych — trzeci kurs leczenia, 3 chorzy — czwarty kurs i jedna chora wreszcie leczyła się po raz piąty w Zakładzie.

Co się tyczy samego sposobu leczenia, zauważyć należy, że obok metody Brehmera-Dettweilera, stosujemy od początku r. 1907 tuberkulinę Beranecka (TBk) wedle znanej metody Sahliego. O wynikach leczniczych na tem miejscu mówić nie będziemy, gdyż sprawa swoistego leczenia gruźlicy tym lub innym przetworem jest rzeczą bardzo powikłaną, zwłaszcza w świetle najnowszych badań o uodpornieniu na gruźlicę, a tem samem wymaga wyczerpującego omówienia. Będzie ona w bliskim czasie przedmiotem odrębnego sprawozdania na I. Zjeździe internistów polskich w Krakowie. Przechodząc do metody Brehmera-Dettweilera, podkreślić należy, że stanowi ona podstawę leczenia, przy której tuberkulina Beranecka była tylko środkiem pomocniczym. Metoda ta jest tak powszechnie znana w całym świecie lekarskim i w szerokich kołach inteligencyi, tak obszernie pisaliśmy o jej stosowaniu w poprzednich sprawozdaniach, że obecnie w krótkich tylko słowach o niej wspomnimy. Zawiera się ona w 3 zasadniczych punktach: stałe używanie świeżego powietrza, odpowiednie odżywianie, oraz spokój fizyczny i psychiczny [1]).

Chorzy spędzają średnio 6 godziny dziennie na werandach. Poza temi zaś obowiązkowemi godzinami, weranduje znaczna ich ilość wieczorami w dnie pogodne, zarówno w porze letniej, jak i zimowej. Obowiązkowego werandowania wieczornego, jak to się dzieje w Sanatoryach niemieckich i szwajcarskich, w naszym Zakładzie dotąd wprowadzić nie mogliśmy. O przyczynach wspominaliśmy w poprzednich sprawozdaniach — powtarzać ich tu nie będziemy.

Dalej, silniejsi chorzy spędzają średnio 2—3 godzin dziennie na spacerach w parku zakładowym lub poza jego granicami, stosownie do stanu sił swych i za wiedzą lekarzy. Naturalnie od spacerów są zupełnie wykluczeni chorzy, choćby z lekkimi stanami podgorączkowymi, przyczem wychodzimy z tej zasady, że nadmiar ruchu działa bezwątpienia szkodliwie na nader pobudliwy ustrój nerwowy chorego gruźliczego, dający się łatwo pod wpływem bodźców, — obojętnych dla zdrowego, — wytrącić z równowagi. Chorzy gorączkujący obowiązkowo muszą leżeć w łóżku przy otwartych całych oknach lub górnych szybach, w tem zaś połączeniu używania świeżego powietrza ze spokojem mamy najpewniejszy środek dla usunięcia, i to trwałego, gorączki, o ile ustrój naturalnie ma dość sił odpornych. Dodamy wreszcie, iż wszyscy chorzy sypiają przy otwartych całych oknach lub górnych szybach, stosownie do stanu pogody. Przy takiem zaś nieprzerwanem oddychaniu świeżem powietrzem otrzymują stale zdrowy materyał dla swych schorzałych płuc, w nim zaś znajdują jednocześnie dzielny czynnik dla zahartowania nadwątlonego ciała. Do tego ostatniego celu służą także, — stosowane wszędzie w Sanatoryach europejskich — zabiegi wodolecznicze, a mianowicie: nacierania całego ciała, na początku wodą z wyskokiem, a później czystą, a następnie u silniejszych chorych natryski z obniżającą się stopniowo w ciągu 20—30 sekund ciepłotą od 35° do 10° C. — Nacierania stosowaliśmy w 1908 r. u 211 chorych, natryski zaś u 34. Co się tyczy odżywiania, możemy śmiało powiedzieć, iż kuchnia w Sanatoryum jest obfita i zdrowa, pożywienie składa się z 5 posiłków dziennie i mleka o 9 godz. wieczorem. Chorzy wypijają średnio $1^1/_2$ litra mleka dziennie i mogą je mieć bez oddzielnej dopłaty na zawołanie. Dodać do tego należy, iż wszelkie zaburzenia w trawieniu uwzględniamy bardzo szeroko, stosując odpowiednią dyetę. Zaburzenia te jednak, tak często towarzyszące gruźlicy, również często ustępują niemal bez żadnych leków, dzięki jedynie lepszej przemianie materyi i wzmocnieniu ustroju, w czem wybitną rolę odgrywa wysokogórski klimat, jak to stwierdzili niejednokrotnie pierwszorzędni znawcy chorób narządu trawienia (u nas Prof. W. Jaworski). Wreszcie pozostaje bardzo ważny czynnik leczniczy, t. zw. spokój psychiczny chorego. Wiadomą jest rzeczą, iż każdy chory gruźliczy znajduje się w stanie ciągłego, mniejszego lub większego pobudzenia nerwowego, zapewne w zależności od stosunku, jaki zachodzi między działaniem toksyn gruźliczych, a odczynem ze strony całego układu nerwowego. Pobudliwość ta naturalnie wzrasta przy przeniesieniu chorego z blizkiego mu otoczenia do obcego środowiska, do Sanatoryum, gdzie nieznane mu są naprzód jego własne losy, gdzie na początku pobytu przedstawia mu się wszystko w rozmiarach przesadnych, w czarnych barwach, a samo leczenie wydaje się jakby ciężką robotą, karą za grzechy. Tu osoba lekarza odgrywa odrazu bardzo ważną rolę. Od jego współczucia dla cierpienia i taktu w obejściu się zależy uspokojenie chorego i przywrócenie mu pogody ducha, oraz oswojenie z koniecznością systematycznego leczenia. A dalej, od stanowczości i systematyczności lekarza, od jego sumienności w kontrolowaniu wszelkich szczegółów leczenia, zależy przebieg jego i pomyślne wyniki. Z drugiej strony chory powinien wykazać dobrą wolę i zastosować się do trudnej i nudnej dyscypliny sanatoryalnej w dobrze zrozumianym interesie własnego zdrowia. Czasem wprawdzie, najstaranniejsza opieka lekarska przy żelaznej wytrwałości chorego nie wiodą do pożądanych wyników. Licha wartość biologiczna tkanek, przy najpomyślniejszych warunkach otoczenia, rozstrzyga o ruinie ustroju. Może z czasem nauka wynajdzie jakiś środek dla tych ustrojów, skazanych przez gruźlicę na zagładę; dziś środków nie mamy. Liczby naszego sprawozdania wykazują, że takie niepomyślne wyniki stanowią bardzo nieznaczną mniejszość.

Przechodzimy teraz do wyników leczniczych objętych Tab. II. Zaczynamy od szczegółów. Jak widać z kolumny 1-szej ilość kobiet (148) znacznie przeważa nad liczbą mężczyzn (115), co już uwydatniło się po raz pierwszy w poprzedniem sprawozdaniu. I tu znów powiemy, że wytłomaczyć tego zjawiska nie umiemy, zważając, iż mężczyzna z natury swego stanowiska w społeczeństwie więcej jest wystawiony, niż kobieta na zarażenie się gruźlicą. — Co się tyczy wieku, to widzimy stale powtarzające się zjawisko, a mianowicie, że chorzy w dwóch okresach wieku, 20—30 lat i 30—40 lat stanowią z mniejszemi lub większemi wahaniami 75% leczących się. — Przechodząc z kolei do obciążenia dziedzicznego, widzimy je u 60% ogółu chorych, czyli najwyższą liczbę ze wszystkich dotychczasowych sprawozdań (najwyższa doszła w ubiegłem sprawozdaniu do 54·3%). Tymczasem mamy obecnie, jak poniżej wykażemy, najlepsze wyniki lecznicze.

Już to samo dowodziłoby, że obciążenie dziedziczne niema przyczynowego związku z wynikami leczenia, co już zresztą dawno stwierdził Turban, i co też my w każdem naszem sprawozdaniu zaznaczaliśmy.

Nim przejdziemy do ogólnych, cyframi objętych, wyników leczniczych, musimy poruszyć parę charakterystycznych szczegółów, a mianowicie znikanie laseczników i gorączki, które stanowią ważne etapy na drodze do uzdrowienia.

---

[1]) Dla dokładności zauważyć musimy, że lekarstwa stosujemy tylko przeciw rozmaitym objawom gruźlicy. Ze środków przeciwgorączkowych najlepszymi okazują się piramidon i aspiryna. Przy złym stanie ogólnym robimy wstrzykiwania arsykodylu z pomyślnym skutkiem (w 1908 r. stosowaliśmy je u 35 chorych). Posługujemy się również dla wzmocnienia ustroju takimi przetworami, jak somatoza, sanatogen i t. d.

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. I. 1908 do 31. XII. 1908 r. (wł.).

Narodowość	Ilość	płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni leczenia	Wiek lat	Wiek osób	
Polacy	290	mężczyzn 157	kobiet 172	Galicya	97	6552	1—10	3	Średni pobyt jednego chorego w Sanatoryum wynosi 82,1 dni
Rosyanie	30			Królestwo	68	5985	10—20	43	
Rusini	5			Warszawa	54	4095	20—30	137	
Czesi	2			Wołyń, Podole, Ukraina, Litwa, Rosya	90	8670	30—40	85	
Niemiec	1						40—50	38	
Rumun	1						50—60	19	
							>60	4	
				Poznańskie i Śląsk pruski	16	978			
				Czechy	2	130			
				Rumunia	2				
Razem	329			Razem	329	27.010		329	

TABLICA II.

Wyniki leczenia 263 chorych za czas od 1. I. 1908 do 31 XII. 1908 (wł.).

Płeć		Wiek lata	Wiek osób	Obciążenie dziedziczne rodzaj *)	Obciążenie dziedziczne osób	Gorączka	Prątki Kocha	Waga obliczona na 100 dni			Okresy	Poprawa wyraźna	Poprawa względna	Poprawa bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć	
mężczyźni 115	kobiety 148	1—10	3	o¹	63	przyjechało z gorączką osób 120; wyjechało „ „ 53; przyjechało bez gorączki „ „ 143; wyjechało „ „ „ 210	przyjechało z prątkami osób 112; wyjechało „ „ 91; przyjechało bez prątków „ „ 151; wyjechało „ „ „ 172	210 osób przybrało średnio 6·3 kg; 17 „ straciło „ 2·8 „; 20 „ bez zmiany; 16 „ waga nieznana	Ogólna liczba dni leczenia = 25.950	Średnia liczba dni leczenia na 1. chorego = 98,6							
		10—20	33	o²	7												
		20—30	112	o	90						110 osób I. okresu	82	26	2			42%
		30—40	69	bez	103												
		40—50	30														
		50—60	14		263						93 osób II. okresu	61	23	3	5	1	35%
		>60	2														
			263								60 osób III. okresu	29	15	4	9	3	23%
											Razem osób 263	172	64	9	14	4	
														263			

*) o¹ — oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — oznacza obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Prątki Kocha znikły tym razem u 21 na 112 chorych, t. j. przeszło 18%, co stanowi w dwójnasób lepszy wynik, niż w ubiegłem sprawozdaniu (9·2%), lepszy również, niż w I. i II. sprawozdaniu, i tylko o 4—5% niższy, niż w III. sprawozdaniu.

Wynik co do zniknięcia gorączki jest najlepszy ze wszystkich dotychczasowych sprawozdań, a mianowicie:

w I. spr.	II.	III.	IV.	Obecne
41%	48%	31%.	53·5%	55·8%.

Wreszcie wspomnimy o przyroście wagi, która jako średnia cyfra u dużej ilości chorych jest bezwątpienia cennym wskaźnikiem w zakresie spraw odżywienia ustroju. Tym razem mamy dość oryginalne zjawisko, a mianowicie: przy lepszym materyale klinicznym i przy najlepszych wynikach leczniczych, przyrost wagi 6·3 klgr jest przeszło o cały klgr mniejszy, niż w II., III. i IV. sprawozdaniu. Natomiast, gdy w poprzednich sprawozdaniach widzimy, że przyrost wagi odbywa się średnio u 75% chorych, obecnie sięga on niemal 81%; średni zaś ubytek (2·81 klgr) jest mniejszy, niż w ostatniem sprawozdaniu (3·1 klgr.).

Po zaznaczeniu tych wszystkich szczegółów, mających bezpośredni związek z przebiegiem leczenia, przechodzimy do ostatecznych jego wyników. Chorych naszych, jak i w poprzednich sprawozdaniach, dzielimy na 3 okresy, wedle dawnej klasyfikacyi Turbana. Uznajemy wszelkie jej braki, jako że opierając się jedynie na rozległości zmian anatomicznych, nie bierze ona w rachubę najważniejszego czynnika w walce ustroju z zarazkiem gruźlicy i jego toksynami, a mianowicie odporności tegoż ustroju. Ale w każdym razie klasyfikacya Turbana stanowi pewien schemat, ułatwiający oryentowanie się co do stanu chorego. — Na jej podstawie dodatnie wyniki lecznicze określamy zapomocą formuły »poprawa względna« i »wyraźna poprawa«. Do poprawy względnej zaliczamy wszystkie przypadki, gdzie stan ogólny doznał polepszenia, stan zaś płuc pozostał bez zmiany. Do drugiej zaś, gdzie polepszeniu stanu ogólnego towarzyszyło większe lub mniejsze polepszenie stanu miejscowego w płucach.

Z liczb naszych wypada, że poprawa wyraźna nastąpiła u 172 chorych, czyli u 65·4% całej liczby — poprawa względna u 64 chorych, czyli u 24.3% całej liczby; razem widzimy poprawę u 89·7% chorych. Pozostaje tylko 27 chorych, czyli 10·3%, u których bądź stan pozostał bez zmiany (9 osób), lub nastąpiło pogorszenie (14 osób), lub wreszcie zejście śmiertelne (4 osoby). W żadnem z poprzednich sprawozdań nie mieliśmy

jeszcze takiego dużego odsetka ogółu polepszeń, gdyż najwyższa liczba z ostatniego sprawozdania dochodzi do 82·8%. Dodać do tego należy, że odsetek wyraźnej poprawy w jednym III. okresie sięga, jak i w ostatniem sprawozdaniu 48·3%.

Tak wielce pomyślne wyniki lecznicze dadzą się wytłómaczyć tem, że jeszcze nigdy nie mieliśmy takiego dobrego materyału klinicznego. I rozumiemy to nietylko w schematycznem znaczeniu podziału chorych na 3 okresy, gdzie wielki odsetek 42% w 1-szym okresie sam przez się rzuca się w oczy. Mamy tu na względzie jednocześnie wszelkie czynniki fizyologiczne, stanowiące o prawidłowem odżywieniu całego ustroju i prawidłowych czynnościach najważniejszych jego narządów. I z tego względu materyał nasz zeszłoroczny jest najlepszym.

Dla uzupełnienia tego obrazu musimy jeszcze poruszyć dwa, najczęściej zdarzające się powikłania w przebiegu leczenia, a mianowicie: krwioplucia i krwotoki, a następnie gruźlicę krtani.

Krwioplucia i krwotoki zapisaliśmy w wywiadach u 120 na 263 chorych, czyli przeszło u 45% ogółu chorych przed przybyciem do zakładu. Jest to najwyższy dotąd przez nas stwierdzony odsetek, gdyż w poprzednich sprawozdaniach spotykamy z kolei następujące liczby: w I. sprawozdaniu — 34%; w II. — 36%; w III. — 31%; w IV — 43%. Natomiast nigdy jeszcze nie spotkaliśmy powtórzenia się krwioplucia i krwotoków w tak małej ilości, jak obecnie, a mianowicie u 17 tylko chorych na 120, czyli w 14·2%, gdy w poprzednich sprawozdaniach spotykamy je w następującym chronologicznym porządku: 18%, 18%, 18% i 20%. Nadto, zauważyć musimy, że krwioplucia i krwotoki pokazały się po raz pierwszy w sanatoryum u 5 chorych, co w stosunku do całej liczby 263 chorych wynosi 1·9%, w stosunku zaś do 143 chorych, którzy w wywiadach krwioplucia nie mieli, 3·7%. Liczby te są tak wymowne, że nie potrzebują żadnych komentarzy. Obalają one całkiem stanowczo legendę, że klimat wysokogórski (nawet 1050 metr., t. j. wysokość położenia sanatoryum) usposabia do krwotoków. — Już tyle razy przytaczaliśmy opinię bardzo doświadczonych klinicystów, którzy lata i dziesiątki lat spostrzegają gruźliczych w miejscowościach takich, jak Leysin (1400 m.), Davos (1560 m.), Arosa (1800 m.) i na podstawie długoletniej praktyki doszli do przeświadczenia, że klimat wysokogórski nietylko nie usposabia, ale działa hamująco dla różnych względów na krwioplucia i twierdzenia swe popierają niezbitymi liczbowymi dowodami, że dalej ani ich argumentów, ani naszych własnych powtarzać nie będziemy. W takiej specyalnej sprawie rozstrzygają fakty i liczby. Są one wyraźne i jasne i mówią same za siebie.

Przechodząc do gruźlicy krtani, możemy również twierdzić, że na ogół nie widzimy ujemnego wpływu wysokogórskiego klimatu na jej przebieg. Zapewne, są różne postacie gruźlicy krtani, są większe lub mniejsze, powierzchowne lub głębokie zmiany, i zależnie od ogólnego stanu ustroju, jak też i od odporności miejscowych tkanek, sprawa gruźlicza krtani może się poprawić lub pogorszyć zarówno w wysokogórskim, jak i w ciepłym morskim, jak też i w swojskim klimacie.

Z naszych dotychczasowych spostrzeżeń możemy wnosić, że z nielicznymi wyjątkami, klimat nasz wywiera w tym kierunku wpływ dodatni. W obecnem zaś sprawozdaniu widzimy wyniki nader pomyślne, jak nigdy przedtem. Gruźlicę krtani stwierdziliśmy u 13 osób, z których u 6 ciężką postać z wielkimi naciekami i owrzodzeniami. Otóż nie stwierdziliśmy ani jednego przypadku pogorszenia. Wynik ostateczny: u 4 stan bez zmiany, u 9 poprawa, w tej liczbie dwie znaczne poprawy. Do tych powikłań w przebiegu gruźlicy płuc musimy dodać jeszcze następujące: zmiany gruczołów *(lymphadenitis)* (10 przypadków), gruźlica jelit (5), zapalenie gruźlicze otrzewnej (2), zapalenie gruźlicze stawów (3), zapalenie okostnej i kości (1), gruźlica prosówkowa (1), wrzód gruźliczy na języku i dziąsłach (1), przetoka odbytnicy (2), odma piersiowa (1), zapalenie nerek gruźlicze (2) zapalenie ucha środkowego (1), gruźlicze zapalenie osierdzia (1), dychawica oskrzelowa (1), zwykłe zapalenie wyrostka robaczkowego (3), czerwiwość *(trichocephalus dispar)* (1), przewlekłe zapalenie nerek (1), przewlekły nieżyt jelit (1), kamica żółciowa (1), suche zapalenie osierdzia (1), choroba Basedowa (1), białkomocz (4), odczyn dwuazowy (6). Dla uzupełnienia obrazu musimy jeszcze wspomnieć o paru charakterystycznych szczegółach, które przytaczamy we wszystkich naszych sprawozdaniach, a mianowicie: główne ogniska gruźlicze i suche zapalenie opłucnej. Co się tyczy pierwszych, mamy na względzie ogniska w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki, i w lewem z przodu w II i III międzyżebrzu w pobliżu mostka. Ogniska te pojawiają się oddzielnie lub jednocześnie u jednego i tego samego chorego. Wspominamy zaś o nich dlatego, że występują one przed ukazaniem się sprawy w szczytach, że w ogniskach tych sprawa bywa znacznie posunięta naprzód wówczas, gdy szczyty są mało lub wcale nie dotknięte chorobą, że sprawa ta odznacza się pewną uporczywością, skąd wynika, że i poprawa w tych ogniskach następuje trudniej niż w innych częściach płuc. Ogniska takie znaleźliśmy w tym roku u 12,5% ogółu chorych. Przechodząc do suchego zapalenia opłucnej, zaznaczamy, że jakkolwiek jest ono częstem zjawiskiem w przebiegu gruźlicy płuc, wspominamy o niem dlatego, że w naszych przypadkach ma ono pewne swoiste cechy, które z pewną prawidłowością stale się powtarzają. Do cech tych należą: wybitna zmienność i krótkotrwałość objawów przedmiotowych i podmiotowych, jak tarcie i ból, które znikają czasem w ciągu kilku godzin, i to niekiedy bezpowrotnie; pewien niestosunek między objawami przedmiotowymi a podmiotowymi, tak, że przy ograniczonem tarciu na przestrzeni paru lub kilku centymetrów kwadratowych, ból może dochodzić do wysokiego stopnia natężenia, ciepłota ciała zaś może się podnieść aż do 40°; ale trwa to krótko, parę godzin zaledwie. Bywa też zupełnie naodwrót. Wreszcie takie ograniczone suche zapalenia opłucnej nie mają związku z głównemi ogniskami, gdyż mogą się pojawiać zdala od nich, w chorem płucu lub też zdrowem, czasem przerzucają się z miejsca na miejsce, nie zdradzając swego istnienia żadnymi podmiotowymi objawami i wówczas dadzą się wykryć tylko dzięki systematycznemu badaniu całej powierzchni klatki piersiowej. W roku ostatnim (1908) spostrzegaliśmy je u 39 chorych, czyli u 14,7% ogółu chorych.

Na tem kończymy nasze sprawozdanie. Omawiając poszczególne pozycye, sformułowaliśmy w krótkich słowach wnioski, które z zestawienia liczb same wynikały. Na zakończenie możemy powtórzyć raz jeszcze, że otrzymane wyniki lecznicze — okrągło 90% poprawy — są nader pomyślne. Polegają one głównie na tem, że materyał kliniczny był obecnie lepszy, niż we wszystkich poprzednich latach. Potwierdza to dawno już znaną prawdę kliniczną, że, im wcześniej rozpoczęto leczenie gruźlicy, tem więcej ma chory szans dla poprawy swego zdrowia. Prawda ta zyskuje coraz szersze prawo obywatelstwa. Dzięki temu, lekarze rodacy, których poparciu zakład na pierwszem miejscu zawdzięcza swe powodzenie — nie przysyłają już chorych, pozbawionych wszelkiej nadziei poprawy, jak to bywało czasem w pierwszych paru latach istnienia Sanatoryum. Zresztą i publiczność nasza także przyszła do tego przeświadczenia, że klimat tutejszy może przez swe składowe czynniki, działające podniecająco na ustrój, dokonać wiele, nawet wówczas, gdy czyste powietrze nizin jest bezsilne, ale cudów tworzyć nie zdoła. Równolegle z polepszeniem materyału klinicznego i lepszymi wynikami leczniczymi, stale wzrasta ogólna frekwencya Zakładu. Już w zeszłorocznem sprawozdaniu zaznaczyliśmy, iż frekwencya w porównaniu z I sprawozdaniem (od listopada 1902 do kwietnia 1904) wzrosła w stosunku 6,4 do 4,2. Obecnie zaś, w porównaniu z ostatniem sprawozdaniem, frekwencya wzrosła jeszcze o 15%. Fakt ten dowodzi, iż pomimo zagnieżdżonych u nas uprzedzeń do wszystkiego, co swojskie, pomimo specyalnych uprzedzeń skądinąd do klimatu zakopiańskiego, Sanatoryum, jako zakład leczniczy, zyskało sobie prawo obywatelstwa w naszem społeczeństwie. Do nas, lekarzy zakładowych, należy, aby Zakład, który zdobył sobie życzliwość kolegów i zaufanie naszej inteligencyi do tego stopnia, że 20—25% chorych, przyjeżdża z własnej inicyatywy — spełniał i nadal umiejętnie i sumiennie zadanie, jakie sobie zakreślił. Rozumiejąc całą trudność tego zadania, będziemy i nadal pracowali z tą myślą, że owoce naszej pracy wychodzą na pożytek naszemu społeczeństwu.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

Sprawozdanie za r. 1905 ukazało się z końcem roku zeszłego. Rychlejsze ukazywanie się sprawozdania, pod każdym względem pożądane, będzie zapewne wtenczas możliwe, jeżeli zestawienia roczne z powiatów, tworzące materyał, na którym się sprawozdanie opiera, wpływać będą wcześniej. Pragnąćby należało, aby pod tym względem nastąpiła zmiana, umożliwiająca rychlejsze ukazywanie się cennego wydawnictwa Rady Zdrowia. Sprawozdanie tegoroczne prawie nie różni się w ogólnym układzie od poprzedniego. Pomieszczane dawniej na końcu zestawienia tabelaryczne, oraz dział pod tytułem: »Naturalny przy-

rost ludności«, już zdaje się do sprawozdań nie powrócą, chociaż brak ich uważać należy za stratę. Pożądane byłoby, jak mi się zdaje, podawanie zaludnienia poszczególnych powiatów i miast, przyjętego w danym roku za podstawę obliczeń, oraz bogatszych danych o ruchu emigracyjnym (stałym i sezonowym).

1 Ruch ludności.

A. Małżeństwa.

Małżeństw zawarto w r. 1905, 63.641, t. j. 8,3 na 1000 ludności, najwięcej w powiatach ruskich (do 11,8), najmniej w polskich (minimum 5,7).

B. Urodzenia.

W r. 1906 i bezwzględnie i w stosunku do ludności urodziło się mniej dzieci, niż w poprzednich dwóch latach, mianowicie 317.445 t. j. 41,39‰ ludności, gdy w r. 1904 43.25, w 1903 42,6. Niemniej Galicya zajmuje zawsze pierwsze miejsce w Austryi liczbą urodzin w stosunku do ludności. Najpłodniejsze są, jak od szeregu lat, powiaty ruskie, z których tylko w powiatach zaleszczyckim, brodzkim i borszczowskim od lat 3 liczba urodzin stopniowo się zmniejsza, prawdopodobnie w następstwie emigracyi do Ameryki. Liczba dzieci nieślubnych znowu się nieco w r. 1905 zmniejszyła; w stosunku do ogólnej liczby urodzin wynosi 9,1%. To zmniejszanie się stopniowe, a stałe, jest następstwem coraz mniejszej ilości małżeństw rytualnych wśród ludności żydowskiej (dzieci z małżeństw rytualnych zapisywane są jako nieślubne). Nieżywo urodzonych było w r. 1905 znowu mniej (2,01%); powolny, ale stały spadek liczby nieżywo urodzonych rozpoczął się od r. 1901. Sprawozdanie podaje utaj tabelaryczne zestawienie nieżywo urodzonych we wszystkich powiatach kraju za lat 5. Z wyjątkiem powiatu kossowskiego wszystkie inne (22) powiaty z wysoką cyfrą nieżywo urodzonych są to powiaty, zamieszkałe przez ludność polską. W kossowskiem tłómaczy się to epidemią kiły. Co do innych powiatów z wysoką cyfrą nieżywo urodzonych, zwraca uwagę, że są to powiaty wzajem zesobą graniczące jedna grupa takich powiatów znajduje się w południowo-zachodnim górzystym kącie kraju (Myślenice, Nowy Targ, Limanowa, Żywiec i t. d.), a druga w północnym kącie (Tarnobrzeg, Mielec, Nisko). Postęp w zakresie pomocy położniczej jest i w tym roku widoczny, wszelako wogóle bardzo powolny, postęp roczny nie dochodzi bowiem nawet 1,5% porodów. I tak w roku 1904 odbyło się przy pomocy położniczej 27% wszystkich porodów, w r. 1904 28,4%. Gdyby postęp i nadal był równie powolny, to dopiero za lat 30 możnaby się spodziewać zrównania się Galicyi z resztą Austryi, gdzie już obecnie wszystkie porody odbywają się przy pomocy położniczej. Jest 12 takich powiatów, gdzie liczba porodów, umiejętnie prowadzonych przez egzaminowane położne, nie dochodziła nawet 10%, a zaledwo 6 takich, gdzie wynosiła od 51 do 90%. Powyżej 91% wynosiła tylko w miastach Lwowie i Krakowie.

C. Śmiertelność.

W stosunku do ludności, obliczonej na r. 1905 według średniego przyrostu, wynosiła śmiertelność 27,83 na 1000 ludności i była wyższa od śmiertelności roku poprzedniego. W ostatniem pięcioleciu tylko r. 1902 miał śmiertelność większą (28,14). Zwiększona śmiertelność w r. 1905 tłómaczy się rozległą klęską posuchy.

1. Śmiertelność według wieku.

Liczba dzieci zmarłych poniżej 5-go roku życia stanowi ciągle jeszcze przeszło połowę wszystkich zmarłych, pomimo, że r. 1905 był pod tym względem stosunkowo pomyślny (51,3%), a pomyślniejszy od niego był tylko r. 1904 (50,67%). Jak zwykle, była śmiertelność niemowląt największa w powiatach, odznaczających się najwyższą płodnością.

2. Śmiertelność według przyczyn śmierci.

Już omawiając poprzednie sprawozdania, zwracaliśmy uwagę, że istotną wartość w tym dziale ma statystyka śmiertelności tylko niektórych chorób nagminnych, które są sprawdzane przez lekarzy urzędowych. Dane o śmiertelności z innych chorób, oparte na wykazach parafialnych, można zużytkować tylko z zastrzeżeniami ze znanych powodów (zaledwo ¼ zwłok oglądają lekarze, resztę niewykształceni oglądacze).

Wrodzony brak sił żywotnych miał być przyczyną śmierci w 2825 przypadkach.

Gruźlica i zapalenie płuc zabrały w r. 1905 7,28 na 1000 ludności. Rok ten był pod tym względem gorszy, niż którykolwiek z 4 poprzednich lat, w których odpowiednie liczby odsetkowe wynosiły kolejno: 6,41—6,73,—6.39,—6,86. Nawet uwzględniając zastrzeżenia, poczynione powyżej, nie można zaprzeczyć, że śmiertelność z gruźlicy i zapalenia płuc w kraju naszym stopniowo wzrasta. I w tym roku także miasto Kraków zajmuje niestety trzecie miejsce ze śmiertelnością 12,3, o 0,1 większą, niż w r. 1904. W mieście Lwowie stosunki w porównaniu z r. 1904 znacznie się pogorszyły, gdyż śmiertelność z chorób narządu oddechowego wzrosła z 9,98 w r. 1904 na 11,2 w r. 1905. Ponad 10% wynosiła śmiertelność w tym dziale w r. 1903 tylko w pięciu, w r. 1904 w dziewięciu, a w r. 1905 już w 15 powiatach. W kilkunastu powiatach śmiertelność w tym zakresie wzrasta stale, a z nich powiaty: Gródek, Jaworów, Lwów, Mościska, Rawa i Rudki tworzą jeden kompleks, szczególnie pod tym względem dotknięty.

Błonica była według wykazów parafialnych w r. 1905 przyczyną śmierci u 0·83‰ ludności. Pod tym względem był rok ten nieco korzystniejszy od obu poprzednich. Mało rozszerzona była błonica na t. zw. Pokuciu, t. j. w powiatach południowo-wschodnich, a także w tarnobrzeskiem, limanowskiem i przeworskiem. Najwięcej zdawała się grasować w stryjskiem i brzeżańskiem, gdzie zresztą od lat kilku wcale nie wygasa. Do wiadomości lekarzy urzędowych doszło zaledwo nieco więcej niż 1/5 przypadków błonicy! Pod tym względem nie są bez winy same władze sanitarne. Rada Zdrowia wytyka, że w jednym z powiatów urzędownie nie stwierdzono ani jednego przypadku błonicy, chociaż w tymże powiecie miało na nią umrzeć według wykazów parafialnych 114 osób! Leczenie surowicą, o którem sprawozdanie podaje zestawienie tabelaryczne według powiatów, dało wogóle wyniki bardzo dobre. Niezmiernie przykre wrażenie sprawia jednak uwaga Rady Zdrowia, że »niepodobna zrozumieć, dlaczego niektórzy lekarze urzędowi, mimo licznych dojazdów do gmin nawiedzonych epidemią, nie stosowali surowicy ani razu, lub też tylko wyjątkowo« (powiaty żydaczowski, podhajecki, lwowski — leczono surowicą 3 osoby na 79—, gorlicki i in.). »Trudno przypuścić — dodaje Rada Zdrowia — by jedynie opór ludności przeciw wstrzykiwaniom surowicy był przyczyną tej przesadnej wstrzemięźliwości w używaniu surowicy«.

Krztusiec zabrał w r. 1905 według wykazów parafialnych 6657 osób, według zaś wykazów lekarzy urzędowych zmarło osób 1426, a chorowało 21.000.

Na ospę chorowało osób 169, zmarło 17; chorowało więc o 127, a zmarło o 10 więcej, niż w r. 1904. Przypadki ospy pojawiły się w mieście Krakowie i 35 miejscowościach 13 powiatów; wszędzie zdołano ją wcześnie opanować z wyjątkiem powiatów dąbrowskiego, chrzanowskiego i brodzkiego, gdzie się nieco rozszerzyła, w pierwszym z nich dlatego, że pierwsze przypadki ludność zataiła, w obu innych dlatego, że pierwsze przypadki, występujące w formie ospy złagodzonej, uszły uwagi. We wszystkich prawie przypadkach stwierdzono zawleczenie z poza granic kraju, zwłaszcza z Królestwa, Rosyi i Rumunii.

Płonica była według wykazów parafialnych przyczyną śmierci u 6143 osób, mniej, niż w którymkolwiek z poprzednich lat. 5. Lekarze urzędowi stwierdzili płonicę w miastach Lwowie i Krakowie, oraz we wszystkich powiatach (936 miejscowości); chorych było 18.129, a zmarło z nich 26,6%.

Odrę jako przyczynę śmierci podają wykazy parafialne w r. 1905 u 3155 osób. Lekarze urzędowi sprawdzili ją u 33.489 osób, z których zmarło 5,7%. Zajętych epidemią powiatów było 72.

Na dur plamisty zmarło według wykazów parafialnych 440, według wykazów lekarskich 448 osób. Sprawdzono go urzędownie u 4286 osób. W stosunku do liczby chorych wynosiła śmiertelność 10,4%. Sprawozdanie podaje tabelaryczne zestawienie liczby gmin zakażonych, osób chorych i zmarłych na dur plamisty w każdym z powiatów w r. 1905, a obok tego liczby średnie z poprzednich 5 lat. W pięcioleciu tem nie było ani jednego przypadku duru plamistego w 7 powiatach, leżących w zachodniej części kraju. Wyżej 2‰ ludności było zachorowań w powiecie nadworniańskim i jaworowskim. Jak zwykle, podaje sprawozdanie szczegóły epidemiologiczne, z których wynika, że zarazę zawlekają najczęściej żebracy i włóczęgi, robotnicy (z poza granic kraju), że dalej nierzadkie są przypadki rozwleczenia zarazy za pośrednictwem odzieży, bielizny i szmat, zwłaszcza starzyzny (w r. 1905 8 przypadków), przez jarmarki, targi, wesela i odpusty, przez domokrążców, handlarzy, dezerterów i przemytników z Rosyi. Dwa razy stwierdzono rozwleczenie duru z aresztów. Przy zwalczaniu duru plamistego zakaziło się w r. 1905 8 lekarzy (1 rządowy, 4 okręgowych, 1 kolejowy, 1 miejski, jeden wolno praktykujący), z których trzech zmarło. Nadto zaraziło się 2 żandarmów, i 2

dozorców chorych. Oprócz tego zawleczono dur dwukrotnie przez przewiezienie chorych; nadto podaje sprawozdanie, jako przykłady innych sposobów zawleczenia choroby: przeniesienie zarazka przez strażnika propinacyjnego, woźnych sądowych, pisarza pokątnego, księdza, spełniającego funkcye duchowne, siostrę Służebniczkę i t. p. Najczęstszym jednak sposobem rozwleczenia zarazy było odwiedzanie chorych przez zdrowych (123 przypadki). W 104 przypadkach nie zdołano wykryć źródła choroby. W 8 epidemiach rozpoznawano z początku dur brzuszny; zważywszy warunki, w jakich odbywa się sprawdzanie choroby, uznąć trzeba ten odsetek pomyłek za bardzo mały. Smutną ilustracyą stosunków jest przytoczony w sprawozdaniu fakt, że w pewnej miejscowości w powiecie tłumackim, uważający się za lekarza właściciel posiadłości leczył dur plamisty wśród czeladzi swojej w czworakach pigułkami Morrisona; wprawdzie ukarano go grzywną, ale zanim się władze o epidemii tajonej i o partactwie dowiedziały, zachorowało w tej wsi i w okolicy osób 140, a zmarło dziewiętnaście!!

Co do duru brzusznego, nie było jeszcze w kraju roku tak pomyślnego, jak 1905, który pod tym względem przewyższył nawet najpomyślniejszy rok 1902. Według wykazów parafialnych zmarło z duru brzusznego w roku tym 2157 osób; lekarze sprawdzili dur w 1075 miejscowościach u 8384 osób, z których zmarło 1037. Sprawozdanie podaje tabelaryczne zestawienia chorobowości i śmiertelności według powiatów, z którego wynika, że rzadki już dziś (mniej niż 5 przypadków na 10.000 ludności) jest dur brzuszny w 8 powiatach zachodnich: Biała, Chrzanów, Gorlice, Grybów, Podgórze, Wadowice, Wieliczka i Żywiec. Najgorsze są stosunki na wschodnich krańcach kraju, z których w borszczowskiem, cieszanowskiem, dobromilskiem i zbarazkiem bywa ponad 30 przypadków na 10 000 ludności. Co do przyczyny wybuchu epidemii duru brzusznego, to lekarze delegowani do sprawdzania epidemii zbyt często a niesłusznie uważają za źródło epidemii zakażoną wodę. Już poprzednie sprawozdanie podnosiło, że można to przyjąć wtedy, jeżeli nagle zachoruje sporo osób z pośród tych, które używały podejrzanej wody. Rada Zdrowia kładzie na to i w tym roku nacisk, podkreślając słusznie doniosłość stykania się zdrowych z chorymi dla szerzenia się epidemii i konieczność odosobnienia chorych. Jako źródło epidemii podali lekarze w r. 1905 wodę w 466 przypadkach, zawleczenie z innej miejscowości w 256, przeciąganie się dawniejszej epidemii w 45; w 305 przypadkach nie wykryto przyczyny wybuchu epidemii. Sprawozdanie przytacza kilka przykładów zawleczenia epidemii z dalszych okolic.

Z czerwonki zmarło w r. 1905 według wykazów parafialnych 1317 osób, prawie 2 razy tyle, ile w r. 1904, lecz o 381 mniej, niż w r. 1903. Urzędowo stwierdzono czerwonkę w 150 miejscowościach u 2582 osób, z których zmarło 485 (19,8% chorych). Najwięcej zachorowań i śmierci było w kwartale III.

Cholera azyatycka zawitała po dziesięcioletniej przerwie w r. 1905 znów do kraju, zawleczona z Prus zachodnich. Na szczęście skończyło się na jednem małem ognisku (w Padwi Narodowej w mieleckiem), które rychło rozpoznano i stłumiono. Zachorowało 6 osób, a zmarło 3.

Z cholery dzieci miało w r. 1905 według wykazów parafialnych umrzeć 3566 dzieci, z czego 65% w III kwartale; najwięcej dotknięty był powiat kossowski z powodu niedbalstwa i niechlujstwa matek Hucułek; z cholery swojskiej miało umrzeć 78 osób; z gorączki połogowej 735 kobiet (najwięcej w powiecie rawskim, szczególniej w najuboższym okręgu niemirowskim, a dalej w powiatach podhajeckim, rohatyńskim, żółkiewskim i trembowelskim); choroby zakaźne przyranne (róża, ropowica, posocznica, tężec i ropnica) miały być przyczyną śmierci u 528 osób (o niepewności tych danych, jako opartych na wykazach parafialnych, pisałem już w latach poprzednich).

Obraz innych chorób zakaźnych w r. 1905 przedstawia się w sposób następujący: Grypę stwierdzili lekarze u 4395 osób, z których zmarło 163 (według wykazów parafialnych zmarło 218). Nagminne zapalenie opon mózgowych wystąpiło w r. 1905 w postaci poważnej epidemii, którą władze sanitarne starannie nadzorowały i sprawdzały. Zachorowań sprawdzono 1760; zmarło 916, czyli 52,6%. Według wykazów parafialnych zmarło z tej przyczyny 1165 osób; liczba ta dlatego jest większa od liczby, podanej przez lekarzy, ponieważ bardzo często choroba przebiegała tak szybko, iż w ciągu jednego lub 2 dni chory umierał, a gdy nie było dalszych przypadków, zwierzchność gminna do starostwa nie donosiła. W roku tym poruczyło namiestnictwo na wniosek krajowej Rady Zdrowia zbadanie epidemii nagminnego zapalenia opon docentom Drobie i Kucerze; wyników ich cennej pracy, podanych w sprawozdaniu, tutaj, jako skądinąd znanych[1]), już nie przytaczam. Zimnica miała być przyczyną śmierci w 15 przypadkach, ale, zdaniem Rady Zdrowia, niewątpliwie przypadków było więcej. Kiła miała być przyczyną śmierci 35 razy, ostry gościec stawowy tylko raz. Ospę wietrzną stwierdzili lekarze w 263 miejscowościach, chorowało osób 1420, zmarło 1 dziecko. Nagminne zapalenie ślinianek przyusznych stwierdzono w 75 miejscowościach u 1794 osób (z tego 1635 dzieci), zmarło 9 dzieci.

Ze wszystkich chorób zakaźnych zmarło w roku 1905 osób 32.916, o 551 więcej, niż w r. 1903. W stosunku do ludności według spisu z r. 1900, zmarło z chorób zakaźnych w r. 1904, dotychczas najpomyślniejszym pod tym względem, 4,4‰, w r. 1905 zaś 4,6‰, wszelako w stosunku do ludności, obliczonej na każdy rok, z uwzględnieniem średniego przyrostu wypadałoby w r. 1904 4,25‰, w r. 1905 4,16‰. Gdyby zresztą mimo to uważać rok 1905 za mniej pomyślny od 1904, to jednak należy zważyć, że na rok 1905 przypada epidemia nagminnego zapalenia opon, która znacznie pogorszyła śmiertelność ogólną z chorób zakaźnych, chociaż śmiertelność z błonicy, płonicy, odry i duru brzusznego w r. 1905 znów się obniżyła. Jak zwykle, była śmiertelność z chorób zakaźnych najwyższa w powiatach wschodnich z ludnością przeważnie ruską. Uderzający jest wzrost śmiertelności z tych chorób w powiecie bohorodczańskim z 1,7‰ w r. 1904, na 7,6‰ w r. 1905. Na odwrót, zmniejszyła się śmiertelność wybitnie w tym zakresie w powiatach turczańskim i drohobyckim.

Choroby zakaźne przenośne ze zwierząt były w r. 1904 przyczyną śmierci 35 osób; z tego na wąglik 21, na wodowstręt 14 (z 557 osób leczonych w krakowskim zakładzie, zmarło 5, t. j. 0,89%). Nosacizny u ludzi, ani włośnicy w roku 1905 nie spostrzegano.

Z innych przyczyn śmierci wymienia sprawozdanie: udar mózgowy 1526 (0,71% wszystkich zmarłych), organiczne wady serca i choroby naczyń 3213 (1,5%), nowotwory złośliwe 2434 (1,14%). Liczby odsetkowe są tu prawie takiesame, jak w roku poprzednim.

Ciemna plama naszej statystyki sanitarnej, ogólnikowa rubryka: inne naturalne przyczyny śmierci, nietylko nic się nie poprawiła, ale nawet pogorszyła, albowiem obejmuje 52,8% wszystkich zmarłych (w trzech latach poprzednich 48,05—51—52,2%).

Uszkodzenia przypadkowe wywołały śmierć w 1625 wypadkach (śmiertelność z tego powodu od szeregu lat jest prawie stała), samobójstwa w 410 przypadkach (powieszenie 222, zastrzelenie 95, otrucie 36, utopienie 29), zabójstwa i morderstwa w 158 przypadkach.

Na końcu tego rozdziału podaje sprawozdanie, jak zwykle, zestawienie ogólnej śmiertelności, obliczonej na 1000 ludności według poszczególnych powiatów w ostatnich 4 latach. Śmiertelność wynosiła w r. 1904 ponad 40‰ tylko w jednym powiecie jaworowskim, w r. 1905 w trzech: grodeckim, stanisławowskim i jaworowskim; od 30 do 40‰ miało śmiertelność w r. 1904 powiatów 19, a w r. 1905 — 31. W grupie tej znajduje się powiat żywiecki i miasto Kraków, wszystkie inne powiaty tej grupy leżą we wschodniej części kraju. W powiecie stanisławowskim był rok 1905 najgorszym z całego dziesięciolecia (40,2‰), niektóre gminy tego powiatu miały śmiertelność »wprost zatrważającą« (Brynia 62‰, 9 innych gmin 40 do 50‰).

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Cavete! »Związek państwowy organizacyi lek. austr.« ogłasza następujące posady jako objęte bojkotem: 1) Aussig (fabr. Schichta), 2) Piotrowice na Ślązku (posada lekarza gminnego i lekarza kasy fabr. sody hr. Larischa), 3) Neumarkt-Köstendorf, 4) Gratkorn, 5) Trautmansdorf, 6) Spital, 7) Nassreith, 8) Valaluca; ostrzega zaś przed posadami w Grazu, Windischgraz, Weinburg, Biedermannsdorf, Prein, Schruns, Rehberg, Kirchschlag, Hals, Meinetschlag, Galtenhof, Engelsberg, Breitenau, Hermannstadt. *K.*

Posada dla wdowy po lekarzu. Kolega 60-letni, mieszkający zagranicą, poszukuje dla pomocy w gospodarstwie i towarzystwa osoby starszej (40—50 lat), inteligentnej, muzykalnej, znającej się na gospodarstwie domowem, zdrowej. Posada przeznaczona jest dla wdowy po lekarzu, bezdzietnej, Polki (służba w domu jest polska). Warunki: odpowiednie wynagrodzenie, koszta podróży na miejsce, wszelkie wygody, stanowisko w domu, jak krewnej. Zgłoszenia zaraz do Zarządu Towarzystwa lekarskiego (Kraków, Radziwiłłowska 4). Koledzy, którzyby znali odpowiednie, pomocy potrzebujące kandydatki, raczą zwrócić ich uwagę na tę posadę i donieść o nich Towarzystwu lek. krakowskiemu. *R.*

Stosunki lekarzy wojskowych w Austryi zaczynają się trochę poprawiać. Dowodem tego jest przedewszystkiem nowy awans majowy, zamianowano bowiem odrazu jednego starszego generalnego lekarza, 2 generalnych lekarzy, 9 starszych lekarzy sztabowych i 20 lekarzy pułkowych. Dodać należy, że mianowano lekarzami sztabowymi 4 starszych lekarzy pułkowych, którzy przed laty przepadli przy egzaminie na ten stopień. Ma być też wogóle zwiększona liczba lekarzy sztabowych, a to w ten sposób, że w każdym pułku będzie szefem lekarskim lekarz sztabowy, podobnie jak w Niemczech. *X.*

Z powodu bojkotu kas chorych w Kolonii odbyły się dwie rozprawy sądowe, wytoczone kolegom solidarnym przez lekarzy, którzy wbrew woli i postanowieniu ogółu objęli posady kasowe, a to o napiętnowanie publiczne słowem »łamistrejk«. W pierwszym przypadku, gdzie szło o użycie tego wyrazu na zebraniu lekarskiem, sąd uwolnił oskarżonego, przyjmując, że działał w myśli usprawiedliwionych interesów stanu, natomiast w drugim skazał innego lekarza na 30 marek grzywny, albowiem lekarz ten wobec chorego wyraził się: »To nie jest żaden doktór, lecz łamistrejk«. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 9. V. do 15. V. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Sołotwina 1, Mołotków 5, Babcze 2), Drohobycz (Medenice 2, zachorował lek. okręgowy Dr Norbert Rubinstein, Letnia 2), Horodenka (Hawrylak 8, Czortowiec 1, Niezwiska 5), Jaworów (Sarny 1), Kołomyja (Słobódka polna 5, Siemakowce 4, Gwoździec stary 4, Gwoździec 1, zachorował lek. okręgowy Dr Konstanty Sumorok), Kosów (Chomczyn 1), Lisko (Wola mihowa 2), Mościska (Małnów 6, Hodynie 1), Nadwórna (Pniów 9), Podhajce (Sokolniki 2, Chatki 1), Rawa (Werhrata 6), Sanok (Radoszyce 1), (Hlebów 1, Poznanka hetm. 1, Zarubińce 1), Śniatyn (Trościaniec 9), Stanisławów (Chomiaków 5), Tarnobrzeg (Nadbrzezie 1), Turka (Jabłonka w. 2, Lipie 1, Ilnik 1), Zaleszczyki (Koszyłowce 2), Złoczów (Czyżów 12), Żółkiew (Batiatycze 2), Zborów (Jezierna 1, lekarz miejscowy Falk Hirschorn). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. IV. do 15. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † — (w tem obcych 3 † —), krztuśca 1, płonicy 8 † 3 (1 † 1), odry 2 (1), duru brzusznego 2 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 9. V. do 15. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2, płonicy 22 † 3(w tem obcych 5 † —), duru brzusznego 5 † 1 (1 † —). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 25. IV. do 1. V. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 8 † 1, odry 2, płonicy 7 † 1, róży 7, błonicy 6, duru osutkowego 46 † 2, duru brzusznego 17 † 2, duru powrotnego 13. (*Gaz. lek.* 20).

Dr Józef Saks.

(Wspomnienie pośmiertne).

Świat lekarski łódzki, a wraz z nim medycyna polska poniosła poważną stratę przez śmierć Dra Józefa Saksa.

Cechy umysłu i charakteru zmarłego Kolegi najdobitniej określa to stanowisko, jakie zajmował wśród lekarzy łódzkich; pomimo młodego wieku był poszukiwanym sędzią wszelkich nieporozumień koleżeńskich. Wysoce logiczny i wyrobiony umysł łączył Zmarły ze szlachetnością przekonań i wysoką bezstronnością. Te zalety zyskały mu szacunek kolegów, pomimo surowowości w obejściu i wypowiadania prawdy często bez oglądania się na miłość własną przeciwnika.

Te same właściwości miała cała działalność lekarska i naukowa Zmarłego. Przy dobrej znajomości medycyny ogólnej był wysoce wykształconym lekarzem-ginekologiem, umiejącym ściśle określić zakres własnych sił i możności, niedającym się unieść żadnej fantazyi naukowej. Świadczy o tem cały Jego dorobek literacko-naukowy, którym poważnie zbogacił piśmiennictwo polskie w zakresie położnictwa; w tej dziedzinie ogłosił drukiem dwadzieścia dwie prace.

Jako kierownik przytułku dla położnic, istniejącego przy szpitalu żydowskim w Łodzi, postawił swój oddział na wysokości współczesnej wiedzy; wielką i wytrwałą pracą wyrobił się na biegłego operatora, którego ręką kierowała zawsze wielka wiedza, poczucie odpowiedzialności i spokojny krytycyzm.

Posiadając zdolności organizatorskie, dużo w tym kierunku pracował dla miejscowego Towarzystwa lekarskiego, którego był członkiem pilnym i jednym z najczynniejszych.

W życiu politycznem i społecznem brał czynny udział, wnosząc wraz ze swą osobą zrównoważony sąd, pracę wytrwałą i nieposzlakowaną czystość moralną.

Całe życie Józefa Saksa było wypełnione pracą; nie chwilowy poryw, lecz stale odczuwany obowiązek był dźwignią tej pracy, której zawsze przyświecały ideały prawdy i miłości społeczeństwa.

Zmarłego Kolegę żegnamy szczerym żalem jako towarzysza, którego brak jeszcze przez długie lata odczuwać będziemy. Cześć pamięci młodo zgasłego pracownika. *S. S.*

Wiadomości bieżące.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lek. galic. ogłasza następujące wezwanie:

Do Szanownych Zarządów Sekcyi Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Przygotowując do druku sprawozdanie Towarzystwa za rok 1908 zauważyliśmy, że wiele sekcyi nie nadesłało dotąd protokołów z posiedzeń i sprawozdania z czynności za rok ubiegły.

Nauczeni doświadczeniem, że pominięcie tej lub owej sekcyi w sprawozdaniu rocznem daje powód do zażaleń i nieporozumień, a chcąc nadto zebrać jak najwięcej materyału w celu przedstawienia całej działalności i rozwoju Towarzystwa, upraszamy Szanowne Sekcye o przedłożenie sprawozdań za rok ubiegły najdalej do końca maja b. r.

Sekr. gen. *Dr Świątkowski* Prezes *Dr Merunowicz*

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 19/V posiedzenie, na którem Prof. Kader i Dr Radliński przedstawiali chorych z kliniki chirurgicznej, poczem Prof. Ciechanowski miał wykład: »O głównych wrotach gruźlicy w ustroju ludzkim«. W dyskusyi nad wykładem Dra Eisenberga przemawiali Dr Janiszewski, Prof. Bujwid i prelegent. Dyskusyę nad wykładem Prof. Ciechanowskiego odłożono.

— Dnia 13 maja 1909 roku odbyło się posiedzenie Rady honorowej Izby lekarskiej zach. galic., na którem toczyła się rozprawa przeciw Drowi R. o wydanie świadectwa lekarskiego bez badania chorego. Rada hon. po wyjaśnieniach Dra R. i skarżącego uchwaliła dalszych kroków zaniechać i sprawę umorzyć. Następnie odbyło się posiedzenie Wydziału, na którem zajmowano się sprawą zatargu Dra T. z zarej. kasą zapomogową w J. Na zasadzie dochodzeń, przeprowadzonych przez delegata Izby, uchwalono zawiadomić Sekcyę Tow. lek. gal. w J. i zarej. kasę zapom., że ostrzeżenie przeciw przyjęciu posady w tej kasie utrzymuje się w mocy. Następnie załatwiono szereg spraw drobnych.

— Miejska komisya sanitarna uchwaliła na posiedzeniu d. 17/V przepisy sanitarne dla zakładów fryzyerskich i dla sklepów z wędlinami, oraz rozpatrywała sprawę handlu owocami. Następnie przyjęto sprawozdanie naczelnego lekarza miejskiego o stanie chorób zakaźnych i postanowiono osobne posiedzenie przeznaczyć na narady nad zwalczaniem gruźlicy w mieście.

— Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie wydało sprawozdanie za r. 1908. W roku tym podjęło Towarzystwo starania, aby szpital św. Ludwika, utrzymywany przez Towarzystwo, został nabyty przez kraj; fundusze stąd uzyskane miały posłużyć na przekształcenie kolonii dla dzieci zołzowych w Rabce na stałe sanatoryum. Na razie nastąpiło jednak przedłużenie umowy dotychczasowej z Wydziałem krajowym na dalszych lat pięć, przyczem szpital otrzymywać będzie od kraju

42.000 (zamiast dotychczasowych 36.000). Dyrektor szpitala, prof. Jakubowski, ustąpił w r. 1908 po 32-letniej pracy z tego stanowiska; Czcigodnego twórcę szpitala i kolonii rabczańskiej zamianowało Towarzystwo dożywotnim kuratorem obu tych instytucyi; dyrektorem szpitala został obrany dr Murdzieński. Towarzystwo liczyło 100 członków, miało zaś 536.331 koron czystego majątku (w tem wartość realności i budynków 452.305 k., fundusze żelazne 66.672 kor., dyspozycyjne 33.387 kor.). W szpitalu św. Ludwika leczono w r. 1908 1246 chorych stałych i 5252 przychodnich; dni szpitalnych było 32.620, jeden dzień kosztował 1 kor. 76 hal. W kolonii rabczańskiej leczono 177 dzieci (dni pobytu ogółem 5532); od założenia kolonii leczyło się w niej 2.124 dzieci.

— Szczawnicę-Zdrój nabył od Akademii Umiejętności A. hr. Stadnicki, właściciel Nawojowej i obszaru dworskiego w Szczawnicy.

— Słuchacze Wydziału lekarskiego założyli »Bratnią pomoc medyków«. Prezesem Towarzystwa wybrany został p. Józef Szymonowicz. Towarzystwo rozpoczyna działalność z funduszem 2000 kor.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Jan Nowaczyński rodem z Krzeszowic i Kazimierz Adam Krzysztoń rodem z Nawojowej.

— Telefon Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« w Krakowie ma obecnie Nr 2002. VIII.

Lwów. Miejska komisya sanitarna uchwaliła na posiedzeniu w d. 15/V b. r. zwinąć utworzone na czas epidemii płonicy posady lekarzy epidemicznych, nie odraczać dorocznych szczepień krowianką, poprzeć Towarzystwo czerw. krzyża, które stara się otrzymać od miasta stosowny grunt pod sanatoryum dla inteligentniejszych niezamożnych chorych i omawiała sprawę budowy pawilonu zakaźnego w szpitalu izrael. im. Lazarusa.

— Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Łuszczkiewicza złożyli lekarze lwowscy 75 kor. na fundusz wdów i sierót po lekarzach.

Warszawa. Zjazd polskich neurologów, psychiatrów i psychologów odbędzie się we wrześniu lub w początkach października r. b. Organizatorami Zjazdu są Dr E. Flatau, W. Męczkowski i R. Radziwiłowicz. Dzienniki warszawskie zaznaczają, że jest to pierwszy zjazd lekarzy polskich w murach Warszawy.

Łódź. Zwłoki przedwcześnie zgasłego kolegi J. Saksa odprowadzały tłumy ludu aż na samo miejsce wiecznego spoczynku (położone o 5 wiorst za miastem); był to hołd, złożony człowiekowi, który się wybił o własnej ciężkiej pracy, nigdy protekcyi lub pomocy nie żądał i wysoko niósł sztandar powołania. Nad grobem — w imieniu Towarzystwa lekarskiego i kolegów szpitalnych — pożegnał zmarłego wzniosłą przemową kol. Przedborski.

— W dniu 24. maja odbędzie się zebranie inauguracyjne »Ligi przeciwgruźliczej«. Odezwę zapraszającą na zebranie podpisało sześćdziesięciu kilku obywateli łódzkich.

— Zbieranie statystyki w sprawie gruźlicy idzie w Łodzi niesporo; dotąd nikt jeszcze z kolegów (nawet szpitalnych!) nie zażądał nadesłania mu drugiej książeczki ze schematami.

— Pomimo prawdopodobieństwa wybuchu cholery azyatyckiej municypalność nie przedsięwzięła nic w celu doprowadzenia miasta do znośniejszego stanu sanitarnego.

Z różnych stron. Porządek dzienny VI posiedzenia połączonych wydziałów Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 1 (14)/V b. r. obejmował następujące wykłady: 1) P. Barylski: Wata hygroskopijna z lnu, jako najnowszy wytwór przemysłu włóknistego (z demonstracyami). 2) Dr Eliasson: Przyczynek do kwestyi czynności ośrodka słuchowego kory. 3) Dr Zawisza: Badanie moczu przy gruźlicy nerek. 4) Doc. Orłowski: W kwestyi odczynu Cammidgea. W części administracyjnej posiedzenia była sprawa powiększenia funduszów na rzecz budowy polskiego szpitala w Petersburgu i sprawa drukowania prac i sprawozdań »Związku«,

— Grono wydawców »Münchener med. Wochenschrift« (lekarzy) przeznaczyło z zysków ostatniego roku 14.600 marek na cel rozmaitych filantropijnych i zawodowych instytucyi lekarskich. (Czy też i kiedy nasze pisma, wydawane również przez grona lekarskie, będą mogły liczyć na dochody, któreby były przeznaczone na podobne cele?)

Mianowani: Doc. Reichenbach z Wrocławia profesorem higieny w Bonn; Prof. Lommel dyrektorem polikliniki lekarskiej w Jenie.

Zmarli. Dr Władysław Stan w Poznaniu.

Redakcya otrzymała: XXXVI sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za rok 1908. — Puławski W.: Przypadek posocznicy połogowej, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową. Odb. »Czas. lek.« 1908. Szczęsny Bronowski: 1) Wady serca a choroby nerek. 2) Błękit metylenowy przy suchotach płucnych. 3) Balsam kopaiwy, jako środek moczopędny. (Odb. »Gaz. lek.«) 3) Przypadek pierwotnego mięsaka osierdzia. 5) O moczopędnem działaniu mleczanu strontu. 6) Kilka myśli w kwestyi uleczalności gruźlicy u dzieci. 7) Przypadek nephritidis haemorr. chronicae, leczony operacyjnie. (Odb. »Medycyna«) 8) Influenza na północy Rosyi wschodniej. 9) Kilka przypadków gorączki gruczołowej u dzieci. (Odb. »Gaz. lek.«). — Sprawozdanie za rok 1908 z działalności Instytutu higieny dziecięcej im. Lenvala w Warszawie. — Chłapowski: O dysenteryi pełzakowej z powodu spostrzeganego przypadku. Odb. »Now. lek.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 26. maja 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Doc. Gliński: Dziedziczność a usposobienie anatomiczne w gruźlicy. 2) Dyskusya nad wykładami Prof. Ciechanowskiego i Doc. Glińskiego.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222
SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg.
ŁOG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

W KISSINGEN (willa Elsa)
ordynuje podczas sezonu 46
Dr med. Jerzy Modrakowski
docent Uniwersytetu Lwowskiego.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska
uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Collargol Konsekwentnie przeprowadzone leczenie collargolem (wlewania, wstrzykiwania) leczy przy dostatecznem dawkowaniu wiele przypadków najcięższego **zakażenia ogólnego.**

Unguentum Heyden Do **dyskretnych wcierek rtęci**; nadaje się szczególniej dla **kobiet, dzieci** i do **peryodycznego leczenia się.** Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g.

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani **lek ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.**

Ichthynat, ammonium ichthynatum Heyden, z tyrolskiego węgla rybnego, o wiele tańszy od ichtyolu.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 a

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 A. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 125

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Berlyak'a 227

Mączka odżywcza dla dzieci

jest mimo swej szczególnej taniości znakomitym środkiem odżywczym dla dzieci od najmłodszego wieku osesków. (Także dla dorosłych cierpiących na żołądek). Do każdej paczki dodany jest sposób użycia według p. prof. Dra Eschericha. Zawiera według analizy zakładu dla badań środków spożywczych i używek ogólnego austr. związku aptekarzy 85% **strawnego białka.**

Otrzymać można we wszystkich aptekach i lepszych drogueryach.

Panom lekarzom próbki do rozporządzenia przez firmę depozytową:

Konst. WISZNIEWSKIEGO Spadkobiercy, apteka,

Kraków, ul. Floryańska.

Antithyreoidin Moebius

(Thyreoid-Serum.)

Środek znakomicie wypróbowany przy **chorobie Basedowa,** sprowadza szybką poprawę **stanu ogólnego** jakoteż najczęściej bardzo korzystny wpływ na **objawy przedmiotowe.**

Flaszki oryg. po 10 cm³, jakoteż **kołaczyki antithyreoidynowe.**

Tropacocain hydrochloric.

O wiele mniej trująca aniżeli kokaina.

Nadaje się szczególnie do **znieczulenia lędźwiowego** również do **znieczulenia miejscowego** często polecana

Łatwo rozpuszczalna i daje się wyjałowić.

Gotowe do użycia 5 i 10% roztwory

Fiolki po 1 i 1,25 g.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie i opłatnie. 19 a

E. MERCK-DARMSTADT.

Borovertin

szybko działający, niedrażniący, **środek odkażający mocz**

Rurka po 20 kołaczyków po 0,5 gr: borovertiny. 9 b

Piśmiennictwo do rozporządzenia Panów Lekarzy.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmaceutische Abteilung, Berlin S. O. 36.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Kosów (pod Kołomyją).

Dr **Tarnawski Apolinary**, właściciel i kierownik lecznicy otwartej od 1 maja do końca października.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem“.
Dr **Ebers Henryk**, zakład wodoleczniczy.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, „Świteź“.
Dr **Lewicki Stanisław**, willa pod Trąbką.

Połąga.

Dr **Sterczyński A.**, willa Romeo hr. Tyszkiewicza.

Rabka.

Dr **Lang**, willa „pod Luboniem“.
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Regiec Jan**, willa pod Kościuszką.

Szczawnica.

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik zakł. hidrop. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarrki.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**,
Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, Radca cesarski.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy. Renngasse 3.

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, „Villa Söllradl“.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, we własnej willi, zakład i pensyonat lecz.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, Radca ces. Villa „Höflinger“ VII.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 13.

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki E.**, Alte Wiese. Dom „Nizza“.
Dr **Kaufmann Oskar**, „Pascha“ Sprudelstr.

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, Dom „Mozart“.
Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami
124

SANATORYUM ZAKŁAD DYETETYCZNO-FIZYKALNO WODOLECZNICZY OTWARTY OD 15/IV DO 31 X.
Quo vadis Dra J. MACIEJEWSKIEGO
w KISSINGEN LUDWIGSTRASSE 16 (BAWARYA).
Dla chorób wewnętrznych, nerwowych i kobiecych. Najnowsze urządzenia dla balneo- hydro- i elektroterapii, leczenie światłem i masażem. Urządzenie nowoczesne, służba polska. Kuchnia dyetetyczna (także dla moich pacyentów mieszkających poza Zakładem). Pokój z całkowitem utrzymaniem od 10 do 14 koron dziennie, włącznie leczenia i zabiegów lekarskich od 16 koron i wyżej. Na życzenie prospekt. 42

Rok XLVIII. Kraków, dnia 29. maja 1909. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W sprawie nawykowego zaparcia stolca.

Przyczynki kliniczne i doświadczalne.

Podał

Prof. E. Biernacki.

Pytanie co do pochodzenia, mechanizmu, a poniekąd i znaczenia patologicznego nawykowego zaparcia stolca, zdaje się, dalekiem jest jeszcze od jednolitego pojmowania, przynajmniej od pojmowania, podzielanego przez większość badaczy i lekarzy. Zapewne — chyba już zupełnie minęły czasy, kiedy zaparcie przewlekłe było wyrazem i następstwem »kataru« (nieżytu) jelita grubego; nie mówi się także w obecnych czasach wiele albo zupełnie się nie mówi o pierwotnych zmianach w narządzie ruchowym jelit (zanik warstwy mięsnej, zmiany zwojów nerwowych w jelicie — jedno i drugie, według przypuszczeń Nothnagla), jako powszechnej i podstawowej przyczynie zaparcia. Z drugiej strony nie często teraz spotkamy lekarzy, dla których — co było bardzo pospolite jeszcze przed 20—25 laty, — zaparcie nawykowe przedstawia się jako zasadnicza szkodliwość chorobowa, punkt wyjścia mnóstwa stanów patologicznych, przedewszystkiem i najpewniej hypochondryi, — nerwowości, chorób serca i naczyń itd. Rolę zaparcia nawykowego przejęło w dobie naszej w tym względzie, — że zauważymy ubocznie — dla dość wielu »gnicie kiszkowe«, albo »samozatrucie« z przewodu pokarmowego [1]).

Wnioski Ad. Schmidta [2]), według którego przyczyną podstawową zaparcia przewlekłego jest zbyt dobre przyswajanie pokarmu w narządzie trawienia i warunkowane przez to zmniejszenie bodźców ruchowych dla ściany jelit — najnowsze wystąpienie Boasa [3]) przeciw istnieniu zaparcia kurczowego — postaci chorobowej, pozornie jak najlepiej ustalonej w ostatniem dziesięcioleciu wskazują same przez się, jak mocne rozbieżności istnieją dotychczas w nauce o zaparciu nawykowem.

Przypomnijmy kilka szczegółów. Punktem zwrotnym w poglądach nowoczesnych na zaburzenie omawiane była rozprawa z r. 1890 niedawno zmarłego Dunina [4]). W tej żywo napisanej, dotychczas bardzo godnej czytania pracy, Dunin przedewszystkiem energicznie zaprzeczał wielkiego znaczenia patologicznego zaparcia stolca, co w owych czasach do pewnego stopnia jeszcze trąciło herezyą. Objawy nerwowe, zwykle istniejące przy zaparciu, — wywodził Dunin — to nie jest bynajmniej następstwo zaparcia, ale — genetycznie — jego poprzednik; czyli zaparcie bynajmniej nie jest przyczyną przypadłości nerwowych, ale ich skutkiem. Pomijając naturalnie przypadki zaparcia, pochodzenia czysto mechanicznego (zwężenia, zrosty, zgięcia jelita) prawidłowo jest ono wyrazem i następstwem neurastenii, wzgl. histeroneurastenii.

Tak brzmiała myśl podstawowa Dunina. Zapewne już przed nim wspominano tu i owdzie (szczególnie Strümpell), że zaparcie nawykowe może się rozwinąć »na gruncie« nerwowości, neurastenii i t. p. Dunin jednak, jako pierwszy, skupił światło w tym kierunku, podnosząc jednocześnie wtórność zaparcia nawykowego, jako zaburzenia zasadniczo niezależnego od stanu anatomicznego jelit. W porównaniu z neurastenią wszelkie inne czynniki posiadały dla Dunina znaczenie drugorzędne; np. nie za wysoko cenił on w tym względzie opadnięcie jelit, obniżenie, ewentualne zagięcie jelita grubego — zmiany, które przed laty dwudziestu także niektórzy chcieli uważać za powszechną, podstawową przyczynę zaparcia, i które w przypadkach konkretnych niezawodnie mogą odgrywać pewną rolę. Według Dunina stany te o tyle są warunkiem zaparcia, o ile jednocześnie jest wspólną neurastenia.

Faktem jest, że dopiero od czasów pracy Dunina — nazwisko jego już wypadło z dyskusyi — zaczęto powszechniej mówić i rozważać rolę »nerwów«, w szczególności neurastenii przy powstawaniu cierpienia omawianego. Faktem jest zarazem, że etyologia tego zaburzenia — pomijając nawet postacie pochodzenia mechanicznego — nie wyczerpuje się tak dosłownie pojęciem »neurastenii«. A więc np. w jednej blizko mi znanej rodzinie szereg członków (bracia i siostry) prawie od dzieciństwa miewa wypróżnienia w postaci twardych, okrągławych, wielkości orzecha laskowego kawałków kału, ledwie co 2—4 dni; oprócz jednak pewnej dokuczliwości miejscowej osoby te nie cierpią na żadne

[1]) Por. mój artykuł: Uwagi nad znaczeniem fizyologicznem i patologicznem gnicia w jelitach. Lwowski Tygodn. lekarski, 1908 Nr. 3 i 4.

[2]) Ad. Schmidt: Die Funktionsprüfung des Darmes mittelst der Probekost. Wydanie drugie. Wiesbaden 1908. Nr. 70—77.

[3]) Boas: Giebt es eine spastische Obstipation? Medizin. Klinik, 1908, Nr. 39.

[4]) Dunin: O habitualnem zaparciu stolca. Odczyty kliniczne. 1890. Nr. 24. Przedruk: »Prace i spostrzeżenia dokonane w oddziele terapeutycznym dra med. Teodora Dunina«. Warszawa 1896. Berliner Klinik. 1891. Nr. 34.

zaburzenia, nie mają żadnych objawów histeryi czy neurastenii, wogóle czują się zupełnie zdrowe. »Najgorszą« chorobą jest dla nich właśnie środek czyszczący, po którym różnego rodzaju dolegliwości, czyszczenia czy kolki trwać potrafią 10—14 dni.

Tego rodzaju przykłady wrodzonej opieszałości stolca zna niemal każdy praktyk: są to, zresztą, zjawiska mniejszego znaczenia. Bardziej pouczającym jest fakt, iż zaparcie stolca wielokrotnie rozwija się wraz z wystąpieniem objawów skazy moczanowej—bolów w stawach i członkach, zmian w moczu i t. d.[5]). Obraz kliniczny tego zaparcia bywa różny: w jednym przypadku mamy do czynienia ze zwykłą opieszałością stolca, na którą chory niewiele zwraca uwagi, — w przypadku drugim dołączają się doń okresowo, czy bardziej stale, objawy błonicy śluzowatej jelit (*colica mucosa* wzgl. *enteritis membranacea*). Objawy ostatnie mogą nawet w skargach chorego dominować nad objawami zaparcia; znów kiedyindziej uporczywe zaparcie wraz z silnem przygnębieniem, nastrojem hypochondrycznym, a także wydzielaniem śluzu z kiszki prostej przychodzi bardziej napadowo. Właśnie w tego rodzaju przypadkach chorzy najbardziej są skłonni do upatrywania całej choroby w zaparciu, szczególnie jeśli mniej są rozwinięte pospolite objawy skazy moczanowej (dny).

Wraz z zaparciem albo i bez niego chorzy dnawi wcale często wykazują różne nerwowe (neurasteniczne) objawy: w poszczególnych przypadkach jest ich tyle, że neuropatolog-specyalista niechybnie rozpozna »neurastenię«. Tą drogą powstaje ogniwo łączne pomiędzy neurastenią a skazą moczanową, jako przyczynami zaparcia nawykowego, ogniwo, pozornie bardzo luźne. Łączność wewnętrzna istnieje jednak tutaj dla każdego, kto, jak autor pracy niniejszej [6]), jest w zupełności przeświadczony, iż nie istnieje neurastenia, czy histeroneurastenia, czy nerwica ogólna, zarazem nie istnieje łańcuch objawów, powstających na drodze psychologicznej (samopoddawanie), póki nie istnieje zaburzenie oksydacyi ustrojowych i połączona z niem zmiana odżywiania ośrodków nerwowych.

A więc należy właściwie sformułować następujące zdanie: pomijając przypadki pochodzenia czysto mechanicznego, nawykowe zaparcie stolca rozwija się prawidłowo na gruncie ogólnego zaburzenia przemiany, jest jego wyrazem i następstwem. Przytem jest prawdą zupełną, że chorzy, radzący się lekarza z powodu przewlekłego zaparcia, przedstawiają jednocześnie różne objawy nerwowe (histero-neurasteniczne), wzgl., że właśnie ci chorzy najwięcej sobie robią ze swego zaparcia i radzą się lekarza (nie tylko jednego!), którzy wraz z zaparciem mają dużo dolegliwości »nerwowych«.

---

[5]) Por. moją pracę: »W sprawie symptomatologii i dyagnostyki skazy moczanowej«. Gazeta lekarska, 1909. Nr. 1. Wiener mediz. Wochenschrift, 1909. Nr. 8.

[6]) Por. pracę moją: Etyologia nerwic czynnościowych, Krytyka lekarska. 1897. Nr. 12. Neurolog. Zentralblatt, 1898. Także w innych miejscach, w szczególności: W sprawie patologii i terapii nerwic czynnościowych. Medycyna. 1902.

(Dok. nast.).

Dalsze przyczynki do leczenia płonicy surowicą [1]).

Podał **Dr W. Puławski** (z Radziejowa gub. Warszawska).

W ciągu roku ubiegłego 1908 spostrzegałem 25 przypadków płonicy, leczonej surowicą; wśród nich beznadziejnych od chwili wybuchu choroby było trzy i wszystkie one zakończyły się śmiercią (patrz tablicę I); przypadków ciężkich było 12, a lżejszych i średnich 10, wszystkie skończyły się wyzdrowieniem. Trzykrotnie zastosowałem surowicę zapobiegawczo: u chłopca lat 11 w ilości 20 cm^3 u dziewczyny lat 5 i chłopca lat 2 po 10 cm^3 zawsze ze skutkiem dodatnim, t. j. u dzieci tych płonica nie wystąpiła, mimo, że w każdej rodzinie było już po kilkoro dzieci chorych i to ciężko z przypadkami śmierci. W pierwszym przypadku w dniu piątym po wstrzyknięciu wystąpiła pokrzywka, rzadka, blada, nie zlewająca się, nie swędząca, wędrująca po powierzchni w ciągu trzech dni bez zwyżki ciepłoty i bez innych jakichkolwiekbądź dolegliwości; w dwóch ostatnich przypadkach wstrzyknięcie nie wywołało ani wysypki, ani zgoła żadnych objawów posurowiczych. Te trzy przypadki nie są do szeregu statystycznego włączone.

Przebieg kliniczny przypadków spostrzeganych niczem nie różnił się od przebiegu przedtem ogłoszonych przezemnie 69 przypadków, dlatego też uważam za właściwe nie obciążać niniejszej notatki szczegółowymi opisami każdego poszczególnego przypadku, przystępując odrazu do ugrupowania tej seryi spostrzeżeń stosownie do przyjętych przezemnie poprzednio prawideł.

I. Co do płci: chłopców 12; dziewcząt 13.

II. Co do wieku:

1—2 = 3	5—6 = 3	9—10 = 2
2—3 = 2	6—7 = 2	12—13 = 1
3—4 = 4	7—8 = 2	13—14 = 1
4—5 = 2	8—9 = 3	

III. Co do dnia choroby, w którym surowica została wstrzyknięta:

1—2	5—2
2—3	6—3
3—7	7—1
4—6	8—1

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

10 cm^3	—	2
20 »	—	7
30 »	—	3
40 »	—	12
60 »	—	1

Wśród nich w ośmiu przypadkach z rozległem błonicowatem zapaleniem gardła wstrzykiwano również i surowicę przeciwbłoniczą w kombinacyach następujących:

20 cm^3 + 1000 J. ochr. = 1	40 cm^3 + 2000 J. ochr. = 2
20 » + 2000 » » = 2	50 » + 2000 » » = 1
30 » + 2000 » » = 2	

V. Co do wielokrotności dawek:

1) jednorazowo	10
2) dwukrotnie	14
3) trzykrotnie	1

---

[1]) Patrz Czas. Lek. T. IX. R. 1907. Nr 11. Str. 352—361 i Dent. medizin. Wochenschr. R. 1908 Nr 5. 203.

VI. Białkomocz spostrzegano w dwóch przypadkach, co stanowi 9% ogólnej liczby z wyłączeniem śmiertelnych.

VII. Przypadki śmiertelne w rodzinach najbliższych przed zachorowaniem spostrzeganych chorych były w 12 przypadkach, co stanowi 48% ogólnej liczby.

VIII. Wysypkę posurowiczą spostrzegano w 10 przypadkach, co stanowi 45% ogólnej liczby, po wyłączeniu śmiertelnych. Wysypka zjawiała się pomiędzy 5 a 12 dniem po wstrzyknięciu jedynie tylko w postaci pokrzywki, najczęściej pojedynczej, nie zlewającej się, wędrującej po powierzchni skóry w ciągu jednego do trzech dni. Przeważnie była ona wcale lub tylko mało swędząca i bez towarzyszenia jakichkolwiek innych niemiłych objawów.

IX. Co do przypadków śmiertelnych:

Tablica I.

L. p.	Płeć	Wiek w latach	Ilość wstrzykniętej surowicy	Ilość dawek	Na który dzień choroby wstrzyk.	Dzień śmierci	Uwagi.
1.	Z.	13	60 cm³	2	3 i 4	5	T. 136 niemiarowe; C. 38,4; nieprzytomność, bredzenie, rzucanie się; źrenice zwężone bez odczynu; chwilami zez rozbieżny i drgawki w mięśniach twarzy. Skóra żółtaczkowo sinicza, na kończynach marmurkowata; zajęcie gardła i gruczołów umiarkowane. Wstrzyknięcie: ol. kamfor. oraz surowicy bez odczynu.
2	M.	$5^1/_2$	20 cm³ + 2000 J. o.	2	5	6	T. 150 nitkowate; C. 38,9; prostracya, senność; źrenice prawidłowe oddziaływają słabo; b. rozległe błonicowate zmiany gardła i gruczoły b. silnie powiększone i stwardniałe. Inanitio, rachitis. Wysypka b. obfita, sina, na kończynach marmurkowata z odcieniem żółtaczkowym. Wstrz. ol. kamfor. przy odczynie słabym.
3.	Z.	$^{1}1/_{2}$	40 cm³ + 2000 J. o.	2	2 i 4	6	T. 168 nitkowate; C. 39·5; dobrze odżywiona, tłusta. Podniecenie, odczyn przy wstrzyknięciu b. żywy; zmiany gardła b. rozległe i gruczoły nadzwyczaj powiększone, zlewające się w twarde konglomeraty; obrzęki w gardle; wysypka sina, na kończynach marmurkowata, żółtaczk.

X. Współcześnie spostrzegałem 20 przypadków płonicy, dla różnych powodów nie leczonej surowicą; wśród nich ciężkich było 15, z których 12 zmarło. Te przypadki śmiertelne zestawiłem w następującej tablicy (patrz Tab. II.).

XI. Zestawiając otrzymane dane liczbowe w tablicę i porównywając z danemi, poprzednio ogłoszonemi (patrz wyżej l. c.), widzimy (patrz Tab. III):

Do przedstawionych tu danych uważam za konieczne dodać następujące wyjaśnienia:

1) Spostrzegana epidemia płonicy nie objęła większej przestrzeni okolicy i skutkiem tego nie dała sposobności spostrzegania większej liczby przypadków; cechowała się

Tablica II.

L. p.	Płeć	Wiek w latach	Na który dzień choroby nastąpiła śmierć	Powikłania lub objawy przedśmiertne	Uwagi.
1.	M.	6	18	nephritis, uraemia, oedema pulmonum.	Objawy początkowe, a nieraz i przebieg kliniczny w pierwszym tygodniu, były albo zupełnie lekkie lub też średnio ciężkie, wzbudzające wszelką nadzieję co do dobrotliwości dalszego przebiegu.
2.	M.	4	9	rozlana angina diphtheroides; gruczoły b. wielkie i twarde, sepsis univ.	
3.	M.	2	15	lymphadenitis abscedens colli rozlane, obustronne, w śródpiersiu (?)	
4.	Z.	5	16	nephritis, uraemia, oedema pulmon.	
5.	Z.	3	10	lymphadenitis colli abscedens obustr.; sepsis univ.	
6.	M.	5	22	nephritis, uraemia, oedema pulmonum.	
7.	Z.	$1^1/_2$	15	pneumonia catarrhalis, objawy meningitis ante mortem.	
8.	M.	2	8	lymphadenitis colli sinistra abscedens, sepsis universalis.	
9.	M.	2	4	meningitis	Od samego początku choroby bardzo ciężkie lub beznadziejne.
10.	M.	$1^1/_2$	3	meningitis	
11.	Z.	2	5	sepsis, coma	
12.	Z.	11	2	meningitis, prostratio, coma.	

Tablica III.

Rok	Liczba ogólna przypadków	Ilość przypadków	Dtto w %	Ilość przypadków ciężkich	Dtto w %	Śmiertelność ich w %	Uwagi
1904—1907	48	20	41,6	28	58	71	
1908	20	12	60	15	75	80	Leczenie zwykłe
1904—1908	68	32	47	43	63	74	
1904—1907	69	10	14,5	35	50,7	28	
1908	25	3	12	15	60	20	Leczenie surowicą
1904—1908	94	13	13,8	50	53	26	

natomiast złośliwością przebiegu, połączonego często z powikłaniami, bardzo groźnemi i śmiertelnemi, występującemi zaraz na początku choroby, jak błonicowate zapalenie gardła, rozległe i złośliwe, zapalenie opon i prostracya przy niedającym się podnieść upadku sił, lub też z powikłaniami, równie groźnemi, lecz występującemi później, jak zapalenie nerek z mocznicą lub zropienie rozległe obustronne wszyst-

kich gruczołów szyjnych z następczem zakażeniem krwi ogólnem septycznem, pomimo początkowych objawów choroby łagodnych i wzbudzających zupełną nadzieję przebiegu pomyślnego. Od Nowego Roku miałem już tylko cztery przypadki płonicy, leczonej surowicą; trzy z nich bardzo ciężkie z nader pomyślnym i efektownym skutkiem dodatnim; przypadki te, jako jeszcze znajdujące się w obserwacyi, do szeregu statystycznego w niniejszem sprawozdaniu nie zostały włączone.

2) Surowica przeciwpłonicza, stosowana przezemnie pochodziła z pracowni Prof. O. Bujwida w Krakowie. Używane były serye następujące: 1) z dnia 11. II. 08. 2) 29. II. 08. 3) 28. IX. 08. 4) 9. XI. 08. Różnicy w działaniu poszczególnych seryi nie dostrzegłem; surowica, stojąca we flaszeczkach dłużej, np. 4 do 6 miesięcy, działa łagodniej.

3) Wnioski, wyprowadzone przezemnie poprzednio (patrz l. c.), utrzymują się w zupełności w swej sile, co stanowi dla mnie tem większą zachętę i bodziec do stosowania surowicy przeciwpłoniczej i nadal, a otrzymane w przyszłości wyniki będę się starał również do szerszej wiadomości podać.

4) W ośmiu przypadkach z powodu rozległego i złośliwego błonicowatego zapalenia gardła, które w trzech przypadkach wystąpiły na cały prawie tydzień przed wysypką płoniczą, zastosowałem leczenie skombinowane surowicą przeciwpłoniczą i przeciwbłoniczą. W dwóch przypadkach nie uzyskałem żadnego wyniku dodatniego, w sześciu zaś skutek był nader pomyślny, efektowny, uderzający szybkością swą zarówno otoczenie chorego, jak i kolegów, z którymi przypadki te wspólnie leczyłem.

5) Co się tyczy skali, według której dzielę spostrzegane przypadki na grupy, to trzymam się następującego podziału: 1) beznadziejne, 2) ciężkie, 3) średnie i 4) lekkie. W danych liczbowych pierwsze dwie grupy łączę w jedną i pod nazwą: »przypadków ciężkich« wyróżniam z pośród całego szeregu spostrzeżeń. Sądzę, że upraszcza to rubryki, zmniejszając ich liczbę, a przy niewyłączaniu przypadków beznadziejnych z szeregu ogólnego nie zmienia (resp. nie zmniejsza) sztucznie ostatecznego wyniku co do procentu śmiertelności i t. p. Podział grup, zależnie od stawianego w danej chwili rokowania, wydaje mi się mniej praktycznym i odpowiednim, wiadomem jest bowiem powszechnie, jak zwodnicze jest przy płonicy rokowanie nawet w przypadkach, pozornie najlżejszych, a przeto ten punkt wyjścia mógłby dać najwięcej niespodzianek, niepożądanych dla spostrzeżeń, mających wejść w szeregi statystyczne, z których następnie oczekiwać należy wniosków i uogólnień w tym lub owym kierunku. Przy zbieraniu zaś danych statystycznych pierwszą konieczną ostrożnością musi być unikanie grupowania faktów analogicznych na błędnem założeniu podstawowem, gdyż tylko w ten sposób, w miarę powiększania się liczbowych danych, zdołamy doprowadzić do możliwego minimum wahania różnych niedokładności, jakie z natury rzeczy każda statystyka wogóle posiadać musi.

Oceny i sprawozdania.

Józef Skłodowski. **O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacyi w kamicy nerkowej niepowikłanej.** (Odczyty kliniczne, wydawane przez Redakcyę »Gazety lekarskiej«, Nr 208 do 209, Serya XVIII). Warszawa, 1909.

Pobudką do tej pracy były dla autora cztery przypadki nacięcia nerek, operowane przez ś. p. Dra Władysława Krajewskiego z powodu kamicy. W stosunku do dzisiejszych wymagań spostrzeżenia te, pozostawiają, jak sam autor podnosi, wiele do życzenia, bo tylko w jednem z nich wykonano zdjęcie rentgenowskie, a w żadnem nie zastosowano nowoczesnych sposobów badania sprawności nerek, i dlatego też w przypadku czwartym stało się to nawet powodem bardzo przykrej pomyłki, bo wycięcia jedynej nerki czynnej. Uwagi krytyczne autora mają bardzo wielką wartość, albowiem wypowiada je autor jako internista, uznający jednak w zupełności potrzebę operacyjnego leczenia nadających się do tego schorzeń.

Autor zajmuje się jedynie sprawą rozpoznawania i wskazań do operacyi przy kamicy nerkowej niepowikłanej, niejako jałowej. Kamica nerkowa nie jest cierpieniem »par excellence« chirurgicznem. Nawet Israel twierdzi, że nie należy operować przypadków, gdzie częstym kolkom prawie zawsze towarzyszy odchodzenie drobnych kamyczków, a w przerwach chory nie uczuwa żadnych dolegliwości i oddaje mocz jasny i jałowy. Mianem kamicy obejmujemy wszelkie złogi i osady nerkowe, co wiedzie do zamieszania, gdyż niektórzy przez kamicę rozumieją, i to słusznie, jedynie obecność większych kamyków w nerce. Objawy kamicy nerkowej są zmienne. Należą tutaj bole, często napadowe, objawy podrażnienia otrzewnej, zmiany w moczu, niekiedy krew w moczu i t. p. Nerka nie bywa powiększona, lecz często bywa tkliwa, albo nawet bolesna przy obmacywaniu. Większą pewność rozpoznawczą daje badanie cystoskopem i cewnikami moczowodowymi i badanie rentgenograficzne, choć i to nie jest wolne od wad i do błędnych wniosków doprowadzić może. Przypadłości przy kamicy nerkowej zależą w znacznej mierze od wielkości kamienia. Gdy kamień przekroczy wielkość fasoli, wówczas sam z nerki odejść nie może. Oczywiście i mniejsze kamienie mogą być uwięzione ze względu na swe siedlisko (n. p. w głębi kielicha, w miąższu nerki i t. p.). Kamień uwięziony daje zwykle objawy stałe, i obecność jego napewno stwierdzona jest wskazaniem do operacyi, zwłaszcza, jeżeli w moczu pojawia się krew. Bole w nerce, nawet o typie przestankowym, nie dowodzą napewno obecności kamieni, co już nieraz operacyjnie stwierdzono; naodwrót kamienie uwięzione mogą nie dawać wybitnych objawów, zwłaszcza co do bolu, który występować może nawet po stronie nerki zdrowej. Obecność kamienia w nerce prowadzić może z czasem do różnych powikłań, jak zatkania moczowodu, bezmoczu zwykłego i odruchowego, krwotoków, zakażeń i t. p., a nieraz wywołuje wybitne anatomiczne zmiany w nerce.

Przy kamicy nerkowej stosuje się zwykle trojakiego rodzaju operacye: przecięcie miedniczki, nerki samej, lub wycięcie nerki.

Przy kamicy niepowikłanej wycięcie nerki wydarza się chyba wskutek nieszczęśliwych powikłań w czasie operacyi. Nacięcie miedniczki wyszło także z użycia, i jedynie nacięcie nerki znajduje zastosowanie. Różne są jeszcze zdania co do tego, czy operacya ta jest dla nerki obojętną, czy nie. Jedni twierdzą n. p., że nerka potem traci $^1/_4$—$^1/_2$ swego czynnego miąższu wskutek zawałów, martwicy i blizn, inni znów zaprzeczają temu. Również co do prowadzenia cięcia przez nerkę, zdania nie są zgodne: jedni radzą typowe cięcie w pasie Zondeka, inni poprzeczne i t. p. Badania naciętych nerek wskazują, że w większości przypadków nacięcie wywołuje dość rozległe następowe zmiany w nerce. Jeżeli dodamy do tego, że śmiertelność po tej operacyi jest stosunkowo niemała, bo około 5—9%, to przyznać należy, że byłoby błędem dziś już głosić zasadę, że z powodu samej obecności kamienia w nerce należy bez innych wskazań przystępować zawsze do operacyi. A jakież są te inne wskazania? Należą tu dokuczliwe bole, wycieńczające chorego, zwłaszcza ciągłe krwawienie z nerki, utrudnienie w odpływie moczu lub bezmocz i zakażenie, nawet w początkach nie ustępujące, n. p. z miedniczki pod wpływem leczenia. Przeciwwskazaniem specyalnem do operacyi jest: częste odchodzenie wśród napadów kolki drobnych kamyczków, zwłaszcza gdy potem następuje ulga, (obecność jednej czynnej nerki nie jest przeciwwskazaniem do nacięcia).

Mimo obecności objawów pewnych nie należy nigdy zaniedbywać sposobów badania sprawności i obecności obu nerek, albowiem przy operacyi może chirurg spotkać się z różnemi niespodziankami, n. p. z obecnością nowotworu w nerce i t. p., które zmusić go muszą do wycięcia nerki, a wtedy jeżeli nie zna stanu drugiej nerki, musi albo wyjąć chorą nerkę na los szczęścia, albo odłożyć na razie doszczętną operacyę, celem wykonania badań sprawności nerki drugiej. *Klesk.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Abelous i Bardier. **O wpływie moczu człowieka zdrowego na podniesienie się ciśnienia krwi.** (*Journal de phys. et path. gen.* 1908, Nr 4). **Urohypertenzyna.** (*Ibidem* 1909, Nr 1). Autorowie wykryli w moczu człowieka zdrowego obecność substancyi, silnie podnoszącej ciśnienie krwi. Po odparowaniu 500·00 moczu do 25·00 i po przesączeniu go, 5·00 przesączu, wstrzyknięte psu do żyły, wywołuje silne podniesienie się parcia krwi, i wielkie, chociaż szybko przemijające podrażnienie ośrodka oddechowego. Urohypertenzyna rozpuszcza się w wyskoku, nie dyalizuje, strąca się dwuchlorkiem rtęci i podoctanem ołowiu. W strącie rozpuszcza się w eterze; powtórnie strąca się kwasem szczawiowym, a w przesączu można wykazać substancyę, silnie obniżającą ciśnienie krwi. Urohypertenzyna działa taksamo silnie, jak i adrenalina, z którą niema żadnego wspólnego odczynu chemicznego.

W drugiej swej pracy autorowie omawiają niektóre szczegóły działania hypertenzyny. Wpływ wstrzykiwań śródżylnych objawia się bezpośrednio i proporcyonalnie do dawki wprowadzonej. Minimalna dawka odpowiada ilości czynnika, znajdującego się w 100·0—150·0 moczu. Nigdy nie zauważono uodpornienia, ani działania zbiorowego (kumulatywnego). Urohypertenzyna jest zupełnie nieszkodliwą. Mocz człowieka, dotkniętego stwardnieniem tętnic, substancyi tej nie zawiera. Wstrzykiwania podskórne nie dają widocznych wyników, czy to wskutek szybkiego rozkładu tej substancyi, czy to, że wchłanianie odbywa się bardzo powoli. Wpływ urohypertenzyny objawia się w trzech kierunkach: działaniem na serce, na ciśnienie krwi i na oddychanie. Rytm czynności serca z początku zwalnia się, potem przyspiesza. Naczynia obwodowe zwężają się. Rytm oddechowy przyspiesza się. Daje się przytem zauważyć zwiększona działalność wydzielnicza błony śluzowej nosa i ślinianek. Co się tyczy działania na wątrobę, to wstrzykiwanie substancyi tej do jednej z gałązek żyły wrotnej nie wywierało żadnego wpływu.

Zdaniem autorów urohypertenzyna powstaje w jelitach w czasie sprawy gnicia. Prawdopodobnem jest, że błona śluzowa jelit i wątroba działają poniekąd zobojętniająco i hamująco na powstanie tej substancyi. Budowę chemiczną tego ciała bardzo trudno określić, wobec minimalnych ilości, w jakich ono znajduje się w moczu; jednakowoż sądząc z działania możnaby ciało to zaliczyć do tejsamej grupy, do której należy myosapryna i inne połączenia, pochodzące z mięsa gnijącego i z mas kałowych.

(Szczegóły można znaleść oprócz streszczonych powyżej artykułów jeszcze w doniesieniach autorów w Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1907 dnia 4. IV., 16. V., 23. V., 11. VII., 28. VII. *Przypisek sprawozdawcy*). *L. Mańkowski.*

Maurel. **Wpływ prądów powietrza i szybkiego przenoszenia się na wydatki ustroju.** (*Compt. rend. Soc. de Biol.* 1909, Nr 4, 5, 7, 8). W czasach ostatnich coraz bardziej rozpowszechniają się szybkie środki lokomocyi (automobile, kolarstwo). Szybkie te środki muszą wpływać na ustrój jako prądy wiatru o takiejże szybkości. M. wziął sobie za zadanie dokładniejsze zbadanie tego wpływu i dlatego poddawał świnki morskie działaniu prądu powietrza o szybkości 12, 16, 21 kilometrów na godzinę. Zwierzęta poddawano temu działaniu średnio 12 godzin na dobę i w ciągu kilku dni; druga część zwierząt służyła do kontroli. Jednocześnie oznaczał M. ciężar ciała przed i po doświadczeniu i ilość wytwarzanych kaloryi. Wyniki swych badań zestawił M. w kilku tablicach i na podstawie ich dochodzi do następujących wniosków: 1) Prąd powietrza zwiększa wydatki ustroju, i wydatki te mogą być tak wielkie, że trzeba je mieć na względzie przy określaniu porcyi dziennej. 2) Prądy wiatru do pewnego stopnia szybkości, zwiększając wydatki ustroju, pobudzają go jednocześnie do przyjmowania większej ilości pokarmu; tym sposobem zwiększona ilość spożytego pokarmu pokrywa zwiększone wydatki. 3) Wraz ze znacznem powiększeniem szybkości wiatru może się zdarzyć, że wydatki ustroju będą większe, niż dowóz materyału odżywczego, a zatem mogą one być pokryte tylko z zapasów ustroju. — Tym sposobem prądy powietrza o pewnej szybkości mogłyby być korzystne dla ustroju, gdy zjawia się potrzeba pobudzenia jego odżywiania: naprzykład przy spóźnionym rozwoju, niedokrwistości, w okresie zdrowienia, i t. p. Prądy powietrza o większej szybkości mogłyby być wyzyskane wtedy, gdy potrzeba zwiększyć wydatki ustroju, naprzykład przy otyłości. W każdym razie wprzód nim się zastosuje te wyniki do lecznictwa, potrzebaby było przeprowadzić analogiczne badania u ludzi, co wobec rozpowszechnienia sportu kolarskiego i automobilowego nie przedstawiałoby wiele trudności. *L. Mańkowski*

Müller. **Sztuczne wywoływanie nowych, a dziedzicznych w dalszym ciągu właściwości drobnoustrojów.** (*Tow. fizyol.* Kolonia, 8. II., 1909). Massini w zakładzie Ehrlicha wykazał, że można przez odpowiednie postępowanie wywołać u drobnoustrojów nowe dziedziczne właściwości. Podobne zjawisko udało się stwierdzić Müllerowi u 4 gatunków drobnoustrojów. Przez zmianę pożywki wywołał on zupełną zmianę postaci kolonii tychsamych drobnoustrojów, które nadto uzyskały zdolność rozkładania cukru mlecznego na kwas mleczny i produkta gazowe, a zdolność ta pozostała dziedziczną w dalszych koloniach. Przypomina to żywo sprawę nagłego przeobrażania się komórek ustroju w nowotworowe. Widać też z tego, że można przez zadziałanie pewnych związków chemicznych wywołać w żywych komórkach sztucznie nowe właściwości, które już potem przenoszą się i na dalsze pokolenia. *A.*

Kantorowicz. **Przeciwzaczyny drobnoustrojów i bakteryoliza.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 18). K. zajmuje się środkami ochronnymi, którymi posługują się drobnoustroje w walce z danym ustrojem, by uniknąć rozpuszczania, niszczenia i pożerania. Taka odporność napewno istnieje. Wiadomo, jak liczną jest flora przewodu pokarmowego mimo obecności w jelitach różnych zaczynów. Odporność ta nie jest wcale cechą życia, bo odporne na zaczyny są także ciała zabitych drobnoustrojów. Może więc ona być skutkiem albo nieprzepuszczalnej otoczki drobnoustrojów, albo też przeciwzaczynów. Odpowiednie badania wykazują, że otoczka nie gra tu roli, ale że odporność ta zależy od obecności przeciwzaczynów w drobnoustrojach. Jeżeli ogrzewa się stopniowo drobnoustroje, to u wielu z chwilą dojścia do 75° znika nagle odporność na zaczyny, i drobnoustroje ulegają rozpuszczeniu. Natomiast gronkowce, paciorkowce, drobnoustroje błonicy, wąglika i t. p. nawet wtedy się jeszcze nie rozpuszczają. Wogóle odporniejsze są drobnoustroje, barwiące się sposobem Grama. Wyciągi drobnoustrojów działają przeciwzaczynowo przeciw trypsynie, nie są jednak identyczne z antytrypsyną. *K.*

Chirurgia.

Zadro. **Doświadczenia nad uśpieniem skopolaminowo-morfinowem.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909, Nr 13). Bardzo dobrą okazała się w klinice Eiselsberga przy operacyach kombinacya zamroczenia skopolaminowego z uśpieniem ogólnem. Wieczorem przed operacyą dostają chorzy weronal (0,5—1,0), a na godzinę przed operacyą wstrzyknięcie 0,0005 skopolaminy i osobno 0,01 morfiny. Uśpienie z początku mieszanką Billrotha, potem eterem. Kombinacya ta ma te zalety, że nie grozi choremu żadnem niebezpieczeństwem, zużywa małą ilość środków usypiających, znosi zwykle stan podniecenia, niema przy niej wymiotów, a powikłania płucne są znacznie rzadsze. Oczywiście chorych wycieńczonych operować można w zamroczeniu skopolaminowem przy znieczuleniu miejscowem. Przeciwwskazana jes skopolamina tylko u neurasteników i przy operacyi wola w chot robie Basedowa. *K.*

Kaestle. **Związki bizmutu i ich przetwory zastępcze w rentgenologii ludzkiego przewodu pokarmowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 18). K. twierdzi, że objawy zatrucia, które spostrzegano przy stosowaniu zasadowego azotanu bizmutu (*bism. subnitricum*) w rentgenologii nie pochodzą od samego bizmutu (np. zatrucie bizmutem nie objawia się nigdy methemoglobinemią), lecz od ewentualnie tworzących się przytem połączeń azotowych. Z tego też powodu stosować można bezpiecznie inne związki bizmutu, jak węglan, lub połączenia z fosforem i siarką. K. polecił swego czasu przetwory toru. Przeciwko temu wystąpił Lewin, twierdząc, że i tor nie jest obojętny, i polecając żelazo. K. staje w obronie toru, dowodząc, że nie jest on wcale trujący,

a nad żelazem ma tę wyższość, że daje o wiele lepszy obraz, niż równa ilość żelaza, że ThO_2 niema zupełnie smaku, ani zapachu, co sprawia, że badani spożywają go bez odrazy. *Klęsk.*

Werner. **Doświadczenia nad leczeniem nowotworów promieniami Röntgena, radu i wstrzykiwaniami choliny.** (*Mitt. a. d. Grenzgeb.* Tom XX., Nr 1). Na podstawie doświadczenia, zebranego w 80 przypadkach nowotworów złośliwych, a 4 łagodnych, dochodzi W., do przekonania, że leczenie powyższymi sposobami wywołuje wprawdzie nieraz rozpad tkanki nowotworowej i pobudza tworzenie się tkanki łącznej, ale z drugiej strony nie chroni wcale od nawrotów, przeciwnie przy zbyt energicznem stosowaniu nieraz do nich pobudza. Rad działa korzystnie przy naczyniakach i toczniu. Wstrzykiwania choliny wywołują nadczułość na promienie Röntgena tak, że stosowanie nieostrożne tych promieni wspólnie z choliną wywołać może groźne objawy zatrucia ustroju. *K.*

König. **O ochronie rany przy zranieniach i operacyach od zakażenia drobnoustrojami z sąsiedniej skóry.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 17). K. na podstawie długoletniego doświadczenia radzi przy ranach nie odkażać zwykłymi sposobami sąsiedniej skóry, bo przez to tylko nieraz wnosi się zakażenie do rany. Wystarcza zupełnie dokładne wypendzlowanie okolicy rany nalewką jodową. Postępowanie to stosuje K. i przy operacyach. *K.*

Ury. **O równoczesnem występowaniu przepukliny nadpępkowej z wrzodem żołądka.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 17). U. na podstawie 5 spostrzeganych przez siebie przypadków zwraca uwagę, że przepuklina nadpępkowa (*h. epigastrica*) występuje bardzo często równocześnie z wrzodem żołądka; niektórzy nawet, jak n. p. Strauss, twierdzą, iż wrzód żołądka powstaje właśnie następowo przez ciągłe pociąganie ściany żołądka w przepuklinie. Naodwrót przy objawach wrzodu żołądka nie należy zapominać o możliwości przepukliny, bo wtedy operacya przepukliny działa nieraz wprost leczniczo i na inne przypadłości. *K.*

Hofmann. **Doszczętna operacya przepuklin pachwinowych z pomocą poprzecznego skórno-powięziowego cięcia i wysokiego ułożenia miednicy.** (*Zblt. f. Chir.* 1909, Nr 15). H. poleca operować przepukliny pachwinowe według zasad cięcia Pfannenstiela, t. j. przecinać skórę i powięź poprzecznie, a mięśnie i otrzewnę podłużnie. Dostęp do kanału jest przytem bardzo dobry, a blizna tworzy potem bardzo silną zaporę. Cięcie prowadzi H. 8—10 cm długie między środkową, a zewnętrzną jedną trzecią więzadła pachwinowego, mniej więcej prostopadle do jego przebiegu, przyczem $^2/_3$ cięcia leży na brzuchu, a $^1/_3$ bliżej uda. Cięciem tem przecina H. skórę i powięź (aż do więzadła), oddziela ją aż do zewnętrznego otworu pachwinowego. Włókna mięśnia dźwigającego jądro (*cremaster*) przedziela H. podłużnie. Po uwolnieniu worka, przechodzi H. do dalszej części operacyi przy wysokiem ułożeniu miednicy. *K.*

Schanz. **Czy gimnastyka może działać szkodliwie przy leczeniu skrzywień kręgosłupa?** (*Arch. f. klin. Chir.* Tom 88., IV.). Chlumsky zwrócił uwagę, że w niektórych początkowych przypadkach skrzywień kręgosłupa stosowanie gimnastyki nietylko nie wpływa korzystnie, ale nawet szkodzi; skrzywienie powiększa się stale, a dzieci mizernieją. Wtedy przerwanie ćwiczeń wpływa zaraz dodatnio. Schanz potwierdza to w zupełności, zwracając uwagę, że to szkodliwe działanie gimnastyki uwydatnia się zwłaszcza w przypadkach t. zw. niedomogi kręgów, cechującej się bolesnością przy opukiwaniu kręgosłupa i ucisku na lędźwiową część kręgosłupa od strony jamy brzusznej. W podobnych przypadkach występują również i inne bole samoistnie. W takich przeto przypadkach należy wstrzymać się zupełnie od wszelkich ćwiczeń gimnastycznych, które stosować wolno jedynie po ustąpieniu objawów podrażnienia i w skrzywieniach nie okazujących objawów niedomogi kręgów. *K.*

Hagenbach. **Przeszczepianie kości.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 19). W nauce o przeszczepianiu kości, pomimo tego, że praktycznie stoi ona już wysoko, niema jednak jeszcze teoretycznie jednolitości. Tak np. sporną jest jeszcze rzeczą, czy przy przeszczepianiu główną rolę w wytwarzaniu kości odgrywa podłoże, do którego wszczepiamy, a materyał jest obojętny, czy też i kawałek wszczepiony odgrywa ważniejszą rolę. Doświadczenie praktyczne wskazuje, że istnieją pewne stopnie w zdolności przygajania się wszczepionych kawałków. Tak n. p. najlepiej przygajają się kawałki żywej kości, wzięte wraz z okostną z częścią jamy szpikowej z tego samego osobnika. Gorzej już przygajają się takież kawałki bez okostnej z tego samego osobnika, a jeszcze gorzej z osobnika innego, ale takiego samego gatunku. Znacznie trudniej już przygajają się kawałki kości z okostną, wzięte z innego gatunku, a najtrudniej kość martwa wygotowana, zmacerowana lub też jakiś inny materyał. Wchodzi tu w grę jednak wiele czynników. Nieraz przygajają się wcale dobrze przeszczepienia, wzięte z innego osobnika (doświadczenia Lexera z przeszczepianiem stawów), a nawet kość martwa, n. p. wzięta ze zwłok (Axhausen), a naodwrót kość z okostną, wzięta z tego samego osoobnika, ulega czasem obumarciu i wydzieleniu. O ile możności jednak powinniśmy się starać używać do przeszczepiania materyału z tego samego osobnika, ewentualnie z drugiego osobnika tego samego gatunku, a dopiero, gdy to technicznie jest niemożebne, można próbować heteroplastyki ze zwierzęcia lub z kości martwej wygotowanej. Przy przeszczepianiu materyału żywego należy uważać, by nie trzymać go za długo po oddzieleniu i chronić od wpływów chemicznych, bo łatwo obumiera. *K.*

Vogel. **O gruźlicy stawów.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Tom 97, I—II.). Uwagi swe opiera V. na doświadczeniu w 349 przypadkach gruźlicy stawów, spostrzeganych w Bonn. W wieku dziecięcym przeważa gruźlica biodra i kolana; gruźlica stopy występuje równie często u starszych, jak i u dzieci; w łokciu występuje głównie u starszych, podobnie w ręce. Co do płci, to u mężkiej przeważa gruźlica kolana, u żeńskiej stopy i łokcia. Dziedziczność daje się wykazać w 55% przypadków, uraz w wywiadach niemal w połowie. Przechodząc do wyników leczniczych, odmawia V. wszelkiego działania leczeniu tuberkulinami i hetolem. Z zachowawczych sposobów jedynie uzasadnione jest ustalenie i wstrzykiwania jodoformu i zastoina Biera, która daje nawet bardzo dobre wyniki co do czynności, zwłaszcza przy gruźlicy ręki i stopy, natomiast mniej jest skuteczną przy gruźlicy kolana, co V. kładzie na karb różnicy unaczynienia stawów. Przy wyleczeniu należy jeszcze rokować zawsze ostrożnie, bo gruźlica wybuchnąć może nagle i po latach, zwłaszcza po urazie, i to albo w stawie wygojonym pozornie lub jako przerzut gdzieindziej. U dzieci leczenie z początku powinno być zawsze zachowawcze. Jeżeli sprawa okazuje dążność do gojenia się w nieprawidłowem położeniu stawu, należy podług Lorenza pozwolić na to, a potem po wygojeniu poprawić położenie operacyjnie. Wszelkie zaś forsowne próby wywołują pogorszenia. »Brisement forcé« V. odrzuca zupełnie. *A.*

Linhart. **Przyczynek do sprawy resekcyi gruźliczego stawu kolanowego.** (*Beitr. z. klin. Chir.* Tom 61—II.). Na podstawie 59 operowanych przypadków gruźlicy stawu kolanowego, dochodzi L. do następujących wniosków: W początkach gruźlicy stawu kolanowego powinno się zawsze próbować leczenia zachowawczego (ustalenie stawu w opatrunku, zastoina, wstrzykiwania mieszanki jodoformowej). W razie pogorszenia się sprawy przystąpić należy do resekcyi stawu. Operacyi tej próbować należy zawsze najpierw nawet wobec znacznych zmian, t. j. tam, gdzie właściwie jest wskazane odjęcie kończyny. Wczesna resekcya w 77·9% przypadków wiedzie do celu. Śmiertelność po operacyi około 5·1%. Uporczywe pooperacyjne przetoki zwykle nie dają się już uleczyć. Takie wyleczenie daje się uzyskać niemal w 99%. *K*

Stoffel. **Stopa płaska, a łuszczycowe cierpienie stawowe.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 17). Przypadki łuszczycowego zajęcia stawu (*arthropathia psoriatica*) nie należą wprawdzie do częstych, ale spotykamy w piśmiennictwie, zwłaszcza francuzkiem, wzmianki o nich. Podobny przypadek spostrzegał też S. w klinice ortopedyczno-chirurgicznej Prof. Vulpiusa w Heidelbergu. Cierpienie napozór sprawiało wrażenie przypadłości stopy płaskiej, a dopiero badanie promieniami Röntgena wykazało zanik i ubytki kości stopy, zwłaszcza kości skokowej i łódkowatej. Zmiany te przypominają żywo neuropatyczne powikłania stawowe przy syringomyelii i wiądzie rdzenia. Zmiany te u chorych, cierpiących na łuszczycę, występują typowo w kilku stawach, przebiegają podostro, co pewien czas znacznie się pogarszają. Z początku ulegają zajęciu części miękkie stawów, potem dopiero chrząstka i kość. Niektórzy twierdzą, że oba te cierpienia, t. j. zmiany stawów i łuszczyca polegają na tle wspólnych zmian układu nerwowego. W leczeniu wchodzą w rachubę jedynie odpowiednie przyrządy ortopedyczne. *K*

Prof. Zangemeister i Gans. **Wpływ zakażenia paciorkowcami na obraz krwi pod względem ciałek białych, i uwagi o sposobie badania.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 16—17). Badania swe przeprowadzili Z. i G. w tym celu, aby się przekonać, czy z obrazu krwi przy ogólnem zakażeniu paciorkowcami wysnuć można jakie przepowiednie co do zejścia choroby. Dotychczasowe sposoby badania krwi pozostawiają wiele do życze-

nia. Już samo obliczanie jąder, proponowane przez Arnetha, jest źródłem wielu błędów, i wynik zależy od indywidualizmu badacza. Nadto wynik badania zależy tutaj też od sposobu barwienia, i porównywać można tylko obliczenia, dokonywane jednym sposobem. Mylnem jest także przyjmowanie zmian we krwi na zasadzie odsetkowego stosunku różnych gatunków ciałek białych, a jedynie ilości leukocytów w jednym mm^3 krwi mają jaką taką wartość, i to względną, bo i one zależą od ilości ogólnej krwi, utraty wody, doprowadzenia tejże i t. p. Doświadczenia swe przeprowadzali Z. i G. na małpach, aby o ile możności otrzymać wyniki podobne, jak u ludzi. Przedewszystkiem przekonali się, że na obraz krwi nietyle ma wpływ miejsce, z którego zakażenie następuje, ile rodzaj samych paciorkowców. Przy zakażeniach lekkich podnosi się szybko i znacznie ogólna liczba ciałek białych, przy zakażeniach zaś bardzo ciężkich zaczyna szybko po tem podniesieniu opadać, a podniesienie to występuje wolniej i nie wysoko. Zwiększenie się ilości ciałek neutrofilnych dosięga zwykle szczytu w 6—7 godzin. W przypadkach lekkiego zakażenia w 24 godzin liczba ta spada do poziomu prawidłowego, w ciężkich opada nawet poniżej niego, i to opadanie każe bardzo źle rokować. Zwłaszcza rozstrzygającem jest zachowanie się neutrofilów jednojądrzastych (neutrofile wielojądrzaste uważają autorzy za formy rozpadowe jednojądrzastych). Przy zakażeniach słabych liczba jednojądrzastych neutrofilów w 6 godzin dosięga prawie potrójnej wartości. Przy zakażeniach średniego natężenia liczba ich podnosi się zwolna i dopiero w 18 godzin dochodzi do szczytu. Przy zakażeniach zaś ciężkich opada liczba szybko po nieznacznem początkowem podniesieniu się. Im szybciej i silniej podnosi się liczba tych ciałek, tem rokowanie jest lepsze. Obraz więc neutrofilowy krwi w pierwszych 24 godzinach po zakażeniu dać może bardzo ważne wskazówki prognostyczne. Z badania innych gatunków ciałek białych nie otrzymuje się żadnych wybitnych wskazówek, prócz jedynie eozynochłonnych. Podniesienie się liczby ich i zatrzymanie na tejsamej wysokości, a nie opadanie poniżej stanu prawidłowego pozwala dobrze rokować. Oczywiście u ludzi niezawsze można badać krew właśnie w pierwszych 24 godzinach po zakażeniu, chyba przy zakażeniach przy porodzie lub operacyi. W dalszych dniach obraz już się zaciera, zwłaszcza pod wpływem powikłań. *A.*

Borchardt. **O szwie płuc przy zranieniach postrzałowych.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 14). Dobre wyniki operacyjne przy zranieniach płuc, zwłaszcza wobec operowania pod zmiennem ciśnieniem, zachęcać powinny do częstszej, niż dotąd interwencyi, zwłaszcza w przypadkach nagłych wielkich krwawień, lub więcej przewlekłych, lecz uporczywych, dalej przy ucisku płuca przez nagromadzone w klatce piersiowej powietrze i t. p. W ostatnich czasach operował B. dwóch chorych; jeden wyzdrowiał; drugi zmarł wskutek tego, że przedtem utracił już bardzo dużo krwi. *K.*

Kehr. **O schorzeniach trzustki ze szczególnem uwzględnieniem występującego przy kamicy żółciowej zapalenia przewlekłego.** (*Mitt. a. d. Grenzgeb.* Tom XX., Nr 1). Kehr w pracy swej zwraca uwagę na bardzo częste powikłania w trzustce przy kamicy żółciowej. Przy operacyach kamicy prawie w $^1/_4$ przypadków spotykał K. zmiany także w trzustce, głównie zapalenia przewlekłe. Zmiany te ustępują jednak zwykle zupełnie po operacyi kamicy, zwłaszcza przy stosowaniu sączkowania przewodu wspólnego. Odczyn Cammidgea uważa Kehr za bardzo pewną oznakę schorzenia trzustki, tak że nawet dodatni wynik tego odczynu przy kamicy żółciowej jest dla niego wskazaniem do operacyi, o ile leczenie wewnętrzne, n. p. w okresie wolnym od napadów, pozostaje bez skutku. Klinicznie przed operacyą nie udaje się wymacać prawie nigdy powiększonej i stwardniałej trzustki. *K.*

Dermatologia.

Wechselmann. **Odczyn Wassermanna, a kiła płodu nabyta od matki zakażonej podczas ciąży.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 15. 1909). Autor zajmuje się tem nader ciekawem zagadnieniem, czy dzieci matek, zakażonych kiłą już po poczęciu, mogą być zdrowe. Wobec mało charakterystycznych danych anatomopatologicznych, ważną poniekąd wskazówką może być jedynie odczyn Wassermanna. Z 6 przypadków autora wynika, że jakkolwiek zmian zewnętrznie kiłowych niema, przecież płód jest kiłowy. Co do samego odczynu, to obecność jego u płodów, które zmian kiłowych nie okazują, świadczy nie o ich uodpornieniu, ale o obecności jadu; prawdopodobnie u tych płodów wystąpi kiedyś kiła jako postać późna (*syphilis tarda*).

Na podstawie ujemnego odczynu nie wolno stanowczo twierdzić, że płód jest zdrowy, gdyż zdarzają się przypadki, że surowica płodu pewnie kiłowego odczynu nie daje, za przyczynę czego część autorów uważa barwiki żółciowe, a dalej przypadki, gdzie odczyn ujemny po urodzeniu, przechodzi w dodatni z chwilą wybuchu pierwszych objawów kiły.

Jako wynik praktyczny swej pracy podaje autor konieczność badania surowicy noworodków w takich przypadkach i ewentualne natychmiastowe leczenie swoiste w razie dodatniego wyniku. W razie braku objawów u rodziców, a nawet ujemnego wyniku odczynu należy próbę powtarzać w pewnych odstępach czasu. Jeżeli odczyn u matki i płodu równocześnie da wynik dodatni, praktyczna stąd wskazówka, że matka dziecię karmić może. Jeżeli odczyn równocześnie ujemny, konieczna jest kontrola kliniczna i serodyagnostyczna. Przy różnym wyniku u matki i płodu, nie wolno pozwolić, by matka dodatnio oddziaływująca karmiła płód z odczynem ujemnym (dla wyżej wspomnianych wyjątków).

Natomiast, wychodząc z założenia, że matki płodów kiłowych wbrew dotychczasowym zapatrywaniom są stale i wszystkie też kiłowe, że takie osobniki według praw biologicznych nie są zdrowe i dlatego uodpornione, ale właśnie kiłowo zakażone i dlatego uodpornione, — pozwala autor na karmienie płodów z odczynem dodatnim przez matki z odczynem ujemnym. *St. Łapiński.*

Tschnernogow. **Uproszczona metoda serodyagnostyki kiły.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 15, 1909). Autor podaje uproszczony sposób odczynu Wassermanna- Brucka- Neissera. Do odczynu używa: surowicy ludzkiej czynnej (z ogólnie małej ilości krwi, bo 0,1), wyciągu wyskokowego z kiłowej wątroby i ciałek czerwonych świnki morskiej.

W ten sposób zbadał: 10 przypadków kiły z objawami, z tych 9 dało wynik dodatni; 8 przypadków kiły bez żadnych objawów, z tych 5 z wynikiem dodatnim. Z 12 przypadków niepewnych co do rozpoznania 4 dały wynik dodatni; na 14 surowic niekiłowych, 14 z wynikiem ujemnym. *St. Łapiński.*

Blum: **W sprawie etyologii czyraczności** (*furunclosis*) (*Wracz. Gaz.* 1909. Nr 9). Autor roztrząsając poglądy rozmaitych autorów w tej sprawie, zaznacza, że jego uwagę, jako lekarza wojskowego, dawno uderzyła ta okoliczność, że czyraczność najczęściej spotyka się u ludzi silnie zbudowanych; ludzie słabowici i wycieńczeni prawie wcale na nią nie chorują. Oprócz tego zauważył B., że żołnierze chorują przeważnie w pierwszym roku swej służby i to zwykle po 6—7 miesięcznym pobycie w wojsku. W ostatnim (trzecim) roku służby wcale na czyraki nie chorują. Obserwując w ciągu 10 lat 200 chorych na czyraki żołnierzy, doszedł autor do przekonania, że przyczyną tej choroby jest pewnego rodzaju niedomoga przewodu pokarmowego. Włościanin przyzwyczajony jest do pokarmów roślinnych, mięso spożywa bardzo rzadko. Pokarmy roślinne przy małej stosunkowo ilości białka zawierają dużo wody, więc włościanin musi przeładowywać swój żołądek. Służąc w wojsku, ten sam włościanin spożywa codziennie mięso, które w małej objętości zawiera dużo białka, wskutek czego ilość pokarmu może być znacznie zmniejszona. Niemniej, przyzwyczajony do przeładowywania żołądka, żołnierz, pochodzący ze wsi, nadal to samo robi. Do tego trzeba dodać jeszcze, że pokarmy mięsne wymagają energicznej działalności żołądka. W następstwie tego wszystkiego zjawia się względna niedomoga ruchowa żołądka, zastój treści, fermentacya itd., w końcu nieżyt żołądka i jelit, w mniejszym lub większym stopniu. Na takiem tle jeszcze bardziej zwiększa się tak zwana fizyologiczna trawienna leukocytoza, która gra rolę obrony przeciw wtargnięciu do krwi obcych elementów. W tej przechodzącej fizyologiczne granice leukocytozie dopatruje się autor przyczyny czyraczności. Między bakteryami, obficie dostarczanemi przez zwiększoną sprawę fermentacyi w jelitach, a leukocytami, rozpoczyna się walka; walka ta łatwo sadowi się na tych miejscach skóry, gdzie istnieje ucisk i wskutek tego zastój krążenia (wązki kołnierz, pas od spodni). Na podstawie takich teoretycznych spekulacyi zaczął B. stosować u żołnierzy, cierpiących na czyraki, dyetę mleczną (4—10 szklanek mleka dziennie, mleczna kasza 2 razy i $1^1/_2$ funta chleba pszennego) i twierdzi, że pod wpływem takiego leczenia czyraczność ustępuje dwa razy szybciej, niż przy zwykłych sposobach. *L. Mańkowski.*

H. Löhe: **Przypadek framboezyi.** (*Dermat. Zeit.* T. XVI. 4. 1909). Badania dokonane w ostatnich latach (Castelani) wykryły w wykwitach guzkowych framboezyi krętki, zupełnie podobne do krętków bladych, jednakże przy bardzo dokładnem badaniu okazujące pewne różnice co do grubości i ułożenia skrę-

tów. Także doświadczenia w drodze przeszczepień dały podstawy do odróżnienia tej choroby od kiły. Szczepienia, wykonane na większej ilości małp, wykazały, że framboezya jest przeszczepialna na małpy, przyczem przeszczepienie udaje się także i na zwierzętach, poprzednio kiłą zakażonych.

Przypadek badany i opisany przez autora dotyczył 20-letniego murzyna ze wschodniej Afryki, który od kwietnia r. 1907 przebywał w Berlinie. Już w czerwcu tegoż roku zauważył chory wysypkę guzkową, rozsianą po całem ciele. Guzki te ulegały po pewnym czasie spłaszczeniu w środkowych częściach, rozszerzały się zaś ku obwodowi. Po upływie dwóch miesięcy pojawił się pierwszy nawrót choroby na stopie prawej w postaci guzka sączącego, który rychło ustąpił. W grudniu, gdy chory został przyjęty do kliniki, wysypka ograniczała się do dwóch guzków na wardze górnej wielkości feniga, pokrytych cienką warstwą żółtawego strupa. Takie same guzki znajdowały się na skórze prawego uda, po stronie wewnętrznej. Mniejsze guzki, jednak liczniejsze, znajdowały się na wewnętrznej powierzchni lewego uda, jak również na całej goleni. Pod wpływem leczenia, które polegało na podawaniu jodu i wstrzykiwaniu podskórnem atoksylu, zmiany te szybko ustąpiły. W surowicy wyciśniętej z większych guzków wykazało badanie liczne krętki, mające po 8 do 14 skrętów. Szczepienia głębsze w przednią komorę oka u królików wywołały zropienie całej gałki ocznej, a szczepienia powierzchowne w rogówkę wywołały zapalenie ropne rogówki i tęczówki. Szczepienia na dwóch małpach zupełnie się udały. W miesiąc po szczepieniu wystąpiły u tych zwierząt w pobliżu miejsca szczepienia liczne zmiany w postaci guzków, z których wyciśnięta surowica zawierała znaczną ilość krętków. *Stopczański.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 5. maja 1909 r.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 35.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Prof. Kader przedstawia 1) chorą lat 18 ze **słoniowaciną kończyny dolnej** lewej, **leczoną przez miesienie, elastyczne opaski i wreszcie przez podwiązanie tętnicy udowej,** poniżej odejścia tętnicy głębokiej uda (*art. profunda femoris*). U chorej przed zastosowaniem leczenia operacyjnego osiągnięto pewne polepszenie drogą wyżej wspomnianego postępowania nieoperacyjnego. Operacya po 3 miesiącach. **Wynik pomyślny.** Pomijając, że podwiązanie tętnicy żadnych zaburzeń w krążeniu w kończynie nie spowodowało, otrzymano zmniejszenie się kończyny w obwodzie tak znaczne, że obecnie kończyna zdrowa od chorej prawie się nie różni, z wyjątkiem najwyższej części uda powyżej podwiązki. Chora ta była przedstawiana Towarzystwu przed rozpoczęciem leczenia (fotografie).

2) Chłopca 12-letniego, mającego od lat 4 coraz bardziej postępujące **przykurczenie w stawie kolanowym i biodrowym.** Przykurczenie obecnie dosięgło najdalej sięgających granic: udo przylega do goleni na całej długości, a samo w stawie biodrowym jest tak zgięte, że zwykłe położenie, jakie chory udu nadaje, jest wzdłuż i równolegle do boku tułowia. Przykurczenie jest wywołane stałem skróceniem i częściowo skurczem mięśni. W uśpieniu chloroformowem przykurczenie w stawie biodrowym daje się wyrównać do kąta 135° (zamiast 180°), a w stawie kolanowym do 90° (zamiast 180°). Prócz tego widoczny jest przerost w osi podłużnej i szablowate wykrzywienie piszczeli chorej nogi; na skórze przedniej powierzchni goleni kilka małych ubytków, pokrytych czarnymi strupami, jak przy zgorzeli suchej skóry. Owrzodzenia te są zrośnięte z okostną i nie przesuwalne. Przyczynowo przypadek ciemny. Prawdopodobnie chodzi tutaj o zapalenie szpiku kostnego w piszczeli z otorbieniem ogniska. Wyraźniejszych zaburzeń nerwowych organicznych niema, dziedzicznej kiły również (ujemne próby Wassermanna z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego). Stawy pod względem anatomicznym zmian nie przedstawiają. Jako leczenie projektuje prof. K. trepanacyę piszczeli i stopniowy wyciąg, względnie później plastykę ścięgien z zachowaniem stawu.

3) **Wyrostek robaczkowy**, wyjęty w dzień posiedzenia u mężczyzny 36-letniego, chorego od roku na objawy, wskazujące na nieżyt okrężnicy *(enterocolitis)* z nieznacznem zwężeniem jelit. Chory był gdzieindziej leczony lewatywami i dyetą. Prof. K. rozpoznawał przewlekłe zmiany wyrostka robaczkowego, względnie gruźlicy kątnicy, ponieważ pod prawym mięśniem prostym wyczuwać się dawał mały twardy guz, a próba Pirqueta wypadła wybitnie dodatnio. Guz wyczuwany okazał się bardzo grubym wyrostkiem robaczkowym, który był końcem zwrócony ku kręgosłupowi i leżał przykryty od przodu pętą jelita biodrowego; dokoła silne zrosty pomiędzy jelitami. U wyrostku wyciętym wraz z częścią ściany kątnicy, znaleziono od strony śluzówki przy ujściu do kątnicy zgrubienia w postaci guzków wielkości małego grochu — zmiany, które mogą przemawiać za nowotworem lub gruźlicą, co wykaże badanie mikroskopowe; wolny koniec wyrostka zamieniony w jamę z treścią ropną, wielkości fasoli (*empyema*). K. podnosi konieczność operowania wszystkich przypadków, gdzie zachodzi przypuszczenie schorzenia wyrostka robaczkowego, ponieważ wyczekiwanie obostrzenia prowadzić może do skutków nieobliczalnych. (Streszczenie własne).



Dr Radliński przedstawia chorą, operowaną przez siebie z powodu **stóp płaskich.** Tylko lżejsze postaci stopy płaskiej, bez silniejszych objawów podmiotowych, zmian w kośćcu, i nieutrwalone jeszcze w ustawieniu wadliwem leczy się w klinice krakowskiej zachowawczo za pomocą wkładek. Wybitniejsze zmiany w stopach są uważane przez prof. Kadera za wskazania do leczenia operacyjnego. Stosuje on od szeregu lat wyłuszczenie kości czółenkowatej, która sama przy stopie płaskiej ulega zniekształtnieniu klinowatemu, z szerokim brzegiem wewnętrznym i węższym zewnętrznym. Usunięcie tego naturalnego klina przywraca stopie sklepienie, zarówno w wymiarze podłużnym, jak i poprzecznym, a sprawia mniejsze zniekształtnienie kośćca stopy i zesztywnienie stępu, niż inne metody. U przedstawionej chorej (6 tyg. po operacyi) widoczne jest ukształtowanie stopy zupełnie prawidłowe, z wyraźnemi sklepieniami, a bez skrócenia wewnętrznego brzegu stopy. Przedstawiane ślady chorej z przed operacyi ilustrują wybitną płaskość stóp przed operacyą. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Gliński w sprawie wyciętego przez prof. Kadera wyrostka robaczkowego odnosi wrażenie, że jest to nowotwór, jednakże zastrzega się przed rozpoznawaniem nowotworu makroskopowem.

Prym. Borzęcki zabiera głos w sprawie zmian skórnych u chłopca, dotkniętego przykurczeniem i zapytuje prof. Kadera,

czemu przypisuje polepszenie w przypadku słoniowaciny, na co prof. Kader udziela wyjaśnień.

3) Dyskusya nad wykładem Prof. Jaworskiego i kol. Korolewicza. — Kol. Eisenberg podnosi przeciw metodzie Wrightowskiej cały szereg zarzutów (wyszczególnionych w wykładzie »O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy«, który wkrótce ukaże się na łamach »Przeglądu«). Uznaje natomiast teoretyczną doniosłość odkrycia przysposobiaczy i ciał bakteryozwrotnych, jako ogniwa pośredniego, łączącego teoryę sokową Ehrlicha z komórkową teoryą Miecznikowa. Sam E. w przypadku ciężkiego zakażenia podobnego do duru, wyhodował szczep okrężnicowy, identyczny z *B. coli haemolyticum*, znajdowanem w podobnych przypadkach przez Schottmüllera; surowica chorego wobec tego szczepu okazywała wskaźnik przysposobny 0·3 (w porównaniu z całym szeregiem surowic prawidłowych). Technika Wrightowska, bardzo pomysłowa, nadaje się do najrozmaitszych doświadczeń odpornościowych; sam E. stosował ją do badania własności ciał zabójczych (leukocydyn), jadów beztlenowcowych, poleca ją nadto do badań zlepnych (aglutynacyjnych) i krwiobójczych (hemolitycznych), ewentualnie także do próby Wassermanna, o ile się rozporządza małą ilością surowicy. (Streszczenie własne).

Prof. Bujwid przedstawia trudności metody Wrighta, kol. Gertler jest tego samego zdania. Kol. Emil Godlewski w sprawie zasadniczej zaznacza, że nie warto dyskutować, gdy prelegentów niema. Przewodniczący zaznacza, że Prof. Jaworski jest chory.

4) Kol. Gliński przedstawił i omówił: *a*) Nowotworowo zmienione znacznie powiększone **jajniki**, usunięte operacyjnie u kobiety 38-letniej. Badanie mikroskopowe stwierdziło w nich charakterystyczne utkanie t. zw. **fibrosarcoma mucocellulare carcinomatodes** (Krukenberg), który to obraz, jak wiadomo, jeśli nie zawsze, to przynajmniej często odpowiada przerzutom raka, rozwijającego się pierwotnie zwykle w przewodzie pokarmowym. Na tej podstawie już przy badaniu mikroskopowem wyraził prelegent przypuszczenie, że nowotwór w jajnikach jest w tym przypadku nie pierwotnym, lecz tylko przerzutem raka galaretowatego z przewodu pokarmowego, co rzeczywiście zostało następnie stwierdzone przez badanie pośmiertne zwłok chorej, zmarłej w parę tygodni po zabiegu operacyjnym z powodu znacznego charłactwa i dołączającego się zapalenia płuc. Badanie pośmiertne stwierdziło mianowicie w tym przypadku obecność pierwotnego raka włóknistego z galaretowatą przemianą (*carcin. gelatinosum scirrhosum*) w żołądku (prelegent przedstawia odpowiedni okaz) z przerzutami w gruczołach, sieci i na otrzewnej. Przypadek ten zasługuje na uwagę, jako potwierdzenie wypowiedzianych już przez innych autorów poglądów na znaczenie t. zw. guzów Krukenbergowskich w jajnikach, a zarazem wskazuje, iż przy usuwaniu operacyjnem symetrycznych pozornie pierwotnych guzów w jajnikach zawsze zwracać należy uwagę na zachowanie się innych narządów jamy brzusznej, w których znajdować się może nowotwór pierwotny. *b*) Narządy jamy brzusznej ze zwłok 47-letniej kobiety. Kobieta ta była operowana przed $1^1/_2$ rokiem (w listopadzie 1907 r.) z powodu **nowotworu**, rozwijającego się **w jajnikach** i już wtedy nie nadającego się do całkowitego usunięcia. Wykonano tylko laparotomię próbną, badanie zaś mikroskopowe wyciętych cząstek stwierdziło utkanie raka (*carcinoma psammomatodes*). Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny i chora zmarła dopiero w marcu roku 1909 wśród stale postępującego wyniszczenia, wzmagającej się puchliny brzusznej, do których to objawów przyłączyły się następnie objawy ze strony żołądka i jelit (między innymi silne zaparcie stolca). Badanie pośmiertne stwierdziło znaczny rozrost nowotworu pierwotnego, który wypełnił prawie całkowicie miednicę małą, tak, iż części dodatkowych niepodobna było już tutaj odszukać; nowotwór ten przerastał na ścianę odbytnicy, powodując bardzo znaczne jej zwężenie i od strony światła był już miejscami owrzodziały. Następstwem **zwężenia odbytnicy** był przerost i **rozszerzenie** całej **kiszki grubej**, która bez mała dochodziła grubości uda (*megacolon acquisitum*). Obok tego w tym przypadku istniała w najrozmaitszych odcinkach jelit olbrzymia ilość przerzutów, usadowionych wogóle w obwodowych warstwach ściany jelita, miejscami zaś także przerastających i na błonę śluzową jelit i powodujących wielokrotne ich zwężenia, również i w ścianie żołądka znaleziono 2 guzy przerzutowe, rozwijające się od zewnątrz w kierunku ku błonie śluzowej; jeden z tych przerzutów wywołał nawet dość znaczne zwężenie odźwiernika. (Streszczenie własne).

5) Kol. Gliński: **O osiowem skręceniu macicy.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: Prof. Ciechanowski wspomina o innych przypadkach guzów Krukenbergowskich, spostrzeganych w krakowskim zakładzie anat. pat. Prof. Dobrowolski zwraca uwagę, że w przypadku skrętu macicy musiało istnieć zwiotczenie dolnego odcinka macicy. Prof. Ciechanowski popiera zdanie Doc. Glińskiego co do wpływu rozstępu mm. prostych brzucha na powstanie skrętu. Sekretarz: *Dr Morawski.*

Posiedzenie d. 22. maja 1909.

Przewodniczy Doc. Mięsowicz. Obecnych członków 53. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Rydel przedstawia przypadek **wodogłowia wewnętrznego nabytego,** gdzie razem z Prof. Lewkowiczem stosował leczenie rtęciowe bez skutku, dlatego obecnie zdecydowano się na trepanacyę czaszki i w tym właśnie celu przedstawia dziś chorego, by go ewentualnie przedstawić i po operacyi.

2) Kol. Eisenberg demonstruje na chorych **odczyny Pirqueta, Calmettea i Moro.**

3) Prof. Lewkowicz przestawia **próby zobojętnienia** zapomocą ciała ochronnego **Spenglera.**

4) Kol. Eisenberg wygłosił odczyt: **O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy.** (Rzecz przeznaczona do druku). Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVII. Posiedzenie naukowe z dnia 14 maja 1909.

I. Kol. Doc. Szumowski mówi: **O Szczawnicy, Krościenku i Wysowie.** Wykazuje wyższość szczaw polskich alkaliczno-solankowych (szczawnicka, krościeńska, wysowska) nad zagranicznemi (Ems, Gleichenberg, Selters). Podnosi wartość Szczawnicy jako stacyi klimatyczno-zdrojowej, nadającej się do leczenia 1) chorób narządu oddechowego, 2) dróg trawiennych, 3) przemiany materyi i 4) dróg moczowych. Najwięcej chorych przypada na grupę pierwszą i to gruźlicę, której leczenie w Szczawnicy daje bardzo dobre wyniki; prelegent przestrzega jednak przed wysyłaniem gruźlic daleko posuniętych z wielu powodów. Szczawnica, zdaniem prelegenta, może rozwinąć się w dwóch kierunkach: jako stacya klimatyczna letnia i zimowa, (zimowa dla gruźliczych), jako zdrojowisko dla wielu innych chorób z wyjątkiem gruźlicy — i ten podział powinien być przeprowadzony.

II. Kol. Praschil mówi: **O środkach i wskazaniach leczniczych Truskawca,** tudzież o urządzeniach doby ostatniej w tem zdrojowisku. Prelegent podnosi szerokie wskazania lecznicze tego zdrojowiska, jako następstwo nader wielkiej różnorodności jego naturalnych środków leczniczych, a więc zdrojów, należących do 3 grup: słonych, siarczanych i alkalicznych. Prelegent, wymieniając źródła i skład ich chemiczny, wylicza cały szereg schorzeń, dla których wody te oddają znakomite usługi lecznicze. Prócz zdrojów posiada Truskawiec rozległe pokłady borowin żelazistych, które odznaczają się wysoką zawartością żelaza i bardzo znaczną zdolnością chłonienia wody (do 158%) objętości). Dla chorób dróg oddechowych urządzono wziewalnię solankową (10% rozczyn chlorku sodu) systemu Wassmutha. Obecnie urządzono kąpiele z kw. węglowym ze ścisłem dawkowaniem co do jego zawartości i co do ciepłoty. W końcu omawia prelegent cały szereg nowych urządzeń (kanalizacya, wodociąg, drogi, budowa nowego zakładu wodoleczniczego).

III. Kol. Lewicki mówi: **O Krynicy.** Przeprowadza porównanie z Francensbadem i Elster. Krynica jest wyżej od ostatnich położona, jej źródła zawierają więcej bezwodnika kwasu węglowego, równą zaś zawartość węglanu żelaza. Borowina krynicka przewyższa znacznie zagraniczne i co do ilości części rozpuszczalnych i co do ilości związków żelazowych. Prelegent omawia wskazania lecznicze, sposób stosowania kąpieli, dawkowania ilości bezwodnika kwasu węglowego, urządzenia łazienek mineralnych i borowinowych, leczenie terenowe i urządzenia higieniczne Krynicy, nie ustępujące zagranicznym, czego dowodem ogromna rzadkość zapadania na choroby zakaźne.

IV. Kol. Doc. Gabryszewski mówi: **O składzie chemicznym wód mineralnych w ogólności,** o sposobie ich działania na różne schorzenia. Głównie zajmuje się działaniem solanek krajowych, które są właściwie szczawami alkalicznemi, słonemi, jod zawierającemi. Wylicza szereg chorób kości, stawów, gruczołów i błon śluzowych, oraz skóry i wpływ dodatni, jaki na nie wywierają poszczególne składniki wód wspomnianych. Radzi kombinować leczenie solankami z innymi zabiegami (higieniczno-

dyetetyczne, ortopedya, środki apteczne — ew. leczenie chirurgiczne). Obszerniej mówi prelegent o Iwoniczu, którego wody wcale nie ustępują, co do ilości jodu, wodom zagranicznym.

V. Kol. Czarnik przedstawia zestawienie **wzrostu i wagi ciała przeszło 2000 dzieci zołzowych, leczonych w Rymanowie** i porównuje je ze wzrostem i wagą ciała dzieci szkolnych, dochodząc do wniosku, że liczby te mało się różnią między sobą. Naogół biorąc, przyrost wagi ciała w Rymanowie zauważa się u wszystkich dzieci, — nie ma go u dzieci z gruźlicą płuc, nawet o nią podejrzanych, niezależnie od stosowanych u nich środków leczniczych. Najpomyślniejsze wyniki widział prelegent u dzieci z nieżytami dróg oddechowych, przy chorobach oczu i wypryskach skórnych; nie widział polepszenia przy gruźlicy kości i skóry. Prelegent kładzie nacisk na dyetę jarską z niewielkim dodatkiem mięsa i to szczególnie dla dzieci zołzowatych, na świeże powietrze, a wreszcie na korzyści, jakie wynikają z leczenia zakładowego, a więc przyzwyczajanie do porządku, posłuszeństwa i towarzystwa. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 3 marca 1909 r.

Przewodniczy kol. Krusche.

1. Kol. Przedborski przedstawia 2-tygodniowe dziecko **z nieprawidłowością wrodzoną obu uszu.**

2. Kol. Grosglik: **Przypadki gruźlicy skóry i śluzówek.** a) Chłopiec 9-letni, od lat 3 rozwija się *lupus faciei ulceroso-serpiginosus*; chłopiec zresztą zdrów. b) Chłopiec 11-letni, brat poprzedniego; przed 5 laty gruźlica palców nóg, leczona chirurgicznie, poczem stan dobry. W czerwcu 1908 zauważono wymowę niejasną, nosową, oddech otwartemi ustami, skąpą i bezwonną wydzielinę nosa. Niedługo potem pod nosem powstało owrzodzenie niesklonne do zagojenia, od 4 miesięcy owrzodzenie na podbródku i w lewym kącie ust. Obecnie oprócz wspomnianych owrzodzeń na skórze, znajdujemy w nosie z obu stron na przegrodzie, po części i na dolnych małżowinach, drobne nacieczenia wielkości ziarnka prosa, z lewej strony, na dolnym przednim odcinku przegrody guz, dosyć twardy, wielkości małego orzecha, łatwo krwawiący (*tuberculoma*). W jamie ustnej i gardłowej: owrzodzenie rozległe na twardem i miękkiem podniebieniu; języczek, łuki podniebienne owrzodziałe i zniekształcone; tylny lewy łuk zrośnięty ze ścianą gardła (pokarmy dostają się do nosa). Rozpoznanie: *lupus faciei, nasi, palati duri et mollis, isthmi faucium*. Ojciec dotknięty gruźlicą płuc.

3. Tenże przedstawia chorego z **arthritis talo-tibialis dextra syphilitica.** 37-letni mężczyzna, przed 10—11 laty wrzód pierwotny na członku, objawów wtórnych podobno nie było. Po roku wrzodziejące kilaki pod lewą pachą i na lewem ramieniu, leczone chirurgicznie i swoiście. W rok po operacyi wysypka krostkowa na całem ciele; wstrzykiwania rtęci. Rychło potem bole głowy, owrzodzenia kilakowe na obu goleniach; znowu leczenie swoiste. Przed 4 laty *arthritis talo-tibialis sin.*, widocznie niepoznana, leczona miejscowo chirurgicznie i zakończona amputacyą podkolanową. Przed 2 laty *arthritis talo-tibialis dex.*, która trwa dotychczas. Wobec nieznacznych bolów, mało zmienionej skóry, braku martwicy i sekwestracyi kości oraz wywiadów i pozostałych po kilakach blizn — rozpoznanie: *arthritis talo-tibialis dex. syphilitica gummosa*. Leczenie swoiste mieszane, prowadzone od 10 dni, dało znaczną poprawę i każe przypuszczać, iż tylko niewłaściwe rozpoznanie i leczenie lewej nogi naraziło chorego na amputacyę. Jako »pendant« do tego przypadku, a zarazem dowód, jak wiele osiągnąć się daje uporczywem i energicznem leczeniem swoistem nawet w wypadkach rozpaczliwych,

4. kol. G. przedstawia 15-letniego chłopca **z dziedzicznym przymiotem** trzeciorzędnym. Zgłosił się po raz pierwszy w lipcu 1907 r. *Gumma periostale frontis, osteoperiostitis gummosa tibiarum* (matka ma bliznę na czole po głębokim kilaku). Leczenie z dobrym skutkiem, ale przerwane z powodu wyjazdu. 12/IX 1908 sprowadzony do kol. G. w stanie rozpaczliwym: wrzodziejący kilak, obejmujący lewy staw barkowy i część lewej łopatki, stawy; łokciowe i kolanowe, przedramiona i golenie więcej niż w dwójnasób obrzmiałe, lewy staw łokciowy ziejący, oba golenie owrzodziałe na znacznej przestrzeni, również oba kolana. Ruchy nader bolesne, prawie niemożliwe. Rozpoznanie: *Osteoperiostitis et arthritis.* Leczenie swoiste ogólne i miejscowe. Obecnie wszędzie zabliźnienie, częściowe zesztywnienie lewego stawu łokciowego; częściowa utrata kości ramieniowych i łokciowych; znaczne zgrubienie obu goleni; zresztą objętość przedramienia normalna. Ogólny stan znacznie się poprawił, pomimo opłakanych warunków materyalnych.

5. Tenże przedstawia 18-letniego mężczyznę, idyotę. Całe ciało, nie wyłączając zgięć, pokryte ciemnozielonemi skorupkami, najgrubszemi na wyprostnych powierzchniach kończyn; głowa i twarz, z powodu mycia, pokryte łuskami obfitemi, wielkości 10 kop. Na twarzy i ciele, na miejscach wolnych od skorup, widać znaczny zanik skóry [1]). Rozpoznanie: *Ichtyosis universalis lhystrix.*

6. Kol. Tadeusz Brabander wygłosił odczyt: **O istocie dny w świetle badań najnowszych.** W pierwszej części przemówienia przedstawił prelegent krótki przegląd historyczny nauki o dnie. Po kolei wyłożył poglądy autorów starych, jak Hipokrates, słynny Sydenham, oraz badaczy nowożytnych Garoda, Ebsteina, Minkowskiego, Cantaniego, v. Nordena, Klemperera itd. Prelegent poruszył także sprawę t. zw. skazy moczanowej i wypowiedział pogląd, że Francuzi z Bouchardem na czele pojmują ją zbyt szeroko. Nasi lekarze pod wpływem szkoły francuskiej zbyt często rozpoznają »artretyzm« i starają się częstokroć objawy nic wspólnego z dną nie mające podprowadzić pod miano skazy moczanowej. Następnie rozwinął prelegent poglądy najnowsze na przemianę nukleinową, czyli purynową w ustroju człowieka i wyjaśnił związek, zachodzący pomiędzy tą przemianą i wydzielaniem się kwasu moczowego. Z kolei przeszedł do najnowszej teoryi dny, stworzonej przez Brugscha i Schittenhelma. Badacze ci za istotę dny stawowej uważają pierwotne porażenie fermentów, zapomocą których odbywa się przemiana purynowa w ustroju ludzkim. Przemiana purynowa przy dnie odbywa się leniwie, w tempie wolniejszem, niż u zdrowego (»verschleppt«), co powoduje nagromadzenie się we krwi żylnej kończyn kwasu moczowego ze wszystkiemi dalszemi konsekwencyami. Oprócz dny stawowej Brugsch i Schittenhelm odróżniają jeszcze »dnę nerkową« (»Nierengicht«), rozwijającą się w następstwie ciężkiego zapalenia nerek. Tu przemiana purynowa cierpi wtórnie. W ostatniej części odczytu prelegent jeszcze raz poruszył sprawę »skazy moczanowej«, oraz jej stosunku do kamicy nerkowej, resp. do osadu kwasu moczowego w moczu. Autorowie doby ostatniej skłaniają się ku temu, że dna resp. skaza moczanowa nie ma nic wspólnego z kamicą nerkową, resp. z piaskiem, nerkowym a tem bardziej z osiadaniem kwasu moczowego na ścianie naczynia z moczem. Z tego względu rozpoznawanie skazy moczanowej na zasadzie osiadania kryształów kwasu moczowego, praktykowane tak często przez naszych lekarzy, jest niesłuszne. Rozpoznanie dny w braku wyraźnych objawów klinicznych może być uczynione tylko na zasadzie badania krwi w kierunku kwasu moczowego. W samym końcu odczytu prelegent poświęcił słów kilka dyetetyce przy dnie.

Dyskusya: Kol. Sonnenberg korzysta z omówienia przez prelegenta sprawy dny i porusza stosunek, który zachodzi między skazą moczanową a niektóremi cierpieniami skóry. Oto już oddawna przypisywano dnie powstawanie wielu cierpień skóry. W ostatnich zwłaszcza czasach podkreślają udział skóry w skazie moczanowej Francuzi. Niektórzy Francuzi posuwają tę zależność, zdaniem kol. Sonnenberga, aż do przesady. Niedawno kol. Sonnenberg miał sposobność słuchania takich przesadnych poglądów, głoszonych przez prof. Gauchera, który powstawanie całej grupy cierpień skóry t. zw. »dermatoses diathétiques« uzależnia od krążenia w ustroju wytworów, które powstały z przyczyny niedostatecznej oksydacyi i wchłaniania asymilowanych substancyi, i w skazie moczanowej wyznacza tu więcej, niż przynależne jej miejsce. Poglądy francuskie podzielają i uczeni innych narodowości: Anglicy, Duńczycy (Bird, Duckworth, Garrod, Bulkley, Rasch itd.). Według Garda odsetka dnawych z wypryskiem na skórze wynosi 47%. Rasch na podstawie własnej statystyki przytacza jeszcze większą odsetkę cierpień skóry, w których stwierdził ich zależność od dny (*eczema*, *psoriasis*). Dalej uzależnił od dny znaczną odsetkę pokrzywki, opryszczek (*herpes buccalis, genitalis*) itd. A więc najczęstszą postacią cierpień skóry przy skazie moczanowej ma być wyprysk, następnie z kolei idzie łuszczyca, a dopiero w drugim rzędzie inne cierpienia skóry, jak opryszczki, rozmaite angioneurozy itd. Niektórzy autorowie tak są o tej zależności przekonani, że pewne cierpienia skóry, spostrzegane u dnawych, ściśle wiążą z nazwą podstawowego cierpienia. Férol, naprzykład, jedno cierpienie nazwał: »Nodosités cutanées ephémères des arthritiques«. Że cierpienia skóry, obserwowane u dnawych, nie są rzeczą przypadkową, lecz są zależne od skazy moczanowej, jako dowód między innemi przyta-

---

[1]) Dłonie i podeszwy wolne, ale też zgrubiałe i wybitnie pobróżdżone. Cierpienie datuje się prawie od urodzenia.

czają, kolejno jakoby następujące po sobie znikanie cierpień na skórze w okresie uwalniania się ustroju od kwasu moczowego, t. j. podczas napadu dny, i powstawania znów tych cierpień na skórze w wolnych od napadu dny okresach (Minkowski). Gdy porównamy poglądy francuskie na omawianą sprawę z poglądami innej szkoły, a mianowicie szkoły wiedeńskiej, to niepodobna nie zauważyć tu jaskrawego kontrastu. Oto szkoła wiedeńska prawie nie uznaje wpływu zaburzeń ustroju na powstawanie cierpień skóry, a przynajmniej sprowadza te wpływy do wartości nieznacznych. Naturalnie, zarówno tu, jak i zresztą wszędzie, krańcowe poglądy są najdalsze od prawdy: jeżeli francuska szkoła przecenia tu fakty, to nie ulega wątpliwości, że szkoła wiedeńska ich niedocenia. Dna nie ma wprawdzie takiego wpływu na powstawanie chorób skóry, jak chcą Francuzi, lecz z drugiej znów strony — niepodobna zaprzeczyć, iż wogóle związek między dną a cierpieniami skóry istnieje.

Przyjąwszy więc, że związek między skazą moczanową i cierpieniem skóry istnieje, pozostaje jednak nierozwiązane dostatecznie pytanie, jak powiązać sprawy, zachodzące w ustroju przy skazie moczanowej z rozmaitymi wykwitami na skórze, słowem, jaki tu jest mechanizm ich powstawania. Można rzecz tę tłómaczyć w ten sposób: 1) Ponieważ w przewodzie pokarmowym dnawych odbywa się nieprawidłowy często proces trawienia, w samozatruciu więc wogóle można upatrywać przyczynę występowania przy dnie zaburzeń na skórze, na równi z występującemi cierpieniami skóry przy samozatruciu z innych powodów (cukrzyca, leki wprowadzane do ustroju itd.). 2) Albo przyjąć tu, jako przyczynę, miejscowe drażnienie skóry wskutek pocenia się, zwłaszcza że w pocie dnawych znajdowano kwas moczowy. Zdaniem Sonnenberga zarówno jedno, jak i drugie tłómaczenie zjawiska jest bardzo prawdopodobne. (Streszczenie własne).

Kol. Trenkner wspomina o własnych doświadczeniach nad rozpuszczalnością kwasu moczowego w surowicy zwierząt i ludzi (praca ogłoszona w »Przegl. lek« w r. 1905). Doświadczenia te między innemi stwierdziły, że: 1) zdolność rozpuszczania kwasu moczowego w surowicy aż do zupełnego nasycenia podlega wahaniom osobniczym; 2) surowica bydła rogatego do zupełnego nasycenia wymaga więcej kwasu moczowego, niż surowica zwierząt mięsożernych; 3) u tej samej jednostki przy dyecie roślinnej do zupełnego nasycenia trzeba było użyć większej ilości kwasu moczowego, niż przy dyecie mięsnej. Kol. Trenkner sądzi, że wogóle lekarze zbyt często nadużywają względem chorych rozpoznań skazy moczanowej, opierając je często jedynie na stwierdzeniu w rozbiorach moczu zwiększonej ilości moczanów, pomijając inne względy teoretyczne, nie bierze się pod uwagę nawet takich czynników, jak koncentracya moczu (zależnie od pory roku, ilości przyjmowanych płynów) i rodzaju pożywienia chorego.

Kol. Sterling: Wszystkie chemiczne i chemiczno-biologiczne teorye dny mają na względzie przedewszystkiem ostre napady. Takie my w praktyce bardzo rzadko widujemy w Łodzi. Natomiast mało nam te teorye tłómaczą patogenezę tego, co rozpoznajemy aż nadto często: patogenezę t. zw. skazy dnawej i związek jej objawów z chemizmem kwasu moczowego. A i dla rozpoznania tej sprawy badanie ilościowe kwasu moczowego w moczu nie daje prawie żadnych stałych kryteryów. Bo nie można przecież na seryo brać propozycyi Brugscha i Schittenlhelma, by w praktyce rozpoznawać dnę przewlekłą zapomocą metody przez nich opracowanej (jeśli się nawet jest ich poglądów zwolennikiem). Wypada więc i nadal kierować się wyłącznie objawami klinicznymi i nazywać znany całokształt objawów »skazą moczanową«, będąc przy tem świadomym faktu, że brak ścisłych dowodów na to, że ten komplet objawów zależy od kwasu moczowego. Że nawet w dnie stawowej ostrej nie zależy on wyłącznie od kwasu moczowego (resp. od nadmiaru pożywienia), świadczą różnice rasowe, wpływające na częstość tego cierpienia; tak np. w Anglii to cierpienie widuje się często i wśród ludności ubogiej, czego u nas np. nigdy nie spotykamy.

Prócz tego przemawiali kol. Silberstrom i Perlis. — Prelegent odpowiada, co następuje: 1) Kol. Sonnenbergowi: Prelegent zgadza się zupełnie z kol. Sonnenbergiem, że w poglądach szkoły francuskiej na patogenezę chorób skóry jest bardzo wiele przesady, chociaż z drugiej strony nie można zaburzeniom w przemianie materyi odmówić wszelkiego znaczenia. Być może, że nietylko kwas moczowy, ale i inne produkty przemiany materyi są w danym przypadku »materia peccans«. W ostatnich czasach wiele wrzawy narobiło twierdzenie pedyatry Finkelsteina, że wyprysk u niemowląt towarzyszący t. zw. »exsudative Diathese« jest następstwem zaburzeń w przemianie mineralnej; Finkelstein zaleca osobom, cierpiącym na wyprysk, pokarm ubogi w chlorki; autor ten przytacza przypadki ciężkiego wyprysku, leczonego bardzo długo przez dermatologów środkami miejscowymi bez wyniku dodatniego, a mijającego bardzo szybko po zastosowaniu dyety bezsolnej. Jak należy być ostrożnym w rozpoznawaniu skazy moczanowej na zasadzie usposobienia do chorób skóry, dowodzi jeden przypadek, obserwowany przez prelegenta na oddziale kol. K. Rzętkowskiego. Przypadek ten dotyczył chorej, cierpiącej na bole w stawach, zaburzenia żołądkowe, zaparcie stolca, bole głowy i niezwykłe usposobienie do wyprysku, który występował po zwykłem zajodynowaniu nogi — jednem słowem był to typowy obraz kliniczny »arthritisme« lub też »herpetisme« autorów francuskich. Rzętkowski wypuścił chorej z żyły 250 ctm³ krwi i polecił prelegentowi oznaczyć w niej kwas moczowy. Badanie zostało wykonane metodą Krügera i Schmidta i dało wynik najzupełniej ujemny. 2) Kol. Trenknerowi: Doświadczenia, wykonane przez kol. Trenknera, były również przeprowadzone przez Klemperera, który dowiódł, że krew chorego na dnę tak samo rozpuszcza kwas moczowy, jak i krew człowieka prawidłowego. Do doświadczeń tych K. wielkiej wagi nie przywiązuje, twierdząc, że krew »in vitro« jest zdolną do takich odczynów chemicznych, jakie w ustroju żywym wcale nie zachodzą. 3) Kol. Silberstromowi: Faktów, przytoczonych przez kol. Silberstroma jako uzupełnienie, prelegent nie wymienił dlatego, że chcąc przedstawić całe piśmiennictwo o kwasie moczowym i dnie, należałoby poświęcić nie jeden, lecz szereg wieczorów, a takiego zamiaru prelegent wcale nie miał. Dane przytoczone przez kol. Silberstroma bynajmniej całej sprawy jeszcze nie wyczerpują. Kolega S. przytoczył szereg szczegółów, których prelegent unikał dlatego, że wywołałyby one tylko znużenie słuchaczy. Ponieważ jednak kol. Silberstrom niektóre dość zawikłane sprawy poruszył, to prelegent nie może zostawić ich bez odpowiedzi. Mianowicie: Na uwagę kol. Silberstroma, że pojęcie »endogene«, »exogene Harnsäure« wprowadzili nie Burian, Schur, lecz Camerer, należy odpowiedzieć, że autorowie niemieccy, jak Richter i Abderhalden w swych podręcznikach, w których bardzo obszernie uwzględniono literaturę przedmiotu, za twórców wyżej wymienionych pojęć uważają jednomyślnie Buriana i Schura, a o Camererze nic nie wspominają (por. Richter »Stoffwechselkrankheiten«. 1906, str. 43, 44, 45, oraz E. Abderhalden »Lehrbuch der physiologischen Chemie« 1904). b) Niektóre fakty, przytaczane jako uzupełnienie przez kol. Silberstroma, prelegent wyłożył bardzo szczegółowo w odczycie dzisiejszym, a mianowicie pojęcie kwasu moczowego endo- i ektogenicznego, wysokość liczb endogenicznego kwasu moczowego w ciągu doby, przyczem prelegent przytoczył liczby, otrzymane przez siebie samego dla endogenicznego kwasu moczowego. Kol. Silberstrom zwrócił prelegentowi uwagę, że nie wymienił nazwiska Kaufmanna i Mohra oraz Kossella; prelegent oświadcza, że nazwiska te dziś już wymienił podczas wygłaszania odczytu. Jednem słowem prelegent wyraża zdziwienie, dlaczego kol. S. fakty, wymienione przez prelegenta, powtarza od siebie? c) Kol. Silberstrom podniósł, iż prelegent nie wymienił prac Buriana i Schura, które dowodziły, że 50% wprowadzonych do ustroju puryn wydziela się jako kwas moczowy, a reszta w innej postaci. Kol. Silberstrom zaznaczył, że ten pogląd Buriana i Schura został obalony przez A. Landaua w jego pracy ostatniej o przemianie purynowej z r. 1908. Tu prelegent zarzuca kol. Silberstromowi niedokładność twierdząc, że pogląd Buriana i Schura został w r. 1906 obalony przez Brugscha i Schittenhelma, którzy wyliczyli, że u człowieka zdrowego 20—30% puryn egzogenicznych wydziela się jako kwas moczowy, a reszta jako zasady purynowe, mocznik i amoniak, u dnawych zaś tylko 15—18% wydziela się jako kwas moczowy, a reszta jako zasady purynowe, mocznik i amoniak. Z wyliczeń Brugscha i Schitterhelma wynikło nawet »curiosum«, że u dnawych oksydacya purynów i urykoliza wprawdzie wolniej się odbywa, ale za to dokładniej, niż u zdrowego. d) O leczeniu dny kwasem solnym prelegent nie wspominał, gdyż leczenia dny lekarstwami wogóle wcale nie poruszał. 4) Co do przemówienia kol. Sterlinga, to prelegent stwierdza, że kol. Sterling zgadza się w zasadzie z poglądami, wypowiedzianymi przez prelegenta. 5) Kol. Perlisowi: Praca, wspominana przez kol. Perlisa, w piśmiennictwie o dnie z r. 1909 nie figuruje. Wogóle prelegent całego piśmiennictwa przedmiotu nie przytaczał, wymieniał prace wyłącznie doświadczalne i mające ścisły związek z tematem, zamieszczonym w nagłówku. (Streszczenie własne).

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy).

11. Publiczna ochrona zdrowia.

1. Asanacya.

Woda do picia i użytku. I w tym roku jeszcze nie przedstawia sprawozdanie ogólnego obrazu zaopatrzenia kraju w wodę, lecz tylko podaje wiadomości, odnoszące się do poszczególnych powiatów, które wylicza w porządku alfabetycznym. Żałować należy, że sprawozdanie nie streszcza choćby najważniejszych danych, zawartych w pracy ś. p. dra Barzyckiego, przedstawiającej stan zaopatrzenia kraju w wodę właśnie taki, jaki był w r. 1905. Byłoby bardzo pożądane, ażeby praca ta została uwzględniona w sprawozdaniu przyszłorocznem, służąc za podstawę dokładnego przedstawienia dalszych postępów zaopatrzenia kraju w wodę. Nie mogąc porównać zmian, zaszłych w r. 1905 w tej sprawie ze stanem, jaki był przedtem, nie można ocenić, czy postęp w r. 1905 był szybszy, niż w latach poprzednich i czy posucha roku 1904, która przymusiła ludność wielu powiatów do starania się o budowę studni, wywierała ten wpływ dalej także jeszcze w r. 1905.

Ze szczegółów, przytoczonych w tym rozdziale, należy wspomnieć, że we Lwowie rozszerzono wodociąg o dalszych 3586 metrów, 248 połączeń z domami (dotąd razem 4003), a konsumcya wody z 3,435.688 m³ w r. 1903, wzrosła w r. 1905 na 4,255.687; na dzień i na głowę przypada 67 litrów wody. W Krakowie dostarczyły wodociągi 2,161.000, t. j. 56 litrów na dzień i na głowę. Postępy w poszczególnych powiatach są bardzo niejednomierne, pomimo zapomóg z funduszów rządowych i powiatowych, gdyż w niektórych powiatach nie można oddawać funduszów na budowę studzien w ręce gmin; studnie, budowane przez gminy, nieraz nie odpowiadają warunkom zdrowotnym, ani wyłożonym kosztom. Dlatego też np. w powiecie bobreckim zabrało starostwo w porozumieniu z wydziałem powiatowym wszelkie odpowiednie fundusze gmin i oddało roboty fachowym przedsiębiorcom, przez co w dwóch ostatnich latach zyskał powiat 17 nowych studni publicznych wierconych. Pocieszającem jest, że w sprawozdaniach czyta się coraz gęściej o nowych studniach z odpowiednią cembrzyną, cementową lub betonową. Nie wymieniając tych powiatów, w których pod tym względem w ostatnich latach Rada zdrowia stale zapisuje postępy, ograniczę się do wzmianki tylko o tych, gdzie zaopatrzenie w wodę ciągle jeszcze dużo pozostawia do życzenia, a postępy są powolne. W bohorodczańskiem bardzo złą wodę mają miasteczka z powodu wysokiego stanu wody gruntowej, znacznego zanieczyszczenia wierzchniej warstwy gruntu, »wadliwego umieszczenia studni i zupełnie niedbałego sposobu budowania«. Powiat borszczowski jest w trudnych warunkach z powodu bardzo niekorzystnych — według orzeczenia hydrotechnika — stosunków geologicznych; wydział powiatowy wstawia tam gminom do budżetów odpowiednie kwoty na budowę studni. W powiecie buczackim są dwie gminy, które wcale studni nie mają, w jednej każdy nieco większy wylew Dniestru wszystkie studnie zalewa, inne mają mało studni. W cieszanowskiem tylko 3 gminy mają dobrą wodę, inne złą, bagienną. Również w dobromilskiem jedna gmina nie ma ani jednej studni, 73 gminy używają do picia i użytku wody przeważnie z potoków. Trudne warunki geologiczne ma także powiat horodeński, który jednak usilnie stara się o zaradzenie brakowi wody. W powiecie jasielskim jest jeszcze 2902 takich studni, z których czerpią wodę naczyniami przyniesionemi z domu; powiat ten ma ogółem studni 3912, z tego tylko 20 wierconych, 85 z cembrzyną betonową, reszta cembrowana kamieniem lub drzewem. W jaworowskiem jest wprawdzie obfitość wody, ale ludność czerpie wodę przeważnie z potoków; to też dur brzuszny i czerwonka są tam endemiczne. Coś podobnego jest w powiecie kossowskim. W limanowskiem studnie budują przeważnie z nieszczelną kamienną cembrzyną, a chociaż wydział powiatowy uchwalił na budowę lepszych studni udzielać taniego kredytu, to jednak dotąd n i k t się o taką pożyczkę nie zgłosił. W Lisku dopiero pod naciskiem starostwa przerabia rada miejska wadliwy wodociąg ze zbutwiałych rur drewnianych na lepszy, żelazny. W powiecie mościskim nowych studzien prawie nie przybyło. W nadwórniańskiem, gdzie znajduje się cały szereg letnisk podkarpackich, corocznie zdarza się, że kilka rodzin przechodzi ciężki dur albo dysenteryę, bo o budowie porządnych studzien nikt nie myśli. W przemyskiem całe gminy używają wody z potoków, w rohatyńskiem w 8 gminach na ogólną liczbę 100 dotkliwy brak wody, w ropczyckiem prawie trzecia część powiatu, nie wyłączając miasteczek, używa wody z rzek silnie zanieczyszczonych; w samborskiem przybyło tylko 17 studni; również złe stosunki panują w skałackiem, śniatyńskiem, starosamborskiem, stryjskiem, gdzie wszelkie usiłowania poprawienia stanu trafiają na opór ludności. W wadowickiem wprawdzie postępy są znaczne, dzięki rozumnej i konsekwentnej działalności wydziału powiatowego, wszelako sprawa zaopatrzenia w dobrą wodę Kalwaryi Zebrzydowskiej, gdzie gromadzi się po kilkaset tysięcy ludzi na odpustach, wcale nie postąpiła; zamiast przystąpić wreszcie do budowy wodociągu, którego plany od kilku lat są gotowe, a któryby jedynie mógł złemu zaradzić, próbowano kosztem funduszu krajowego kopać studnie, a spory ten wydatek do pożądanego wyniku nie doprowadził. W powiatach żydaczowskim i żywieckim studni mało, a gdzie są, są najczęściej źle zaopatrzone; w miasteczku Rozdole czerpie ludność wodę ze stawu, a gmina Wola Wielka w żydaczowskiem nie ma ani jednej studni i posyła po wodę do źródła, odległego o 2 kilometry.

Pocieszające jest tylko to, że, jak wynika ze sprawozdania, stopniowo coraz więcej wydziałów powiatowych zaczyna zajmować się sprawą wody, nakłaniać gminy do budowy studzien, udzielać pomocy bądź w gotówce, bądź w postaci kręgów betonowych itd. Wzrasta także liczba miasteczek, w których wodociągi są albo projektowane (Chrzanów, Nowy Sącz, Przemyśl, Rzeszów, Tarnów), albo których budowa w r. 1905 była w toku (Wadowice, Turka, Zakopane), lub ukończona (Czortków), lub wreszcie istniejące wodociągi rozszerzono. Godzi się wspomnieć, że w powiecie brzozowskim każda studnia ma tabliczkę z liczbą katastralną i prowadzona jest dokładna ewidencya czyszczenia i naprawiania studni. Niektóre wydziały powiatowe nabyły przyrządy do bicia lub wiercenia studni (np. Dolina). W powiecie gorlickim »nie potrzeba wywierać przymusu na ludność, bo ona sama dba o studnie« (w r. 1905 przybyło 290 studni).

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Reformy sanitarne w Austryi. W komisyi budżetowej parlamentu oświadczył minister spraw wewnętrznych bar. Härdtl, że sprawy sanitarne uważa za jedną z najważniejszych gałęzi administracyi. Reorganizacya w sprawach sanitarnych jest konieczną i minister oświadcza, że stara się oddział sanitarny w ministerstwie spraw wewnętrznych uczynić możliwie niezawisłym i tak go rozwinąć, aby sekcyi sanitarnej przydzielono wszystko, co stoi w związku ze sprawami sanitarnemi, przedewszystkiem całą legislatywę i sprawy administracyjne, a także sprawy personalne. Największą wagę kładzie minister na to, aby centralny referent sanitarny miał tę powagę, której potrzeba do przeprowadzenia koniecznych reform. Co się tyczy Najwyższej Rady sanitarnej, zamierza minister powiększyć liczbę jej członków i utworzyć sekcye fachowe, w którychby mogły być załatwiane te sprawy, które nie należą bezwarunkowo do plenum. Co się tyczy organizacyi państwowego personalu lekarskiego, podnosi minister, że wszystko uczyni, co leży w jego mocy, aby spowodować polepszenie stosunków lekarzy państwowych. Dalej omawiał minister zadania departamentu sanitarnego i oświadczył, że w razie gdyby uchwalona przez komisyę Izby panów ustawa o zwalczaniu epidemii przyszła do skutku, przyczyniłoby się to bardzo do zwalczania epidemii. Na polu zwalczania gruźlicy utworzono specyalny fundusz, do którego z nadwyżek kasowych przydzielono 2,000.000 koron. Minister spodziewa się, że później będzie możliwe przeprowadzenie podwyższenia tej dotacyi. Z dotacyi na zwalczanie epidemii rozdano liczne subwencye na wybudowanie szpitali publicznych i separacyę oddziału gruźliczego. W sprawie zwalczania malaryi najważniejszem zadaniem rządu jest popieranie zarządzeń asanacyjnych, których przeprowadzenie jest rzeczą administracyi autonomicznej i jej praca na tem polu zasługuje na największe uznanie. Kredyt 180.000 koron na ogólne wydatki sanitarne jest już także wyczerpany i minister ewentualnie zażąda kredytu dodatkowego. Minister

wniesie dwie ustawy w przedmiocie stosunków personalu sanitarnego, mianowicie ordynacyi lekarskiej i ustawy o Izbach aptekarskich.

W dyskusyi zabrał głos m. i. poseł Prof. Głąbiński, podnosząc konieczność pomnożenia personalu urzędników sanitarnych w namiestnictwie galicyjskiem, założenia w roku przyszłym zakładu badania środków spożywczych we Lwowie i udzielenia subwencyi galicyjskiemu »Towarzystwu walki z gruźlicą«. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 16. V. do 22. V. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 5), Brzeżany (Kuropatniki 1), Buczacz (Płoszcza 4), Czortków (Bazar 10), Drohobycz (Letnia 2), Horodenka (Hawrylak 3, Targowica 3, Czortowiec 16, Żywaczów 7, Głuszków 5, Obertyn 2, Niezwiska 2), Jarosław (Cieplice 4), Jaworów (Sarny 5, Lubienie 2, Bonów 3), Kołomyja (Słobódka polna 5, Siemakowce 3, Gwoździec stary 3), Lisko (Smolnik ad Baligród 3, Wola mihowa 1, Lutowiska 3), Mościska (Czerniawa 1), Nadwórna (Pniów 2), Sanok (Osławice 4, Czystohorb 1), Skałat (Kaczanówka 1), Śniatyn (Trościaniec 5, Rożnów 2, Hańkowce 3), Sokal (Hochołów 1), Zaleszczyki (Capowce 5). — Ospy w m. Krakowie 2, pow. Rzeszów (m. Rzeszów 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. V. do 22. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1, płonicy 12 (3), odry 3 (1), duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), jaglicy 13 (10). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 16. V. do 22. V. 1909 zgłoszono przypadków: krztuśca 1, płonicy 13 † 1, odry 4. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 2. V. do 8. V. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 2 † 1, odry 1, płonicy 5, róży 3, duru plamistego 43 † 3, duru brzusznego 7 † 3, duru powrotnego 8, błonicy 7. (*Gaz. lek.* 21).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 26. V. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Kostanecki zdał sprawę z czynności komisyi przeciwgruźliczej, Dr Eisenberg przedstawił 2 nowe sposoby barwienia prątków gruźliczych, Dr Radliński 2 przypadki z kliniki chir. (resekcya całej okrężnicy z powodu wgłobienia, resekcya kątnicy i 125 cm jelita biodrowego z powodu ran postrzałowych), prym. Dr Borzęcki przypadek zmian na nosie, klinicznie przyrody niepewnej, zapomocą odczynu Wassermanna rozpoznanych jako kiłowe, Prof. Lewkowicz przypadek gruźlicy, leczony tuberkuliną starą i nową i 2 przypadki, w których wstrzyknięto zmieszane IK Spenglera i tuberkulinę. Następnie Doc. Gliński miał wykład: »Dziedziczność a usposobienie anatomiczne w gruźlicy«. W dyskusyi nad wykładami Doc. Glińskiego i Prof. Cieclianowskiego uczestniczyli: Prof. Bujwid, Godlewski, Klecki, Dr Eisenberg i obaj prelegenci.

— Akademia Umiejętności mianowała swym członkiem korespondentem Prof. Dra Bądzyńskiego ze Lwowa, a członkiem czynnym zagranicznym, (którego wybór wymaga zatwierdzenia cesarskiego), panią Curie-Skłodowską w Paryżu.

— R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz mianowany został doktorem honorowym uniwersytetu w Louvain.

— Nagrodę z fundacyi X. Adama Jakubowskiego w kwocie 1400 koron przyznała Akademia Doc. Dr. Adamowi Wrzoskowi w Krakowie za monografię o Śniadeckim.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Maurycy Haber rodem z Podgórza.

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dziękuje Sz. Kol. Prymaryuszowi Drowi Borzęckiemu oraz Drowi Weinsbergowi za ofiarowane bibliotece książki.

Bibliotekarz: *Dr Blassberg.*

— W Cieszynie powstaje park zabaw i gier dla dzieci polskich, na wzór parku Jordana, dzięki p. Adamowi Sikorze, zasłużonemu działaczowi, który ofiarował na park 5 morgów gruntu nad Olzą.

Lwów. Towarzystwo kolonii leczniczych dla dzieci wysłało w r. 1908 do Rymanowa 155 dzieci na 40 dni i wydało na ich żywienie 5.242 kor. Subwencyi otrzymało Towarzystwo 4.725 kor., wkładki członków przyniosły 292 kor. Majątek Towarzystwa (wraz z budynkami) wynosi 58.154 kor. Na ostatniem Wajnem Zgromadzeniu w zeszłym tygodniu wiceprezesem został wybrany Prof. Dr Jurasz, a członkami wydziału Dr Czarnik i Dr Opolski.

— Przeciwgruźlicza stacya leśna jest blizka urzeczywistnienia. Komisya Rady miejskiej, wśród której z lekarzy byli Prof. Kucera, Dr Mikołajski i Prof. Wiczkowski, objechawszy lasy miejskie, wybrała miejsce na stacyę w Hołosku. Stacya ma być otwarta już od czerwca; baraków dla chorych, kuchni i urządzeń dostarczy Towarzystwo Czerwonego Krzyża. Koszt dzienny na jednego chorego obliczono na 1 kor.; na razie stacya ma być urządzona na 100 chorych.

— Towarzystwo budowy tanich mieszkań dla robotników, którego prezesem jest r. dw. Prof. Dr Rydygier, ma nadzieję rozpocząć wkrótce budowę pierwszego domu na nabytych już w tym celu gruntach. Towarzystwo liczy 49 członków.

Warszawa. W jesieni r. b. odbędzie się uroczysty jubileusz 45-letniej działalności zasłużonego na wielu polach Dra Henryka Dobrzyckiego. »Medycyna i Kronika lekarska«, przygotowując wydanie numeru jubileuszowego, prosi o nadsyłanie artykułów z zakresu medycyny wewnętrznej i balneologii przed 1. października b. r. Jubileusz będzie upamiętniony utworzeniem funduszu imienia Jubilata.

— Jubileusz 40-letniej pracy zawodowej Dra Henryka Lubowskiego, lekarza zdrojowego w Ciechocinku, odbył się 23. maja b. r.

Wilno. Lekarze wileńscy postanowili założyć kasę wzajemnej pomocy lekarzy. Projekt ustawy ma opracować komisya, złożona z Drów Jabłonowskiego, Czarkowskiego, Markowskiego. Hłaski, Raflsa, Kana i Szyldkreta.

Z różnych stron. Niemieckie Towarzystwo Hufelanda ogłasza konkurs na nagrodę Alvarenga w kwocie 800 marek za pracę na temat: »Die Blutdrucksteigerung vom ätiologischen und therapeutischen Standpunkt«. Prace w języku niemieckim, opatrzone godłem, z zachowaniem zwykłych form konkursowych, nadsyłać należy w 2 egzemplarzach najdalej do 1 marca 1910 roku na ręce sekretarza Prof. Straussa (Berlin W. 50. Kurfürstendamm Nr 239). *X.*

Mianowani: Prof. Fick z Pragi profesorem anatomii w Innsbruku.

Zmarli: internista Prof. Hoffer v. Sulmthal w Gracu; dermatolog Prof. Besnier w Paryżu; pedyatra Prof. Ranke w Monachium w 79 r. ż.

Dr Ignacy Wierzbicki w Łudze (w gub. Petersburskiej); Dr Aleksander Grużewski w 43 r. ż. w Iwieńcu (gub. Mińskiej) na dur osutkowy.

Redakcya otrzymała: Janowski: Teodor Dunin. Wspomnienie pośmiertne. Warszawa 1909. — W. Reis: Operacya zaćmy w pierwszej połowie XVIII stulecia. Odb. »Tyg. lek.« 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1909:

Gazeta lek. Nr 18. Kozłowski St.: Jak się przedstawia mocz w świetle nowych badań. Bychowski (c. d.). — Nr 19. Bernhard i Drozdowicz: Psoriasis rupioides. Kozłowski (dok.). — Nr 20. Erbrich: O tracheo- i bronchoskopii. Bychowski (dok.). Kalinowski: Ciało obce w tchawicy. — Nr 21. Wertenstein: Krwiak poporodowy w jamie kulszowo-odbytniczej. Erbrich (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 18. M. i W. Biehlerowie: Badanie krwi w chorobach zakaźnych u dzieci. Wertheim: Przyczynek do dyagnostyki powikłań w zapaleniu wyrostka robaczkowego. — Nr 19. Szmurło: O ropnicach pochodzenia usznego i ich leczeniu. Biehlerowie (dok.). — Nr 20. Róbin: Badania doświadczalno-kliniczne nad działaniem nowego źródła wody ciechocińskiej Nr 10 w cierpieniach przewodu pokarmowego. Szmurło (c. d.). — Nr 21. Szmurło (c. d.). Róbin (c. d.).

Tygodnik lek. Nr 17. Biernacki: Przekarmienie a mineralna przemiana materyi. Reis (dok.). — Nr 18. Bocheński: Uwagi nad dekapsulacyą nerek przy eklampsyi. Biernacki (c. d.). — Nr 19. Bocheński (c. d.). Biernacki (dok.). Po-

czobut: Kilka słów w sprawie płonicy. — Nr 20. Poczobut: IV. Sprawozdanie o dyagnostycznem i prognostycznem znaczeniu różnic między ciepłotą ciała wewnętrzną i zewnętrzną, w szczególności w chorobach serca. Bocheński (dok.).

Nowiny lekarskie Z. 5. Serkowski: Nowe prądy w zakresie profilaktyki i bakteryologii gruźlicy. Wretowski: W sprawie t. zw. roznosicieli drobnoustrojów oraz ozdrowieńców długo wydzielających takowe. Karwowski (c. d.). K. Jarnatowski: Ciałka jaglicowe Prowazeka i Greeffa. Klęsk: Lekarz filantrop dawniej a obecnie. Bieliński (c. d.).

Postęp okulistyczny Zesz. IV. Żurkowski: Powierzchnie toryczne i zastosowanie ich do okularów. Wicherkiewicz: Zajęcie ócz w następstwie wietrznej ospy.

Kronika dentyst. Nr 5. Ordower: Umocowanie rozchwianych zębów. Wilga: W sprawie nieprawidłowego wyrzynania się zębów stałych.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 2. czerwca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: IV. wykład z seryi wykładów o gruźlicy: Prof. Lewkowicz: Gruźlica u dzieci.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol. Dr Vlad. Koleta umieścił w Wien. klin. Wochenschrift 1909. Nr 16. z polikliniki w Pradze (Prof. Dr J. Hnatek) wyniki swych doświadczeń nad działaniem tego przetworu. Głównem polem działania są drogi oddechowe. Dla oceny właściwości tego środka nadaje się szczególnie dychawica oskrzelowa. Obfity materyał kliniczny obejmował wiele przypadków tego cierpienia, uporczywego wobec wszelkich dawniej stosowanych leków. Otóż pyrenol sprowadzał w lżejszych i cięższych przypadkach poprawę podmiotową. Są, rozumie się, także ciężkie przypadki tego przewlekłego cierpienia, w których pyrenol zawodzi. Nie należy też zaniedbywać zwykłego dotąd utartego leczenia. Z drugiej strony spostrzegano nieraz, że pyrenol działa tam jeszcze, gdzie inne leczenie było bezskuteczne. Przy rozedmie płuc i nieżytach oskrzeli oddawał pyrenol również dobre usługi. Brak działania szkodliwego na przewód pokarmowy stwierdzono przytem ponownie. Przetwory, mające zastąpić pyrenol, nie dały przy doświadczeniach wyników równie korzystnych.
Hr W.

Źródło Cachat w Evain (Francya) odkryte w r. 1790 nad brzegiem jeziora genewskiego, ulubione miejsce kąpielowe. Zawiera dwuwęglan wapnia i magnezyę, ciepłota 12° C., smak wody miły i orzeźwiający (woda stołowa). Działa wzmacniająco, niejako odtruwająco. Źródło to polecane głównie przy przewlekłej dnie, cierpieniach nerek, zaburzeniach przewodu pokarmowego i dróg moczowych, cierpieniach wątrobowych. Obrót roczny 10 milionów flaszek.
Ll. W.

W KRYNICY Dr Zygmunt Wąsowicz
ordynuje jak w latach poprzednich do końca września. 313
dom pod „Orłem“. (Choroby wewnętrzne i kobiece).

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Zdrowie Zesz. 5. Sokołowski A.: Wrażenia z wycieczki balneoklimatycznej w Wogezy i na Jersey. Dobrzyński: O miastach przyszłości (Garden cities).

Przegląd hig. Nr 5. Mołczański: Niedostosowanie konstrukcyi budynków mieszkalnych do klimatu jako zasadnicza przyczyna znacznej ilości zimnych mieszkań u nas.

Głos lekarzy Nr 9. Mikołajski: 1) Konflikt z kasą chorych w Drohobyczu. 2) Projekt zmian w Towarzystwie lek. gal. 3) Z wycieczki naukowej higienistów lwowskich. — W sprawie organizacyi lekarzy okręgowych. — Nr 10. Mikołajski: 1) Po II. Zjeździe balneologów polskich. 2) Z wycieczki higienistów (c. d.). Gilnreiner: W sprawie organizacyi lekarzy okręgowych. W sprawie rządowego projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W KISSINGEN (willa Elsa)
ordynuje podczas sezonu 46
Dr med. Jerzy Modrakowski
docent Uniwersytetu Lwowskiego.

Słowiańskie miejsce kąpielowe na Morawach
LUHACZOWICE
(LUHAČOVICE)
ma bardzo wygodne połączenie kolejowe z Warszawą, Krakowem i Lwowem przez Przerów — Węg. Gradisko — Ujezd — Luhaczowice.
Stacya kolei na miejscu. Kuracyuszów było w roku 1908 **5053**, z tego dużo Polaków.
Środki lecznicze: 4 źródła alkaliczno-muriatyczne, kąpiele naturalne z kwasem węglowym (jak w Nauheim), inhalatorium (jak w Reichenhall), kąpiele słoneczne, leczenie wodą, kąpiele w rzece
14 lekarzy z tych niektórzy mówią po polsku.
Wskazania: chroniczne choroby dróg oddechowych, serca, żołądka, kiszek, wysięki, kamienie żółciowe, cukrzyca, niedokrewność, blednica, neurastenia. 308
Zabawy: orkiestra pierwszorzędna ze 20 sił, codziennie od 6—8 i od 4—6. biblioteka, czytelnia (polskie gazety i książki), teatr.
Prospekty polskie, czeskie, ruskie i niemieckie. — **Zapytania** w kwestyi mieszkań etc. odwrotną pocztą przez Dyrekcyę.
Czeskie towarzystwo akcyjne.
Kapitał akcyjny 2,000,000 Koron.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Gastrosan Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych **objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym** z ich następstwami, przy **dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania** i przy **nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.**

Salit szybko uśmierzający ból i leczący **środek do wcierania przy cierpieniach gośćcowych.** Salit znosi skóra w **stanie nierozcieńczonym.**

Novargan Z powodu braku działania drażniącego także wyżej zgęszczonych rozczynów nadaje się szczególniej do leczenia **ostrego wiewióra.**

Injectio Dr Hirsch: rozczyn gotowy do użycia do **zupełnie niebolesnych** podskórnych i śródmięśniowych **wstrzykiwań rtęci.**

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 b

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 F. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

EVIAN-LES-BAINS (Francya)

źrodło Cachat

przeciw przewlekłej dnie, chorobom nerek i moczu, zaburzeniom narządów trawienia, kamieniom wątrobowym i żółciowym.

Najidealniejsza woda stołowa (J. Simon).

Otrzymać można we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych. 92

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrwenym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie 43

przez dzieci i kobiety

Wystawa hig. Wiedeń 1906: Nagroda państw. 1 dypl. hon. do medalu złotego.

Odznaczone kilkakrotnie. — Przeszło 5000 orzeczeń lekarskich. Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki.

J. Serravallo. Triest-Barcola.

Zakopane, willa Adasiówka

nowo urządzony pensyonat

od K. 5 wzwyż na dobę od osoby. Bliższych wyjaśnień udziela Zarząd. 306

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., ELBERFELD.

Wewnętrzne leczenie wiewióra

THYRESOL

(Santalolmethylaether)

wcale niedrażniący, zupełnie smaczny.

Nie odszczepia w organizmie wolnego santalolu, dlatego nie działa szkodliwie na jelita i nerki, usuwa szybko dolegliwości podmiotowe, ogranicza objawy zapalne i wydzielinę ropną, wyjaśnia mocz mętny i zapobiega powikłaniom.

Zapisywanie: 7 t

płynny we flaszoczce do kropel à 10 g. }
perełki żelatynowe, à 0,25 g. No. XXX } „Opak. oryg. — Bayer".

Nowość! **Kołaczyki thyresolowe** Nowość!

à 0,25 g. No. XXX „Opak. oryg. — Bayer".

(z magnes. carbonic. do równoczesnego regulowania funkcyi jelit).

Zastępca na Austro-Węgry:

FRIED. BAYER et Co. Wien, I. Biberstrasse 15.

WIELKĄ OSZCZĘDNOŚĆ

osiąga się przez używanie Beiersdorfa białego przylepca kauczukowego „leukoplast", który z powodu swej lepkości, braku drażniącego działania i stałości, przewyższa wszystkie inne plastry i w przeważnej części zakładów leczniczych stale bywa używany.

Leukoplast przylepia się ściśle i silnie, nie rozmiękając przy dłuższem leżeniu na skórze, tak iż opatrunki nawet przy znacznem narażeniu nie przesuwają się.

14 c

Szczególnie cennem, oszczędnem i odpowiedniem jest stosowanie leukoplastu na szpulkach, dostarczanych we wszystkich używanych wielkościach.

Próbki, piśmiennictwo i wykazy bezpłatnie.

P. BEIERSDORF et Co., Hamburg 30.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Docent chir. Dr **Gabryszewski A.**, lekarz zakładowy.
Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Kosów (pod Kołomyją).

Dr **Tarnawski Apolinary**, właściciel i kierownik lecznicy otwartej od 1 maja do końca października.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem“.
Dr **Ebers Henryk**, zakład wodoleczniczy.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, „Świteź“.
Dr **Lewicki Stanisław**, willa pod Trąbką.

Połąga.

Dr **Sterczyński A.**, willa Romeo hr. Tyszkiewicza.

Rabka.

Dr **Lang**, willa „pod Luboniem“.
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Regiec Jan**, willa pod Kościuszką.

Szczawnica.

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag Rudolf**, Dom „Atyla“
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik zakł. hidrop. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarrki.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**,
Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, Radca cesarski.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Jankowski F.**, Fürstenstr. 5.
Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.
Dr **Wolfheim M.**, (z Warszawy) Reinhardstr. 1—3.

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy. Renngasse 3.

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, „Villa Söllradl“.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, we własnej willi, zakład i pensyonat lecz.
Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr.. Villa „Stadt Paris“.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, Radca ces. Villa „Höflinger“ VII.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 13.

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki E.**, Alte Wiese. Dom „Nizza“.
Dr **Kaufmann Oskar**, „Pascha“ Sprudelstr.

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, Dom „Mozart“.
Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA
jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami

SANATORYUM ZAKŁAD DYETETYCZNO-FIZYKALNO WODOLECZNICZY OTWARTY OD 15/IV DO 31/X. Quo vadis Dra J. MACIEJEWSKIEGO w KISSINGEN LUDWIGSTRASSE 16 (BAWARYA).
Dla chorób wewnętrznych, nerwowych i kobiecych. Najnowsze urządzenia dla balneo- hydro- i elektroterapii, leczenie światłem i masażem. Urządzenie nowoczesne, służba polska. Kuchnia dyetetyczna (także dla moich pacyentów mieszkających poza Zakładem). Pokój z całkowitem utrzymaniem od 10 do 14 koron dziennie, włącznie leczenia i zabiegów lekarskich od 16 koron i wyżej. Na życzenie prospekt. 42

Rok XLVIII. Kraków, dnia 5. czerwca 1909. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prym. Radca Dr Krokiewicz).

Działanie wstrzykiwań podskórnych prawidłowej surowicy końskiej przy krwotokach.

Napisał

Prym Dr A. Krokiewicz.

Stosowanie podskórne prawidłowej surowicy zwierzęcej w przypadkach krwotoków zyskuje zwolenników w ostatnich czasach. Lapeyre (Klin. therap. Woch. Nr 51. 1908) zaleca je szczególnie przy krwotokach macicznych, zwłaszcza w okresie przejściowym *(climax)* i przy rozległych rakach macicy u kobiet bardzo starych. Lapeyre radzi, aby chora wówczas leżała najpierw przez cztery dni spokojnie w łóżku przy ułożeniu nizkiem głowy, a wysokiem nóg i otrzymywała wstrzykiwania gorące do pochwy, a następnie, aby chorej, jeśli krwotok trwa dalej, wstrzyknąć podskórnie 20 cm^3 prawidłowej surowicy krwi zwierzęcej. W razie braku prawidłowej, wolnej od toksyn, surowicy krwi można użyć z równie dobrym skutkiem surowicy przeciwbłoniczej lub przeciwpaciorkowcowej.

Toż samo Wirth (Klin. therap. Woch. Nr 52. 1908 i Wien. med. Woch. Nr 3 1909), zachęcony korzystnem działaniem surowicy, wstrzykniętej podskórnie u krwawca w przebiegu uporczywego krwawienia, zastosował ten sposób leczenia z bardzo dobrym skutkiem u 7 chorych, a mianowicie przy krwawieniu po wycięciu migdałków, przy krwotokach z jamy nosowej w przebiegu znacznej miażdżycy tętnic, przy krwotokach jelitowych i przy krwotokach płucnych (4). Wirth wstrzykiwał podskórnie w udo lub powłoki brzuszne po 20 cm^3 prawidłowej surowicy końskiej. Zazwyczaj wystarczało już jedno wstrzyknięcie podskórne, a działanie korzystne ujawniało się szybko i bez jakichkolwiek ubocznych i szkodliwych przypadów. Według Wirtha prawidłowa surowica końska może zatamować krwotok i przy zadziałaniu miejscowem, np. przy krwotokach jelitowych po zastosowaniu jej w postaci lewatyw, a przy krwotokach nosowych przez zatamponowanie jamy nosowej wacikami, napojonymi surowicą.

Wobec tak pomyślnych ogłoszonych wyników leczniczych, postanowiłem metodę tę wypróbować w odpowiednich przypadkach na chorych, pomieszczonych na moim oddziale w szpitalu św. Łazarza. Surowicy końskiej prawidłowej dostarczył mi z całą gotowością Prof. Odo Bujwid, dyrektor Instytutu higienicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego za co na tem miejscu składam podziękowanie. Stosowałem tylko wstrzykiwania podskórne w okolicę ud przy zachowaniu wszelkich ostrożności aseptycznych; za każdym razem po 20 cm^3. Przebieg doświadczeń był następujący:

1) H. S. lat 32, handlowiec z Łodzi. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis pulmonum tbc.* (III). Od 10/I—18/I b. r. otrzymał 60 gm surowicy. Krwioplucie ustało dopiero po zastosowaniu worka lodowego na serce, wstrzykiwaniach morfiny i podawaniu na wewnątrz *Extr. fluid. hydrastis canad.* Po drugiem i trzeciem wstrzyknięciu surowicy wystąpiła na całem ciele obfita pokrzywka na 3 i 6 dni.

2) A. M. lat 40, nauczycielka ze Lwowa. Rozpoznanie kliniczne: *Phthisis pulm. tbc.* (III). *Haemoptoe.* Ciągłe krwioplucie. Chora otrzymała od 28/I—5/II b. r. podskórnie 60 grm surowicy. Krwioplucie ustało dopiero po zastosowaniu lodu na okolicę serca, wstrzykiwań morfiny i podawaniu wewnętrznem stypticyny i *extr. fluid. hydrastis canad.* Po 2 i 3 wstrzyknięciu surowicy wystąpiła bardzo przykra pokrzywka na całem ciele, trwająca za pierwszym razem 3, a za drugim 6 dni.

3) Z. K. lat 32, kasyerka z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne. *Haemoptoe. Phthisis florida pulmonum.* Od 13/I—19/I b. r. otrzymała 60 grm surowicy. Po każdem wstrzyknięciu krwotok znaczniejszy; dopiero na 6. dzień po ostatniem wstrzyknięciu, skoro zastosowano podskórnie morfinę i podano wewnętrznie *extr. hydrast. canad.* krwioplucie ustało. Po ostatniem wstrzyknięciu podskórnem surowicy wystąpiła pokrzywka 3-dniowa i białkomocz przemijający.

4) S. Ł. lat 45, murarz z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis florida pulm.* Od 23/II—26/II b. r. otrzymał 60 grm surowicy; po każdem wstrzyknięciu krwotok silniejszy. Chory zmarł w 4 dni po trzeciem wstrzyknięciu surowicy wśród krwotoku płucnego.

5) W. K. lat 20, murarz z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis florida pulm.* Od 21/3—23/3 b. r. otrzymał 40 grm surowicy i zmarł wśród krwotoku płucnego dnia 26/III t. j. w 3 dni.

6) W. O. lat 28, stolarz z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Infiltratio apicis pulm. d.* Od 11/I—14/I b. r. otrzymał 40 grm surowicy; krwioplucie utrzymało się przez 4 dni w tym samym stopniu i ustało dopiero po zastosowaniu morfiny i *extr. hydrastis canad.*

7) T. K. lat 31, murarz z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis florida pulmonum.* Od 23/I—26/I b. r. otrzymał 40 grm surowicy; krwioplucie po 6 dniach ustało, odkąd zastosowano morfinę i *hydrast. canad.*

8) J. B. lat 33, bednarz z Sokala. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis pulm. tbc.* (III). Od 16/I—30/I otrzymał 60 grm surowicy. Po drugiem wstrzyknięciu krwotok silniejszy; wobec tego zastosowano równocześnie podskórnie morfinę i wewnętrznie *ext. hydrastis canad.,* poczem we dwa dni krwawienie ustało.

9) T. G. lat 24, wyrobnik z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptoe. Phthisis pulm. tbc.* Od 18/III—20/III b. r.

otrzymał 40 cm³ surowicy; krwioplucie ustało dopiero po zastosowaniu morfiny i *ext. hydrastis canad.*

10) J. C. lat 47, wyrobnica z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne *Haemoptoe. Phthisis pulm. tbc.* Od 12/III—14/III otrzymała 40 cm³ surowicy. Krwioplucie silniejsze i dopiero po zastosowaniu morfiny i *ext. hydr. canad.* ustało.

11) J. P. lat 29, wyrobnik ze Skalbmierza (Król. Polskie). Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis. Tuberculosis pulmonum et laryngis.* 23/II b. r. Zastosowano 20 cm³ surowicy; krwioplucie po 2 dniach ustało.

12) S. M. lat 20, ślusarz kolejowy z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis*, *Phthisis pulm. tbc.* (II); 15/II b. r. wstrzyknięto 20 cm³ surowicy; krwioplucie po 2 dniach ustało.

13) M. P. lat 20, wyrobnik z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis. Phthisis florida pulm.* 2/III b. r. otrzymał 20 cm³ surowicy; krwioplucie ustało po 2 dniach.

14) J. S. lat 28, wyrobnik z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis. Phthisis pulm. tbc.* Od 16/III—18/III b. r. otrzymał 40 grm surowicy: krwioplucie ustało po 2 dniach.

15) J. S. lat 32, wyrobnik z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haematemesis. Ulcus ventriculi rotundum;* otrzymał 1/II b. r. 20 cm³ surowicy; zmarł wśród krwotoku 3/II b. r. Rozpoznanie anatomiczne według protokołu oględzin pośmiertnych w zakładzie anatomii patol. Uniwersytetu Jagiellońskiego wykazało: *Ulcus pepticum ad pylorum ss. stenosi pylori et gastrectasia. Haemorrhagia in cavum ventriculi. Anaemia.*

16) A. R. lat 29, lokaj z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Typhus abdominalis. Enterorrhagia.* 17/III b. r. otrzymał 20 cm³ surowicy podskórnie, a w 18 godzin nastąpiło zejście śmiertelne. Oględziny pośmiertne stwierdziły okres owrzodzeń oczyszczających się.

17) K. B. lat 36, wyrobnica z Krakowa. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis. Aneurysma aortae;* 13/I b. r. wstrzyknięto 20 cm³ surowicy, a krwioplucie trwało w tym samym stopniu przez 8 dni; dopiero po zastosowaniu *Ext. fluid. hydr. canad.* ustąpiło.

18) K. L. lat 63, wyrobnik z Podgórza. Rozpoznanie kliniczne: *Haemoptysis. Arteriosclerosis insignis. Angina pectoris.* Od 20/I—28/I otrzymał 80 grm surowicy podskórnie. Krwioplucie nie ustało. Natomiast po 4. wstrzyknięciu surowicy wystąpiła na kończynach dolnych i powłokach brzusznych obfita plamica guzkowa, utrzymująca się przez 6 dni i białkomocz. Chory zmarł 13/IV, a oględziny pośmiertne dokonane w Zakładzie anatomii patol. Uniwersytetu Jagiellońskiego wykazały bardzo rozległą miażdżycę aorty i zapalenie płuc włóknikowe, jako sprawę końcową.

Jak z powyższego zestawienia wynika, uskuteczniono wstrzykiwania podskórne prawidłowej surowicy końskiej u 18 chorych, a mianowicie: a) u 14 chorych w przebiegu gruźlicy płuc i krwotoku płucnego; b) w przypadku krwotoku żołądkowego w następstwie wrzodu okrągłego żołądka; c) w przypadku krwotoku jelitowego w przebiegu duru brzusznego, tudzież d) u chorych dotkniętych krwiopluciem na tle rozległych zmian miażdżycowych tętnicy głównej i tętniaka aorty. W przypadkach znaczniejszego krwotoku płucnego na tle gruźliczem u 10 chorych wynik był ujemny pomimo wstrzyknięcia kilku dawek surowicy (od 40—60 cm³, średnio 60 cm³), a nawet u 2 chorych z powodu krwotoku płucnego nastąpiło zejście śmiertelne. Natomiast u 4 chorych spostrzegano korzystne działanie surowicy atoli chodziło wówczas o krwioplucie *(haemoptysis)*. Zupełne ujemne działanie surowicy krwi po zastosowaniu podskórnem wystąpiło w przebiegu krwotoku w następstwie okrągłego wrzodu żołądka i owrzodzeń durowych w jelicie, gdyż oba te przypadki zakończyły się śmiertelnie. Toż samo w przypadkach krwioplucia na tle rozległych zmian miażdżycowych aorty i tętniaka aorty wstrzyknięcia podskórne prawidłowej surowicy końskiej — nawet kilkakrotne (80 grm) — zawiodły. Sam zabieg wstrzyknięcia podskórnego surowicy, na zewnętrznej stronie uda dokonywanego, był niebolesny. Natomiast zauważyć można było u 3 chorych (1 m. 2 k.) po wstrzyknięciu drugiem i trzeciem surowicy przykrą i rozległą pokrzywkę, która trwała od 2—6 dni i bardzo dotkliwie niepokoiła chorych. W jednym przypadku u mężczyzny dotkniętego rozległą miażdżycą tętnicy głównej (po wprowadzeniu w całości 80 grm surowicy) wystąpiła bardzo znaczna ogólna plamica guzkowa, utrzymująca się przez tydzień, przyczem krwioplucie wcale się nie zmniejszyło. W 2 przypadkach, po zastosowaniu 60—80 grm surowicy, pojawił się kilkudniowy przemijający białkomocz.

Wogóle na podstawie naszego doświadczenia nie możemy uważać wstrzykiwań podskórnych prawidłowej surowicy końskiej jako środka przeciwkrwotocznego. Środki lecznicze oddawna używane, jak: stosowanie lodu na okolicę serca, wstrzykiwanie podskórne morfiny, podawanie na wewnątrz styptycyny, gorzknika (*ext. hydrastis canad.*) — i przetworów nadnercza stanowią i obecnie bezsprzecznie najdzielniejsze leki przeciwkrwotoczne, których ani wstrzykiwania podskórne prawidłowej surowicy końskiej ani wyjałowionej żelatyny nawet w części nie zdołają zastąpić.

W sprawie nawykowego zaparcia stolca.

Przyczynki kliniczne i doświadczalne.

Podał

Prof. E. Biernacki.

(Dokończenie).

Chodzi teraz o to, jakim jest bliższy mechanizm powstawania zaparcia na gruncie neurastenii, wzgl. ogólnego zaburzenia przemiany. Dunin przedstawiał sobie sprawę poniekąd (nie wyraża się on tutaj zupełnie jasno) jako wpływ tamujący mózgu neurastenicznego na ruchy jelit. W zakończeniu swej pracy przypuszcza on jednak, iż prawdopodobnie istnieją także przypadki, w których zaparcie powstaje przez skurcz jelita — i jako przykład przytacza pewną damę cierpiącą na zmiany okołomaciczne i zaparcie, u której makowiec wywoływał bardzo obfite wypróżnienia. Otóż zaparcie kurczowe głównie z inicyatywy Fleinera było przedmiotem licznych omówień i roztrząsań w ostatniem dziesięcioleciu (K. Kraus[7]), Westphalen[8]), Singer[9]), Albu[10]) v. Sohlern[11]), Mazeran[12]), Kisch jr.[13]) i t. d.): jako objawy zasadnicze tej »nowej choroby« podnoszono stolce w postaci taśm, czy okrągławe, ale często grubości ledwie ołówka lub małego palca, dalej wyczuwalność przy obmacywaniu brzucha »skurczonych« pętli jelitowych, najpierw w okolicy pętli esowatej, następnie okrężnicy po-

---

[7]) K. Kraus: por. Münchn. medizin. Wochenschr., 1899. Nr. 47 str. 1585.

[8]) Westphalen: Ueber die chronische Obstipation II. Die chronische spastische Obstipation. Archiv. f. Verdaungskrankheiten. Bd. VII 1901 Zesz. 1 i 2.

[9]) G. Singer: Die spastische Obstipation. Wiener klin. Wochenschrift, 1903. Nr. 14.

[10]) Albu: cyt. według Boasa (loc. cit.).

[11]) v. Sohlern: 1902. Nr. 39. Berlin. klin. Wochschr.

[12]) Mazeran: Presse médicale, 1901. Nr. 50.

[13]) Kisch jr.: Die spastische Obstipation. 29 Versamml. der Balneolog. Gesellschaft Ref. Münchn. medizin. Wochs., 1908. Nr. 13. Medizin. Klinik, 1908. Nr. 20.

przecznej, także kiszki ślepej, uczucie pozostawania stolca w odbytnicy po odbytem wypróżnieniu, kolki, tępe bole wzdłuż jelita grubego i t. d. i t. d. Zarazem, właśnie przedewszystkiem przy zaparciu »kurczowem« podkreśla się, iż rozwija się ono na gruncie neurastenii czy histeryi (stąd »kurcz«). I jako dalsze objawy »charakterystyczne« przytaczają różne dolegliwości nerwowe, łatwą pobudliwość, nastrój pognębiony, uderzenia do głowy i t. d. Przedstawienie rzeczy we względzie ostatnim bywa, jednak, nieraz tego rodzaju, iż właściwie powraca dawna piosenka o zaburzeniach nerwowych jako skutku zaparcia.

Otóż Boas (loc. cit.) w swej najnowszej pracy, miejscami bardzo ciętej i krytycznej, cały obraz kliniczny tej »nowej choroby« nazywa zbudowanym na piasku lotnym — jak się u nas mówi — wprost wziętym z powietrza. Ani etyologia, ani przedewszystkiem — powiada ten autor — wejrzenie mas kałowych nie przedstawiają nic swoistego i znamiennego. Typowe przypadki stałego wydzielenia kału w postaci taśm, cienkich ołówków, należą według bogatego doświadczenia Boasa właściwie do wyjątków, a najczęściej zdarzają się jeszcze przy zwężeniu jelita; z drugiej zaś strony przy wszystkich postaciach zaparcia występują naprzemian najróżnorodniejsze kształty kału. Wreszcie Boas spostrzegał objaw pozornie rozstrzygający — »skurcz« jelita przedewszystkiem pętli esowatej, nietylko przy nawykowem zaparciu stolca, ale również przy przewlekłych biegunkach, raku odbytnicy, nieżycie jelita grubego, wreszcie u ludzi z zupełnie zdrowym narządem trawienia, tylko nieco nerwowych i łatwo pobudliwych.

Na wyczuwalność pętli jelitowych zwróciłem u mych chorych karlsbadzkich szczegółową uwagę już od lat kilku, odkąd objaw ten, dotyczący pętli esowatej, jako grubego wrażliwego wałka, uderzył mię przedewszystkiem w przypadkach błonicy śluzowatej jelita (*enterocolitis membranacea*, wzgl. *colica mucosa*). Przy dalszem spostrzeganiu objaw okazał się właściwym nietylko dla tych postaci klinicznych, połączonych lub niepołączonych z zaparciem stolca; przeciwnie spotykam go u chorych dnawych wogóle niezmiernie często, zupełnie niezależnie od tego, czy jednocześnie istnieją jakie podmiotowe lub przedmiotowe zaburzenia ze strony jelit, przedewszystkiem zaparcie, czy też nie; w ostatnim przypadku wyczuwalność i wrażliwość pętli esowatej wydaje mi się mniejsza, niż przy błoniastem cierpieniu jelit (*enterocol. membran.*). Wyczuwalność jelit znaną była Duninowi, ale objawowi temu wogóle nie nadawał on znaczenia patologicznego, co znowu stanowczo jest krańcowe.

Co do mnie muszę przedewszystkiem to wyznać, iż wyczuwalność pętli esowatej ewentualnie okrężnicy poprzecznej, albo kątnicy wogóle jaknajrzadziej sprawia na mnie wrażenie skurczu. Zachodzi przedewszystkiem pytanie, czy jelito prawidłowe, nie zgrubiałe może przez sam skurcz stać się tak łatwo wyczuwalne, jak to stwierdzamy w odnośnych przypadkach. Dla mnie też wyczuwalność jelit, najpierw pętli esowatej, jest wyrazem zgrubienia jelita — w późniejszych przypadkach błonicy śluzowatej jelit wskutek istotnej zmiany anatomicznej (nieżyt pętli esowatej) — w przypadkach zaś pozostałych, najpospolitszych — prawdopodobnie wskutek zastojów żylnych — jako iż u chorych na dnę niezmiernie często spotykamy takie zastoje w postaci żylaków na nogach, a jeszcze częściej guzów krwawniczych w odbytnicy.

O ile jednocześnie istnieje i skurcz jelita, wzgl. skurcz taki jest przyczyną zasadniczą ewentualnego zaparcia — nie umiem nawet wyobrazić sobie drogi i sposobu, w jaki możnaby udowodnić znaczenia powyższego czynnika. Niewątpliwie, iż wyczuwalne pętle jelitowe sprawiają przedewszystkiem wrażenie skurczu — i wtedy cienkie masy kałowe, dolegliwości bólowe wzdłuż jelita grubego, uczucie niezupełnego oddania stolca itd., przedstawiają się jako zupełnie logiczne, konsekwentne następstwa. A jeśli w dodatku nastąpi wypróżnienie po belladonnie, — działanie to względem pewnych wypadków zaparcia znane jest empiryi lekarskiej już oddawna — to naturalnie do obrazu »zaparcia kurczowego« nie brakuje ani jednego punktu...

A jednak niejedno rozpoznanie w takich przypadkach niezawodnie zbudowane jest na piasku lotnym. Według mego doświadczenia i zdania, skurcz — przytem głównie jako skurcz zwieracza — jest czynnikiem głównym w zaparciu przy »ostrych« krwawnicach i po drugie — przy szczelinie odbytu. Może być, że należą jeszcze do tego i pewne przypadki cierpień narządów rodnych u kobiet. Po za tem przy zaparciu powstającem na gruncie neurastenii wzgl. zaburzeń przemiany materyi stanowczo należy uwzględniać pewien inny czynnik więcej, niż to się dzieje dotychczas.

Mam tu właśnie na myśli wskazówki Ad. Schmidta[14]) i Lohrischa[15]) o mniejszych ilościach kału, zmniejszonej w nim zawartości wody i zmniejszonej dziennej ilości substancyi suchej, dalej azotu, tłuszczu węglowodanów przy zaparciu nawykowem w porównaniu z ludźmi zdrowymi na tej samej dyecie utrzymywanymi. Autorowie ci zauważyli także lepsze przyswajanie drzewnika (celulozy) w pierwszym przypadku, niż w drugim; według zaś poszukiwań Strassburgera[16]) przy zaparciu nawykowem zawiera kał wybitnie mniej drobnoustrojów, niż u ludzi zdrowych.

Śród pięciu psów, służących mi w ostatnich trzech latach do spostrzeżeń nad przemianą materyi, jeden jamnik wyróżniał się szczególnie opieszałem »trawieniem«. Przy dodawaniu węgla drzewnego do pożywienia (w celu odgraniczenia kału z oddzielnych okresów badania) po dobie ledwie nader drobna część kału miała czarne zabarwienie, niemal zaś całość kału z węglem zjawiała się dopiero po 48 godzinach; tymczasem u innych psów kał węglowy oddawany był już po 24 godzinach w większej ilości, albo nawet w całości. Jednocześnie zdarzały się wcale często dnie, w których jamnik wcale nie miał wypróżnienia; kał wydzielany był stale w postaci małych, twardych kawałków wielkości orzecha laskowego.

Otóż przyswajanie pokarmu u tego jamnika było znakomite, wogóle najlepsze śród wszystkich moich psów. Przy jakościowo i ilościowo jednakowym pokarmie z drugim

---

[14]) Ad. Schmidt, loc. cit. Poprzednio: Neue Beobachtungen für Erklarung und rationelle Behandlung der chronischen habituellen Obstipation. Münchn. medizin. Wochs., 1905. Nr. 4.

[15]) Lohrisch: Die Ursachen der chronischen habituellen Obstipation. Deutsche Archiv. f. klin. Medizin, 1904. Bd. 79. t. 383.

[16]) Strassburger: Ueber die Bakterienmenge in menschlichen Faeces Zeitschr. f. klin. Medizin, 1903. T. 48.

psem (100 grm. mięsa końskiego + 150 grm. ryżu + 6 grm. soli kuchennej) jamnik w okresach kontrolnych oddawał średnio na dobę 20—27 grm. kału z 35—38% zawartości suchej, a 7·5—9·5 grm. tej zawartości na dobę, w tem 0·36—0·59 gramów azotu, natomiast pies bez zaparcia oddawał kału 34—36 grm. z 30—33% substancyi suchej a 10·5—12·5 gr. tej substancyi na dobę wraz z 0·52—0·58 gramów azotu. To samo zachodziło z mym pierwszym psem, który podobnie jak jamnik, najczęściej bardzo mozolił się przy oddawaniu kału, w porównaniu z dwoma innymi psami bez takich objawów. Przy 50 grm. mięsa końskiego i 220 grm. ryżu albo przy 150 grm. mięsa i 170 grm. ryżu (zawsze z 8 grm. Na Cl) pies pierwszy oddawał średnio na dobę 31—32·5 gr. kału z 8·5 9·5 gr. substancyi suchej, w niej 0·3792—0·6992 gr. tłuszczu i 0·45 · 0·66 gr. N.; przy dyecie zaś zupełnie zbliżonej, bo 1.00 gr. mięsa i 200 grm. ryżu, albo 100 grm. mięsa, 50 grm. mamałygi i 125 grm. ryżu (z 8 grm. Na Cl) — dwa inne psy bez zaparcia: 48—45 grm. kału z 12—17 grm. substancyi suchej, w têm 1·27—1·77 grm. tłuszczu i 0·69—0·73 grm. azotu.

Zarówno względem tych wyników doświadczalnych jak względem spostrzeżeń A. Schmidta możnaby zauważyć, iż objawy lepszego przywajania nie są *primum movens* ale po prostu są następstwem zaparcia, następstwem przedłużonego pobytu miazgi pokarmowej w narządzie trawienia, wzgl. w jelicie grubem. Wobec jednak tego, co wiemy o czynnościach tego jelita, pewną byłaby śród tych warunków właściwie tylko jedna zmiana — zubożenie kału w wodę. Po za tem mniejsza zawartość w kale substancyi suchej, azotu, tłuszczu itd. jest przecież wogóle dowodem lepszego przyswajania, jako czynności narządu trawienia: otóż fakt taki zupełnie jest możliwy u neurasteników, czy chorych na dnę z objawami zaparcia, jako w tych stanach wielokrotnie mamy przed sobą wskazówki czy dowody wzmożonego wydzielania soków trawiennych, przedewszystkiem soku żołądkowego (*hyperaciditas*, *hypersecretio*). Nie należy przytem zapominać, że wcale nierzadko to wzmożone wydzielanie soków (żołądkowego) istnieje zupełnie skrycie, bez zewnętrznych objawów klinicznych, czego przykład okolicznościowo przytoczyłem już w swej pierwszej pracy o krwi (1894), a co później widywał także v. Noorden. Z drugiej znowu strony wobec często wielkich ilości azotu w kale chorych dnawych v. Noorden[17]) przyjmuje wzmożone u nich wydzielanie soków kiszkowych.

Zapewne — należałoby jednocześnie rozstrzygnąć, o ile wzmożone wydzielanie soków trawiennych przy zaburzeniach przemiany nie jest jednocześnie połączone samo przez się z niedomogą (atonią) ruchów jelitowych, analogicznie, jak nadmiernemu wydzielaniu HCl w żołądku zwykle towarzyszy niedomoga żołądka. W tym drugim przypadku lepsze przyswajanie pokarmu wraz ze zmniejszonem wytwarzaniem kału miałoby właściwie znaczenie tylko drugorzędne, znaczenie czynnika sprzyjającego zaparciu, ale nie będącego jego punktem wyjścia.

Sprawa omawiana musi więc jeszcze czekać na ostateczne rozstrzygnięcie. Bądź co bądź należy podkreślić, iż określenie »neurastenia«, »nerwy«, jako przyczyna zaparcia nie może sobą wyłączać mechanizmu »chemicznego« powstawania zaparcia. Czynnika chemicznego wogóle nie wolno pomijać przy poszukiwaniu genezy zaparcia już choćby z tego względu, że jeszcze przed poszukiwaniami Ad. Schmidta nieraz podnoszono znaczenie czynników tej kategoryi przy rozwoju zaparcia. Np. między innymi mówi Westphalen[18]) o pokarmie zbyt posilnym, zawierającym mało drzewnika, a przez to dającym mało kału (np. przeważne pożywienie mięsne), jako przyczynie głównej zaparcia »atonicznego«, wzgl. zwykłej opieszałości stolca, jaka zdarza się nieraz wśród osób, należących do warstw zamożniejszych.

Pomijając zbyt dobrą przyswajalność pokarmu, właśnie śród klas zamożniejszych jeszcze inny atrybut pokarmu może bardzo sprzyjać zaparciu, — a mianowicie przetłuszczenie pokarmu. Istotnie w doświadczeniach moich na psach dodawanie większych ilości masła do stałego pożywienia wywoływało zawsze objawy wybitnego zaparcia — (opóźnienie wydalania kału z węglem, brak stolca w pewne dni) wraz ze znacznem obniżeniem zawartości wody w kale. Fakt ten podniosłem już w mej pierwszej pracy nad przetłuszczeniem pokarmu[19]); przytoczę na tem miejscu odnośne dane co do składu kału.

Dośw. II. Pies wagi 8750 grm. Pokarm stały 50 grm. mięsa końskiego i 220 grm. ryżu dziennie z 8 grm. soli kuchennej. Okres wstępny — 5 dni, okres tłuszczowy 12 dni — po 50 grm. świeżego masła deserowego codziennie, okres potłuszczowy 6 dni. Skład kału (średnio na dobę):

	kał świeży	sucha subst.	% such. subst.	N	— tłuszcz
Okres przedtłuszcz.	32·7 g. —	8·7 g. —	26·7% —	0·4500 —	0·3792
» tłuszczowy	32·0 » —	11·7 » —	36·5 » —	0·6732 —	0·8294
» potłuszczowy	33·4 » —	12·4 » —	37·1 » —	0·7650 —	0·7669

Dośw. III. Ten sam pies. Pokarm stały 150 grm. mięsa końskiego i 170 grm. ryżu + 8 grm. Na Cl. Okres wstępny — 6 dni, tłuszczowy (po 40 grm. świeżego masła dziennie) 9 dni, potłuszczowy 6 dni. W okresie tłuszczowym odciągano z pokarmu ilość ryżu, ekwiwaloryczną z dodawanem masłem:

Okres przedtłuszcz.	31·4 g. —	9·7 g. —	31·1% —	0·6662 —	0·6992
» tłuszczowy	17·1 » —	6·0 » —	35·2 » —	0·4890 —	0·7902
» potłuszczowy	41·0 » —	12·5 » —	30·6 » —	0·8268 —	0 9604

Dośw. IV. Ten sam pies i ten sam pokarm, co w dośw. III. Dodawano po 50—60 grm. cukru (zwykłego) dziennie:

Okr. przedcukr.	61·6 g. —	13·18 g. —	21·4 % —	0·9308 g. —	1·0925 g.
» cukrowy	57·8 » —	11·9 » —	20·65 » —	0·7898 » —	0·7336 »

Spostrzeżenia powyższe wykonane były tylko na jednym psie, co nie wyłączało w zupełności wpływu przypadku i indywidualności w powstaniu zjawiska. Ale to samo wystąpiło i w mych najnowszych doświadczeniach z przekarmieniem, dokonanych ubiegłej zimy na dwóch innych psach[20]).

Dośw. I. Jamnik wagi 5700 grm. Pokarm stały 100 grm. mięsa końskiego i 150 grm. ryżu + 6 grm. soli kuchennej.

[17]) v. Noorden: Handbuch der Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels. Bd. II. T. 146. 1907.

[18]) Westphalen: Ueber die chronische Obitipation. I. Die chronische atonische Obstipation Archiv. für Verdauungskrankheiten. T. VI. Zeszyt 2.

[19]) Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materyi. Gazeta lek. 1907. Zentralbl. f. d. ges. Physiol. und Pathol. des Stoffwechsels., 1907. Nr. 11. Archiv. f. biolog. und medizin. Wissenschaften Bd. III. 1907.

[20]) Szczegóły doświadczeń p. Tyg. lek. 1909, Nr 1719.

Okresy po 8 dni. W okresie tłuszczowym po 40 grm. świeżego masla deserowego dziennie. Skład kału:

	kał świeży	subst. sucha	% subst. suchej	azot
Okres przedtłuszcz.	26·12 g.	9·2 g.	35·75%	0·5522
» tłuszczowy	20·0 »	9·28 »	46·39 »	0·5057
» potłuszczowy	29·8 »	10·4 »	35·77 »	0·5463

Dośw. II. Inny pies wagi 5290 grm. Pokarm stały: 100 grm. mięsa końskiego + 140 grm. ryżu + 6 grm. NaCl. Dodawano po 40 i 50 grm. cukru dziennie. Okresy po 6 dni.

Okres przedcukr.	36·6 g.	12·34 g.	33·67%	0·5887 g.
» cukrowy	39·0 »	12·23 »	31·38 »	0·6143 »
» pocukrowy	34·0 »	10·35 »	30·43 »	0·5219 »

Doświad. III. Ten sam pies; doświadczenie bez przerwy. Pokarm stały: 300 ctm. sz. mleka i 160 grm. ryżu + 5 grm. NaCl. W okresie tłuszczowym dodawano po 40 grm. masła deserowego, a w okresie białkowym po 97 grm. (z 4 jaj) białka, ugotowanego na twardo i drobno posiekanego. Skład kału:

Okres przedtłuszcz.	40·0 g.	12·2 g.	30·5 %	0·5441 g.
» tłuszczowy	35·3 »	12·14 »	34·37 »	0·4978 »
» potłuszczowy	42·3 »	11·5 »	27·2 »	0·5599 »
» białkowy	47·7 »	12·1 »	26·7 »	0·6422 »

Działanie masła w tych doświadczeniach okazało się tem bardziej swoiste i znamienne, iż przy cukrze (2 doświadcz.) i białku kurzem nietylko nie wystąpiło zaparcie, ale nawet, sądząc po składzie kału — stan odwrotny.

Jednak w doświadczeniach powyższych zaparcie nie kojarzyło się stale ze wzmożonem przyswajaniem w jelitach. Według danych co do zawartości azotu w kale — dane takie, jak wiadomo, szczególnie przy wahaniach mniejszych, same przez się nie są rozstrzygające we względzie powyższym — wzmożone przyswajanie w okresie tłuszczowym zachodziło tylko w dwóch nowych doświadczeniach. Zawartość zaś substancyi suchej w kale spadła tylko w okresie tłuszczowym dośw. III (dawniejszego), — ale przypadek ten ma niewielkie znaczenie, bo tutaj wskutek odciągnięcia z pokarmu 100 grm. ryżu w okresie masłowym zawartość drzewnika w pokarmie była w tym okresie mniejsza niż w okresach przed- i potłuszczowym.

Tylko jedna zmiana była wspólną wszystkim doświadczeniom z masłem — mianowicie (szczególnie w I nowem dośw.) mocne zubożenie kału w wodę w okresie tłuszczowym. I zjawisko to było nie skutkiem, ale przyczyną objawów zewnętrznych zaparcia u moich psów, jako iż obliczenie bilansów wody w dwóch nowych doświadczeniach tłuszczowych wykazało wybitne jej zatrzymywanie pod wpływem masła.

Wyniki powyższe należy uwzględnić chyba przedewszystkiem w dyetetyce zaparcia nawykowego. Zapewne, spotkałem raz w piśmiennictwie propozycyę leczenia zaparcia u dzieci świeżem masłem, dawanem łyżeczkami: ile szczęścia miała ta propozycya — nie mogłem się dowiedzieć; pewnem jest to jedno, że przy pomocy bardzo tłustego pokarmu można sobie »zepsuć« narząd trawienia i w wyniku ostatecznym dostać biegunki. — Chodzi właśnie o unikanie tłustych potraw, tłustego przyrządzenia pokarmu — właśnie na najlżejszych, najlepszych tłuszczach. Wskazaniu temu poniekąd zadość czynią zalecenia pokarmów roślinnych, obfitujących w drzewnik (chleb Grahama, owoce, jarzyny, wzgl. surowa kapusta i t. p.), zdawna już czynione przy zaparciu nawykowem; istotnie, jeśli wprowadza się do żołądka dużo takich pokarmów, to mniej zostaje tam miejsca dla potraw »posilnych«, właśnie bardzo często przetłuszczonych. Pokarm chudy należałoby zalecać przedewszystkiem przy »opieszałem« trawieniu (zaparciu »atonicznem«) u osób, należących do zamożniejszych warstw społeczeństwa; zresztą wskazanym on być może bez względu na postać kliniczną zaparcia, wzgl. przy rzekomem zaparciu »kurczowem«, jako, iż różnice zasadnicze terapii i dyetetyki w zależności od postaci zaparcia okazują się wogóle bezcelowemi [21]).

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek ciąży brzusznej[1]).

Podał **H. Raszkes** (Radom).

Przypadki ciąży zewnątrzmacicznej bynajmniej nie należą obecnie do rzadkości. Pozwalam sobie jednak ogłosić operowany przezemnie przypadek ze względu na ciekawy przebieg choroby, a także z powodu trudności w jej rozpoznaniu.

Chora J. G., 33 lata mająca, zwróciła się do mnie 4/VIII 1908 roku z powodu silnych bolów brzucha i krzyża i niemożności oddawania moczu przez 24 już godziny. Wywiady były następujące: chora pochodzi ze zdrowej rodziny i w dzieciństwie zawsze była zdrowa. Pierwsza regularność zjawiła się w 15. roku życia; następnie stale była prawidłowa w 4-tygodniowych odstępach czasu. Przed 14 laty wyszła chora za mąż i 13 lat temu urodziła pierwsze i ostatnie dziecko. Po tym porodzie czuła się zawsze zdrową, miesiączkowanie prawidłowe, co 4 tygodnie; ostatnia zaś miesiączka przed $3^1/_2$ miesiącami, tak iż chora przypuszczała, że znajduje się w odmiennym stanie. Od miesiąca miewa nieustanne bole krzyża, trudność przy oddawaniu stolca i moczu. Cierpienia te zwiększają się od tygodnia, obecnie zaś od 24 godzin wcale oddać moczu nie może.

Chorej natychmiast wypuszczono cewnikiem żeńskim dużą ilość przezroczystego, prawidłowego moczu; chora poczuła potem nieznaczną tylko ulgę; silny ból brzucha pozostał; ściany brzuszne bardzo napięte, wobec czego badanie zewnętrzne brzucha jest prawie niemożliwe. Płuca i serce zdrowe.

Przy badaniu brzucha dwuręcznem, które wobec silnego bolu jest bardzo utrudnione, można wykryć tylko, co następuje: małe, stare rozdarcie krocza; ściany pochwy gładkie; część pochwowa macicy odsunięta bardzo wysoko ku górze, tak iż ujście zewnętrzne macicy znajduje się na równi z górnym brzegiem spojenia łonowego. Macicy wyczuć nie można. Całe tylne sklepienie, a szczególnie prawa połowa jego, oraz prawe sklepienie wypuklone są przez guz twardy, nieco bolesny. Chorej zalecono udać się do szpitala św. Kazimierza.

6/VII w szpitalu ciepłota wieczorem 38,2°, tętno 112. Cewnikiem wypuszczono mocz mętny. W celu dokładnego rozpoznania zachloroformowano chorą. W uśpieniu stwierdzono, że część pochwowa macicy podniesiona jest ku górze aż ponad spojenie łonowe i odsunięta ku przodowi. Otwór zewnętrzny zwrócony ku dołowi; część pochwowa przechodzi w guz miękki, który wypełnia całe tylne, prawe i trochę mniej lewe sklepienie, a który wielkością odpowiada macicy ciężarnej w 5-ym miesiącu. Przypuszczając, że zachodzi uwięzienie tyłozgiętej macicy ciężarnej, wykonałem ostrożnie próby wyprostowania jej, lecz guz dawał się bardzo mało odprowadzić. Wydawało się dziwnem, że przypuszczalna macica odpowiadała 5 emu miesiącowi ciąży, wtedy, gdy chora nie miała peryodów tylko od 3 miesięcy, ale przypisywałem to niedokładności w obliczeniu. Wieczorem tego samego dnia zaczęły się pokazywać czerwonawe odchody z macicy. 7/VII w położeniu »à la vache« znów próbowałem odprowadzić guz z jamy miednicy i rzeczywiście udało mi się nieco go podnieść. Wyczułem potem nad spojeniem łonowem powiększony trzon macicy, w który przechodzi część pochwowa, odpowiadający 3-mu miesiącowi ciąży. Do macicy przylega z tyłu i z prawej strony guz mało ruchomy, elastyczny. Zmieniłem

---

[21]) Boas: loc. cit.

[1]) Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego dnia 24/IX 1908 roku.

wtedy rozpoznanie i przyjąłem, że mam przed sobą ciążę w 3. miesiącu, powikłaną albo przez zropiałą torbiel jajnika prawego, która się rozwinęła między blaszkami szerokich więzadeł macicznych i odsunęła macicę ku górze i ku przodowi, albo przez inny guz zapalnego pochodzenia, wychodzący z przydatków prawych. Wobec braku wszelkich wskazówek krwawienia wewnętrznego, nie mogłem przypuścić istnienia ciąży zewnątrzmacicznej.

Zaproponowałem chorej operacyę, na którą na razie się nie zgodziła. Badanie, powtórzone po 2 dniach, dało ten sam wynik. Ciepłota ciągle dochodzi wieczorami do 38°. Wypróżnienia bardzo utrudnione i możliwe tylko przy olejku rącznikowym. Mocz wypuszczany ciągle cewnikiem, jest mętny, pojawiają się ślady ropy. Bóle w dole brzucha coraz większe, tak iż chora nareszcie zgodziła się na zabieg operacyjny.

14/VII. po odpowiedniem przygotowaniu chorej dokonałem przy łaskawej pomocy kolegów szpitalnych Kosickiego i Rogozińskiego w uśpieniu chloroformowem laparotomii cięciem podłużnem. Macica uniesiona ku górze i przodowi, powiększona, jak w 3-cim miesiącu ciąży. Do trzonu macicznego przylegają z tyłu kiszka ślepa i zmienione przydatki, między którymi znajdują się skrzepy krwi. Ostrożnie wydobyto skrzepy między kiszką a tylną powierzchnią macicy i na tępo oddzielono kiszkę od macicy; jeden tylko gruby mocny zrost przewiązano katgutem i przecięto. Wtedy okazało się, że cała zatoka Douglasa wypełniona jest przez krwawy guz, przylegający do tylnej powierzchni macicy i dna zatoki. Ręką wydobyto ten guz nazewnątrz; okazało się, że składał się z płodu i dużego, przesiąkniętego krwią łożyska. Prawy jajowód bardzo zmieniony, pozostaje w związku z workiem płodowym. Podwiązałem katgutem prawe więzadło szerokie i odciąłem prawy jajowód i jajnik. Ponieważ i lewy jajowód był zgrubiały, przeto po poprzedniem podwiązaniu i ten jajowód wycięto. Skrzepy, o ile możliwe, wydobyto. Do tylnego sklepienia założono worek Mikulicza z gazy jodoformowej, do środka worka dwa grube paski gazy białej. Ranę brzuszną z wyjątkiem dolnej jej części, przez którą wyprowadzono worek Mikulicza, zeszyto 3-piętrowym szwem: otrzewnę — katgutem, powięź i mięśnie — katgutem, skórę zaś kilkoma szwami z silkwormu i agrafkami Michela. Po operacyi wstrzyknąłem chorej 1000 gr. fizyologicznego rozczynu soli. Nazajutrz po operacyi zaczęła chora sama oddawać mocz. Po dwóch dniach podano lawatywę, poczem było kilka płynnych stolców. Ciepłota, jak i przed operacyą, dochodziła wieczorami jeszcze do 38°, a 5-go dnia po operacyi nawet do 38,8°. Tętno zawsze około 100. Po 4 dniach wyjęto ze środka worka Mikulicza paski gazy i założono sączek z gazy jodoformowej. Żadnej wydzieliny z rany niema. 6-go dnia po operacyi ciepłota już spadła do poziomu prawidłowego. 7-go dnia wyjęto cały worek Mikulicza i zamiast niego założono do kanału, przez worek utworzonego, sączek z gazy jodoformowej. Odtąd stan chorej zupełnie dobry. Ciepłota stale prawidłowa. Tętno 72—84. Stolce prawidłowe, dobry apetyt, żadnych bolów niema. Co drugi dzień zakładano do rany świeży sączek z gazy jodoformowej. 17/IX chora opuściła szpital zupełnie wyleczona. Macica w prawidłowem położeniu, prawidłowej wielkości, ruchoma, bez bolu, sklepienia wolne. Rana brzuszna zupełnie zagojona. Podczas operacyi zatem okazało się, że mieliśmy ciążę brzuszną, powstałą z ciąży w prawym jajowodzie, prawdopodobnie przez pęknięcie jajowodu. I otóż ciekawą jest rzeczą, że przypuszczalne pęknięcie jajowodu i powstanie wtórnej ciąży brzusznej przeszło bez żadnych objawów; w wywiadach bowiem niema wcale wzmianki o żadnym zapadzie wskutek krwotoku wewnętrznego, ani o nagle powstałych bólach. Nie mieliśmy podobnych objawów i pomimo kilkakrotnych dość energicznych prób odprowadzenia guza z małej miednicy i związanego z temi próbami urazu. Dlatego nie mogliśmy ustalić rozpoznania przed operacyą.

W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem jeden przypadek Potockiego i Bendera[2]), w którym z ciąży jajowodowej w 6—7 miesiącu przez pęknięcie jajowodu powstała wtórna ciąża brzuszna, i pęknięcie to przeszło bez żadnych objawów. Jak w przypadku, podobnym do naszego i opisanym przez Marcinkowskiego[3]), zatrzymanie moczu było jedynym objawem podmiotowym ciąży zewnątrzmacicznej, ale objaw ten, jak i bole w krzyżu i w dole brzucha, przy kilkakrotnem zatrzymaniu peryodu może powstać i przy uwięźnięciu tyłozgiętej lub tyłopochylonej macicy ciężarnej, a także przy uwięźnięciu w małej miednicy podczas ciąży guzów jajnikowych, jajowodów dotkniętych przewlekłym ropniakiem, a nawet podotrzewnych mięśniaków macicy[4]). Tak samo nie powiodło się należycie rozpoznać choroby i po kilkakrotnych badaniach chorej. Badanie w uśpieniu chloroformowem bynajmniej nie rozstrzygnęło wątpliwości. Pod tym względem przypadek nasz podobny jest do przypadku, opisanego przez Wienera na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w Monachium 25-go grudnia 1907 roku[5]). 36-letnia chora, poraz drugi ciężarna, miała ostatnią miesiączkę 31 maja. Od 10 dni nie może sama oddawać moczu. Wiener znalazł guz nad spojeniem łonowem. Część pochwowa macicy uniesiona ku górze i przyciśnięta do spojenia łonowego. W tylnem sklepieniu wyczuć można główkę płodu; nie udaje się dokładnie odgraniczyć macicy, która zdawała się odsuniętą ku przodowi i stronie lewej od guza. Wiener przypuścił na razie, że chodzi o ciążę zewnątrzmaciczną. 5-go sierpnia, badając chorą w uśpieniu, odniósł W. wrażenie, jakoby część pochwowa macicy przechodziła wprost na guz, który dawał się wyczuć z tyłu części pochwowej. Wiener nigdzie nie czuł różnicy w zbitości guza; macicy wymacać nie zdołał, a zatem zmienił rozpoznanie, będąc przekonanym, że ma przed sobą przypadek uwięzienia tyłozgiętej macicy ciężarnej. Wobec tego wykonał kilka prób wyprostowania macicy, które jednak nie udawały mu się. W końcu przy silnem naciskaniu odniósł nagle wrażenie, jakoby palcem coś przedziurawił; przypuścił, że przedziurawił palcem macicę, tembardziej, że tętno chorej znacznie się pogorszyło. Wobec tego dokonał natychmiast cięcia brzusznego i ku swemu zdziwieniu znalazł powiększoną miękką macicę, odsuniętą ku przodowi i ku stronie lewej, jak to stwierdził przy pierwszem badaniu. Z tyłu zaś macicy, głęboko w jamie Douglasa, między odbytnicą a tylną ścianą macicy, leżało nieuszkodzone jajo płodowe. Wiener wyjął jajo płodowe i wyciął lewe przydatki, które przechodziły w worek płodowy. Chora wyzdrowiała. W tym przypadku, jak i w naszym, macica była znacznie powiększona.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Richter. **Badanie płuc przy gruźlicy szczytów z uwzględnieniem podanych przez Króniga sposobów.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr 8 i 9, 1909). Autor starał się stwierdzić prawdziwość wyników, podanych przez Króniga przy badaniu szczytów, zajętych gruźlicą. Przy pukaniu poleca Krönig pukać bardzo cicho ze względu, że różnica występuje w odgłosie tam nawet, gdzie przy silnem pukaniu jej niema. Jednak zdaniem Hochhausa dzieje się nawet odwrotnie, tak że on poleca opukiwać szczyty z rozmaitem natężeniem siły uderzenia. Najwcześniejszego objawu zajęcia szczytów, t. z. zatarcia granic (Verschleierung), R. nigdy nie stwierdził. Stwiedzał wyraźne zwężenie pól Kröniga, z przytłumieniem odgłosu opukowego, wcześniejsze występowanie zmian opukowych przy sprawie swoistej, niż osłuchowych, zmniejszenie lub zniesienie ruchomości dolnej granicy płuc po stronie przez gruźlicę zajętej, wzmożenie przewodzenia głosu w szczycie zajętym. Osłuchowo zwraca R. uwagę na częstość występowania szmerów mięśniowych nad szczytami, naśladujących rzężenia, na znaczenie rozpoznawcze tylko tych w płucu powstających rzężeń, które stale stwierdzać można. Przy podejrzeniu co do sprawy swoistej z niemożnością stwierdzenia rzężeń, przez podanie pod wieczór znoszących kaszel środków można ułatwić stwierdzenie rzężeń następnego rana. Prześwietlanie promieniami Roentgena tylko w ręku doświadczonego rentgenologa uchroni od błędów; większe znaczenie mają zdjęcia, jednak raczej teoretyczne. Przy nieżytach szczytów bez zmian opukowych należy brać w rachubę częstość łagodnych spraw nieżytowych, tamże się zdarzających. *Skórczewski.*

Doc. Lange i P. Nitsche. **Nowy sposób wykazywania prątków gruźliczych.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 10). Autorowie podają następujący sposób w celu łatwego wykazania prątków w plwocinach, w których zwykłemi metodami z trudnością je stwierdzamy. Do 5 cm^3 plwociny dodajemy 50 cm^3 jednonormalnego ługu sodowego, po dokładnem zmieszaniu pozostawiamy na 3 godziny w spokoju w celu rozpuszczenia śluzu (Homogenisierung). Następnie dodajemy 50 cm^3

[2]) Centralbl. f. Gynaekol. 1905. Nr 34, p. 1065.
[3]) Nowiny lekarskie 1905. Nr 2.

[4]) Handbuch d. Gynaek. v. Veit. III Band. I H. Fromme Kap. VI b. Handb. d. Geburtsch. v. Winckel. II. B. II Th. Werth, p. 899.
[5]) Monatschrift f. Geburtsch. u. Gynaek. Juni 1908, 753.

wody i wstrząsamy, dalej 2 cm ligroiny, i wstrząsamy aż do utworzenia się gęstej zawiesiny, którą ogrzewamy w łaźni wodnej do 60° C. Ligroina zbierze się na górze, a w warstwach granicznych z resztą płynu znajdą się obfite prątki, porwane przez ligroinę, z powodu większej do niej, niż do wodnych rozczynów przyczepności. Prątki, zebrane pętlą platynową, roztarte na szkiełku, barwimy jak zazwyczaj rozczynem Ziehl-Neelsena.

Dr Skórczewski.

Doc. Ellermann i Doc. Erlandten. **Jakościowy odczyn skórny Pirqueta i znaczenie kliniczne wskaźnika tuberkulinowego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 10). U 100 osobników wykonali autorowie szereg szczepień rozmaitymi rozczynami tuberkuliny, począwszy od 0·1% do 50%. Klinicznie wykazali u 17 chorych gruźlicę, 10 było podejrzanych, 73 niegruźliczych. Chorzy z daleko posuniętą gruźlicą i klinicznie niegruźliczy wykazywali nizki wskaźnik tuberkulinowy. Autorowie zwracają uwagę na kliniczne znaczenie wskaźnika tuberkulinowego, który pozwoli w liczbach ocenić wrażliwość ustroju na jad tuberkulinowy, a dalej jest pewnym dowodem toczącej się sprawy gruźliczej w razie znacznej wrażliwości ustroju na tuberkulinę, a pozwala ją wyłączyć w razie nieobecności odczynu. Niezbędne jest wprowadzenie w handel przetworu tuberkuliny o stałej sile.

Dr Skórczewski.

Heermann. **Leczenie chorób płuc i serca działaniem wysokiej ciepłoty.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 12). Autor stosuje miejscowe gorące okłady ½ do 1-godzinne dwa razy dnia nietylko przy chorobach płuc, jak wysięki opłucne, zapalenie płuc, ale także przy chorobach serca, jak przy zapaleniu wsierdzia i osierdzia, polecając je gorąco, i stwierdzając przy ich stosowaniu wyniki korzystne. Dalej poleca autor przy osłabieniu serca, czy to w przebiegu chorób ostrych, n. p. w przebiegu zapalenia płuc, opłucnej, czy w przebiegu niewyrównanych wad sercowych stosowanie gorącego powietrza na dolną połowę ciała, przyczem zauważyć można natychmiastowe znikanie sinicy i znaczne polepszenie się czynności serca. Mimo, iż znaczenie tej poprawy jest jedynie objawowe, to jednak sądzi H., iż może mieć wpływ leczniczy po dłuższem stosowaniu.

Dr Skórczewski.

Münter. **Ostre zapalenie tkanki łącznej żołądka.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 11). Na podstawie przeszło 90 przypadków z piśmiennictwa stara się autor podać obraz kliniczny ostrego zapalenia żołądka. Zawsze chodzi o sprawę ropną, rozwijającą się w tkance podśluzowej żołądka i wyjątkowo przechodzącą na głębsze warstwy. Zazwyczaj sprawa jest rozlana, znacznie rzadziej ograniczona. W pierwszym przypadku mówimy o ropowicy (*phlegmone*), w drugim o ropniu. Ropień jest 6 razy rzadszy. Stosunkowo dość rzadko jest ropowica sprawą pierwotną, często następową przy wrzodzie nowotworowym żołądka, przy wrzodzie zwykłym, przy sprawach ropnych w otoczeniu; często stoi w związku z ropnicą, durem, ospą, gośćcem. Objawami klinicznymi są nagły ból w okolicy żołądka o bardzo znacznem natężeniu, odbijania, wymioty, wypuklenie okolicy żołądka, nie zawsze guz macalny w okolicy żołądka, wysoka gorączka o charakterze ropniczej. Wymioty ropą mogą doprowadzić do rozpoznania, przy uwzględnieniu innych objawów. Także zniknięcie pierwej wyczuwalnego guza może ułatwić rozpoznanie. Badanie krwi, raz tylko wykonane, stwierdziło hyperleukocytozę (23.000 c. białych). Powikłaniami najczęstszemi bywają ropne zapalenie opłucnej i otrzewnej; zacierają one obraz choroby pierwotnej. Badanie bakteryologiczne wykazuje najczęściej gronkowca; raz wykazał autor dwoinki zapalenia płuc. Znaczny odsetek chorych stanowią alkoholicy. Wyzdrowienie stosunkowo rzadkie, jednak możliwe po przebiciu się ropy do światła żołądka i wydaleniu jej przez wymioty na zewnątrz.

Dr Skórczewski.

Goldschmidt. **Wykrywanie trypsyny i łatwy sposób ilościowego jej oznaczenia.** (*Deutsche med. Wochenschr* 1909, Nr 12). Autor stwierdza zgodność wykazywania trypsyny w stolcach i treści żołądkowej metodą Schlechta na płytkach Müller-Jochmanowskich i metodą Volhardta przez trawienie sernika, i podaje łatwy sposób obliczenia ilości trypsyny jako modyfikacyę tej drugiej metody. Dziesięciokrotnie rozcieńczony stolec, otrzymany po słabym leku przeczyszczającym, dodaje G. w rozmaitych ilościach (0·05—1 cm) do probówek, zawierających 10 cm 1‰ rozczynu sernika. Probówki pozostawia na 24 godzin przy 37° w cieplarce. Brak zmętnienia przy dodaniu 1% kwasu octowego świadczy o strawieniu sernika. Zdolność trawienną możemy obliczyć w jednostkach tryptycznych. Autor stwierdził również znikanie zdolności proteolitycznej stolca u psa po wycięciu trzustki, i brak tej zdolności przy zadziałaniu czystego soku jelitowego (t. zn. enterokinazy). *Dr Skórczewski.*

Haeberlin. **Powstawanie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 9). Autor, wychodząc z założenia, że u ludów pierwotnych zapalenie wyrostka robaczkowego nie zdarza się, uwzględniając znaczne wahania co do długości wyrostka, położenia jego i światła, wypowiada mniemanie, iż częstość zapalenia polegaćby mogła na niezmiernie rozpowszechnionem krzyżowaniu się ras, jeślibyśmy przyjęli pewne właściwości w budowie wyrostka u poszczególnych ras, na co dotychczas nie zwrócono uwagi. Badań anatomicznych autor nie przeprowadzał. *Dr Skórczewski.*

Neurologia i psychiatria.

Doc. Halben: **Wodogłowie wewnętrzne z zajęciem komory czwartej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 10, 1909). Na podstawie porażenia prawego nerwu odwodzącego, tarczy zastoinowej na obu oczach, podwójnego widzenia, drżenia gałek ocznych przy bocznych ustawieniach, od dzieciństwa istniejących bolów głowy, obecnie przyłączających się nudności i wymiotów, rozpoznał autor u 16-letniej dziewczyny wodogłowie wewnętrzne z podwyższeniem się ciśnienia w komorze czwartej. Gdy nakłucie próbne prawej komory bocznej, następnie nakłucie lędźwiowe na pewien czas (kilka godzin) usuwało objawy poważne i zmniejszało tarczę zastoinową, rozpoznanie przybrało cechy pewności. Wobec tego przeniesiono chorą na klinikę chirurgiczną, gdzie Prof. Payr wykonał trójgrańcem nakłucie prawej komory bocznej z następowem założeniem w miejsce trójgrańca tętnicy cielęcej, odpowiednio przyrządzonej i napojonej parafiną. W miesiąc po operacyi nie można było stwierdzić ani tarczy zastoinowej, ani porażeń, chora nie doznaje żadnych objawów podmiotowych. *Dr Skórczewski.*

Preobrażenski: **Przypadek snu chorobowego.** (*Medicin. Obozr.* Nr. 3, 1909). Autor opisuje przypadek snu chorobowego, który trwał 5 dni. Opis ciekawy z powodu wielkiej rzadkości takich przypadków, oraz z tego powodu, że chora znajdowała się cały czas w szpitalu pod nadzorem lekarza. Chora—panna 23-letnia, o charakterze ruchliwym, czynnym, przy nastroju niezrównoważonym, często zmiennym. Przed rokiem wskutek rozmaitych nieprzyjemności dostała napadu histerycznego. Ostatnie 2 miesiące czuła wielkie zmęczenie i upadek sił. Ostatni tydzień czuła się jeszcze gorzej: ból głowy, słabość, bicie serca, nastrój przygnębiony. 7/XI 1908 r. chora, chociaż czuła się zmęczoną, jednakowoż pełniła swą zwykłą pracę zawodową (felczerka). Wieczorem po kąpieli położyła się spać, lekarstw żadnych nie zażyła; zasnęła szybko, w nocy nie budziła się. Ponieważ koleżanka nie mogła dobudzić się jej z rana, więc zawezwała lekarza, który po bezowocnych usiłowaniach odesłał chorą do szpitala Staro-Jekaterynieńskiego w Moskwie. Chora zaczęła przychodzić do siebie dopiero 12/XI. Badano chorą kilkakrotnie; zmian, wskazujących na histeryę, letargię, katalepsyę lub zatrucie jakimś środkiem nasennym, wykazać nie zdołano. Chora sprawiała wrażenie śpiącej snem prawidłowym; oddychała równo, spokojnie, na ukłucia i krzyk prawie nie oddziaływała. W moczu, wypuszczonym cewnikiem, białka i cukru nie było. Ciepłota prawidłowa. 12/XI chora zaczęła przychodzić do siebie, a 27/XI wyszła ze szpitala i powróciła do swego zajęcia. Autor znalazł w piśmiennictwie zaledwo kilka przypadków dłuższego snu (niektóre z nich przytacza), ale zazwyczaj opisy są bardzo niejasne i wprost nieprawdopodobne. *Mannowski.*

A. N. Bernstein: **Forma i treść zaburzeń psychicznych.** (*Sowr. Psichiatria.* 1909 Nr. 2). Ogólno krytyczne uwagi o znaczeniu mało jeszcze w Rosyi znanych badań »treści psychicznej« Freuda i Junga. W przejawach psychicznych należy rozróżniać ich »formę« i treść. Tylko »forma« przejawów psychicznych, czyli pewne podległe prawom sposoby powstawania, przebiegu i wzajemnego oddziaływania tych przejawów posiadają, zdaniem autora, właściwości stałe, nadające się do uogólniających rozważań nozologicznych. Treść objawów psychicznych, jako zbyt osobnicza, do takich uogólnień się nie nadaje. »Forma« działalności psychicznej jest więc jedynem źródłem do »patogenetycznego« zrozumienia zaburzeń psychicznych, które w ostatniej linii polegać muszą na zmianach chemiczno-anatomicznych. Psychoanaliza stanowić wszakże może ważne dopełnienie do badania »formalistycznego«, wykazując »psychogenezę« poszczególnych konstrukcyi psychopatycznych, co pozwala stosować

owocne leczenie psychiczne. Leczenie to jest wszakże, zdaniem autora, tylko leczeniem objawowem. *Łuniewski* (Warta).

Much i Holzmann: **Pewien odczyn krwi umysłowo chorych** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr. 2). Autorom powiodło się wykryć odczyn biologiczny, odróżniający dwie wielkie grupy »*Dementia praecox*« i »*Psychoses maniacales-depressivae*« od wszystkich innych chorób umysłowych. Odczyn polega na następującem: Jad węża »Cobra« (okularnika) ma własność rozpuszczania krwinek ludzi dorosłych. Jeżeli więc dodać do tego jadu prawidłowej surowicy ludzkiej, to krwinki się rozpuszczą. Natomiast jeżeli surowica pochodzi z ludzi chorych na »*Dementia praecox*« lub »*Psych. maniacales depressivae*« — to nastąpi zahamowanie hemolizy. Autorowie podają technikę tego odczynu, nazwanego przez nich »psychoreakcyą«. Wśród zbadanych 400 przypadków odczyn ten wypadł dodatnio w 100% i pozwala wysnuć następujące wnioski: w postaciach chorób umysłowych wyżej wymienionych o typie klasycznym (Kraepelin) istnieją ciała we krwi, które w innych chorobach umysłowych z wyjątkiem może padaczki z okresowemi zmianami afektywnemi, w chorobach nieumysłowych, oraz u ludzi zdrowych się nie znajdują. W te sposób dwie te ogromne grupy za pomocą tego odczynu odróżnić się dają od innych chorób, natomiast nie odróżniają się między sobą. Odczyn ten zdarza się również u osób, które same na wymienione choroby nie chorowały, jednakowoż mają w tym kierunku usposobienie rodzinne. W płynie mózgowordzeniowym odczyn ten nie występuje. Wespół z odczynem Wassermanna, niejako przeciwniczym, odczyn autorów ma stanowić ogromnie ważny środek rozpoznawczy. Stwierdza on zarazem, że nauka o zmianach fizycznych w etyologii chorób umysłowych zyskuje realne podstawy. *Nelken* (Burghölzli).

Pedyatrya.

Jemelianow: **Szczepienia ochronne przeciwpłonicze według spostrzeżeń, zebranych w czasie epidemii roku 1907 w gub. Charkowskiej.** (*Wracz. Gaz.* 1909. Nr 12). Zaszczepiono 317 dzieci, po razu 123 dzieci t. j. 39,1%; po 2 razy — 128, t. j. 40,3%; po 3 razy — 66, t. j. 20,6%. Zachorowało 1 dziecko, szczepione 3 razy. Zachorowało ono na 10. dzień po trzeciem szczepieniu. Przebieg płonicy lekki, jednakowoż na 10. dzień choroby nawrót (?) płonicy i pomimo zastosowania surowicy Mosera — śmierć. Jest to trzeci opisany dotąd przypadek zakażenia płonicą po trzech szczepieniach (na około 30.000 szczepionych). Autor podaje jeszcze do wiadomości następujący ciekawy przypadek. W rodzinie, składającej się z 7 dzieci, u czworga zrobiono po 3 szczepienia. Zachorowało następnie 2 dzieci, które nie były szczepione. Szczepieni zaś nie zarazili się, chodzili do szkoły i żaden inny uczeń od nich się nie zaraził. *L. Mańkowski.*

Władimirow: **Zbiór objawów przy ochronnem szczepieniu przeciwpłoniczem.** (*Wracz. Gaz.* 1909. Nr 12). Jeżeli paciorkowiec jest rzeczywistą przyczyną płonicy, to szczepienie ochronne powinno wywołać w skróconej i lżejszej postaci zjawiska płonicy. Sprawą tą właśnie zajmuje się autor. Chociaż objawy po szczepieniu bywają rozmaite, jednakowoż czasami zdarza się, że cały obraz choroby poszczepiennej jest tak łudząco podobny do płonicy, iż nawet na sceptyka powinno to wywrzeć wrażenie. Jeden taki przypadek W. opisuje. W przypadku tym były wszystkie objawy płonicy, nie było tylko łuszczenia. Wobec takiego łudzącego podobieństwa wskazane może być rozpoznanie różniczkowe między samoistną, a szczepienną płonicą. Różnica polega na tem, że: 1) cały przebieg płonicy szczepiennej jest daleko krótszy (3—4 dni), gdy samoistna płonica trwa 6—8 dni; 2) wysypka występuje w ciągu zaledwie kilku godzin, gdy przy samoistnej płonicy w ciągu 3—5 dni; 3) język przy płonicy szczepionej staje się odrazu malinowatym, gdy przy samoistnej dopiero w końcu pierwszego tygodnia; 4) łuszczenie nie występuje. (Co się tyczy punktu 4, to nie możnaby było zgodzić się z autorem. Praca jego została odczytana w jesieni roku 1908 na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Moskwie, gdzie wywołała bardzo żywą wymianę zdań. Wielu mowców zarzucało W. słabe umotywowanie tego punktu. Rzeczywiście nawet z punktu teoretycznego trudno zrozumieć, dlaczegoby płonica szczepienna, mająca powtórzyć w lżejszej postaci wszystkie objawy samoistnej płonicy, nie dawała tylko objawu łuszczenia. Zresztą i inni lekarze z Rosyi opisali już pewną liczbę przypadków płonicy szczepionej, gdzie łuszczenie istniało (Nikitin, Szmielew, Abapołow. *Przyp. spraw.*). *L. Mańkowski.*

Fedyński: **Wpływ surowicy Mosera na przebieg i zejście płonicy.** (*Medic. Obozr.* 1904. Nr. 6—7). Autor jest gorącym zwolennikiem stosowania w płonicy surowicy wielowartościowej. Materyał, na którym się opiera w swych wywodach, pochodzi z zakaźnego oddziału szpitala św. Włodzimierza w Moskwie. F. zebrał wszystkie przypadki płonicy z lat 1906, 1907 i pierwszej połowy 1908 r., które przyjęto do szpitala najdalej na 5. dzień choroby. Dzień ten oznaczono dlatego, że według zdania Mosera, potwierdzonego zresztą w tymże samym szpitalu przez badania Egiza i Łangowoja, surowica wstrzyknięta później, niż na 5. dzień choroby, działa bardzo słabo, lub też wcale nie działa. Oprócz tego odrzucił F. wszystkie przypadki, powikłane jakąkolwiek inną chorobą, z wyjątkiem błonicy. Tym sposobem otrzymał F. dwie grupy: 1) 317 leczonych surowicą i 2) 920 nieleczonych. Chociaż obie grupy różnią się stopniem zakażenia, jednakowoż mają one pewne wspólne cechy: 1) wszyscy chorzy przyjęci zostali nie później, niż na 5 dzień; 2) u wszystkich określono rokowanie na podstawie przebiegu choroby w ciągu pierwszych 4—5 dni; 3) wszyscy znajdowali się w szpitalu w zupełnie jednakowych warunkach: leżenie w łóżku i dyeta mleczna do 21 dnia choroby; 4) leczenie we wszystkich przypadkach oprócz surowicy było tylko objawowe. Wszystkie przypadki, zebrane przez F. podzielono według skali Mosera na 4 kategorye. Przypadki najcięższe (III i IV kategorya) leczono wszystkie surowicą. Dzieci chore na płonicę, powikłaną błonicą, zaliczono do oddzielnej grupy.

Rozpatrując ogólne wyniki leczenia surowicą, miał F. na względzie: 1) wpływ na zmniejszenie się śmiertelności; 2) wpływ na przebieg płonicy; 3) wpływ na powikłania. Ponieważ w statystyce F. nie było przypadków III i IV kategoryi, nieleczonych surowicą, więc dla porównania użył statystyki Czoszima (1889—1893 r.), Eschericha (1901—1902), Egiza-Łangowoja (1900—1903), Istomina (1905—1906).

Z zestawień autora, podanych w licznych tablicach i dyagramach wynika, że przy stosowaniu surowicy odsetek śmiertelności znacznie się obniża. Gdy u nieleczonych surowicą (III i IV kategorya) waha się on od 55% do 89,9%, to przy stosowaniu surowic spada do 18,6%—34,6% (autor 32%). Osobliwie przekonywającą jest krzywa śmiertelności z płonicy w całej Moskwie i w jednym szpitalu św. Włodzimierza za czas od 1892—1907 r. Z początku krzywa szpitalna biegnie równolegle do ogólnej, tylko ze zrozumiałych powodów jest wyższa. Najmniejsza różnica wynosi 4%. W r. 1904 (początki stosowania surowicy) różnica ta spada do 2%, a w 1906 i 1907 r. śmiertelność szpitalna spada poniżej śmiertelności ogólnej w mieście. Co się tyczy wpływu na ciepłotę, to średnio w 60% dał się zauważyć trwały spadek do poziomu prawidłowego lub 38° w ciągu 12—24 godzin po zastosowaniu surowicy. Jeżeli do tego dodamy 21,5%, można zauważyć obniżający wpływ surowicy na ciepłotę ciała. Ciekawy jest dyagram VII, w którym F. porównuje według dni spadku ciepłoty II kategoryę nieleczonych surowicą i II, III i IV — leczonych. Z zestawienia tego wynika, że maximum przypadków ze spadkiem ciepłoty do poziomu prawidłowego u dzieci leczonych surowicą, przypada na 4—5 dzień choroby, u nieleczonych surowicą na 10—15 dzień. Średnia długość trwania gorączki powyżej 38° u nieleczonych surowicą (II kat.) wynosiła 16 dni, u leczonych surowicą (II, III, IV kat.) — tylko 9,2 dnia. Mniej lub więcej wyraźne polepszenie stanu ogólnego u III kategoryi leczonych zauważono w 89,8%, u IV kategoryi w 75%. W 50,2% wysypka zbladła już na 2—3 dzień choroby, w 36,2% — na 4 dzień i tylko w 23,5% na 5 dzień. U wyzdrowiałych II kat. leczonych surowicą zgorzelinowe zapalenie gardła zauważono w 87%, a u leczonych II, III i IV kat. przed wstrzyknięciem 42,3%, a po — zaledwo 8%, razem 50,3%. Odsetek powikłań zapaleniem nerek był przy takich samych warunkach 18,3% i 10,3%. Żeby uniknąć zarzutu, że pewną część zapaleń przeoczono, zbadał F. w tym kierunku 28 zwłok dzieci nieleczonych i 28 leczonych i znalazł 29% i 14.5% zajęcia nerek. Przytem autor zauważył, że im wcześniej surowicę wstrzyknięto, tem odsetek powikłań był mniejszy.

Zastanawiając się w końcu nad przyczyną takiej różnicy w poglądach rozmaitych autorów na działanie surowicy, podnosi F., że ci tylko odmawiają surowicy skuteczności, którzy spostrzegali małą ilość przypadków, ci zaś, którzy zebrali dużą ilość spostrzeżeń, są zupełnie innego zdania (Escherich 112 przypadków, Egiz i Łangowoj 400, Istomin 140, Wojnow 171).

Działanie surowicy zależy od trzech czynników: 1) jakości surowicy; 2) siły zakażenia i 3) stopnia odporności ustroju. Wielką rolę odgrywa bezwątpienia jakość surowicy. Ale niestety nie mamy sposobów pracownianych do określenia tej jakości, więc często można widzieć w zastosowaniu jednej seryi surowicy cały szereg wyników dodatnich, wpływ zaś drugiej seryi jest niewielki lub

nawet żaden. Tak się właśnie zdarzyło raz jeden autorowi, tak że musiał odrzucić jedną seryę surowicy i użyć drugiej.

Przebieg zakażenia paciorkowcem jest inny, niż np. prątkiem Löfflera. Gdy przy zakażeniu prątkiem Löfflera bakterye, usadowiwszy się w pewnem ograniczonem miejscu, zatruwają ustrój swymi jadami, słowem powstaje tutaj toksynemia, to przy zakażeniu paciorkowcem następuje bakteryemia. A przy słabej odporności ustroju i silnej jadowitości bakteryi, mogą bakterye być rozniesione tak szybko przez prąd krwi do rozmaitych części ustroju, że zatrucie nastąpi wcześniej, nim pojawią się ogniska ropnicy. Czasami wystarcza już 6—12 godzin, żeby w ustroju nastąpiły zmiany, nie dające się już naprawić. Tem tylko można objaśnić sobie bezskuteczność surowicy w niektórych przypadkach. Łatwo zrozumieć, że przy niewielkiej ilości spostrzeganych przypadków mogą one należeć przypadkowo wszystkie lub w większej części do wspomnianej kategoryi.

F. kończy swoją pracę słowami Eschericha: »Surowica Mosera stanowi punkt zwrotny w leczeniu płonicy« i podaje następujące wskazówki do stosowania surowicy: 1) Surowica przed wstrzyknięciem powinna być ogrzana mniej więcej do 40°. 2) W przypadkach III i IV kategoryi wskazane jest natychmiastowe wstrzyknięcie surowicy w ilości następującej: dzieciom do roku 100 cm³, od 1—2 l. 150 cm³, wyżej 2 lat 200 cm³. 3) W przypadkach II kategoryi należałoby także natychmiast wstrzykiwać surowicę, ponieważ gdyby nawet pomylono się w rokowaniu, to w każdym razie surowica szkody nie przyniesie, a wczesne jej zastosowanie zmniejsza ilość powikłań i osłabia ich natężenie. 4) Wobec dowiedzionego (zdaniem autora *przyp. spraw.*) dodatniego wpływu surowicy w powikłaniu, należy ją wstrzykiwać i w przypadkach I kategoryi, tylko tutaj, być może, należałoby zmniejszyć dawkę do 100 cm³, a nawet 50 cm³, z warunkiem, aby surowicę wstrzyknięto w ciągu pierwszych dwóch dni choroby. Gdyby następnie dany przypadek okazał się cięższym, niż się zrazu wydawał, to wstrzykiwania można powtórzyć. 5) W przypadkach ciężkich można wstrzykiwać surowicę nawet i później, niż w 5. dniu choroby, jednakowoż bez wielkiej nadziei pomyślnego skutku. 6) W przypadkach bardzo ciężkich, gdy przez dobę po wstrzyknięciu surowicy nie nastąpił zwrot ku lepszemu, należy powtórnie wstrzyknąć 100—200 cm³. Toż samo należy zrobić, gdy po czasowem polepszeniu nastąpiło pogorszenie (samo tylko podniesienie się ciepłoty nie ma większego znaczenia). 7) W razie niesprawności serca, należy je pobudzić środkami objawowymi aż do wystąpienia działania surowicy.

L. Mańkowski.

Morozow: **Błonica u noworodków i osesków.** (*Medic. Obozrenie.* 1909. Nr 3). Błonica u noworodków i osesków najczęściej pojawia się w postaci błonicy nosa (Filatow). Śmiertelność przytem jest bardzo wielka. W czasach przedsurowiczych wynosiła ona 94,73% (Schlichter); w czasach posurowiczych 74,52%—88,3%. W szpitalu cesarza Pawła w Moskwie od roku 1903 do 1907 było 600 dzieci chorych na błonicę w wieku od 3 dni do 12 miesięcy. Błonicę nosa bądź samego, bądź w połączeniu z zajęciem innych narządów, spostrzegano w 320 przypadkach, t. j. w 53,3%. Zastanawiając się nad przyczynami tak częstego zajęcia nosa, mniema M., że na to składają się rozmaite czynniki, między innymi to, że takie dziecko umie oddychać tylko nosem i że matka, o ile zupełnie nie rozumie, co to znaczy czystość jamy ustnej, o tyle znów często stara się czyścić nos dziecka i to najczęściej brudnymi palcami i tym sposobem łatwo przenosi zakażenie do nosa.

Z liczby 600 dzieci chorych na błonicę zmarło 479. Śmiertelność zatem wynosiła 79,83%. Wielką rolę grał tutaj sposób karmienia dzieci. Ze 408 dzieci, żywionych sztucznie, zmarło 88,48%; ze 192, karmionych piersią — 61,45%. Nie bez znaczenia są też choroby poprzedzające błonicę, które wyniszczając mało odporny ustrój dziecka, sprzyjają nowemu zakażeniu. Zgodnem zdaniem wszystkich autorów błonica zaczyna się u takich dzieci bardzo podstępnie i rozpoznanie bywa bardzo trudne, tak że dopiero badanie bakteryologiczne wyświetla sprawę. Pewien wpływ na odsetek śmiertelności miała bezwątpienia i ta okoliczność, że były to dzieci przynoszone z Domu podrzutków i to zwykle dość późno, wskutek czego nie można było dość wcześnie wstrzyknąć surowicy. Za dowód może służyć fakt, że z 600 dzieci 150, t. j. 26,3%, przeżyło w szpitalu mniej niż jedną dobę, a kilkoro zmarło w ambulatoryum szpitala natychmiast po przeniesieniu.

Wogóle rokowanie jest w błonicy u osesków bardzo niepomyślne, a jedną z przyczyn tego jest, że błonica szybko szerzy się u nich na tchawicę, oskrzela i płuca. Niemniej, im wcześniej stosowano surowicę, tem przebieg był pomyślniejszy. M. u wszystkich swoich chorych stosował surowicę w ilości od 1000—3000 jednostek.

Nakoniec zastanawiając się nad sposobami walki z epidemią w Domu podrzutków, dochodzi M. do przekonania, opartego na osobistem doświadczeniu i zestawieniu spostrzeżeń rozmaitych autorów, że szczepienia zapobiegawcze nie mają wielkiego znaczenia i chronią na jakie 2—3 tygodnie. Na podstawie spostrzeżeń Schlichtena w wiedeńskim Domu podrzutków i nowszych danych z epidemiologii błonicy, dochodzi M. do wniosku, że największą rolę w rozpowszechnianiu choroby grają tak zwani »roznosiciele« bakteryi i że dla racyonalnej walki z epidemią w domach podrzutków, żłobkach, przytułkach dla położnych itd. koniecznem jest: 1) Ścisłe zbadanie przez lekarza każdego przybywającego dziecka i jego matki, połączone z bakteryologicznem badaniem śluzu z nosa i gardła; aż do uzyskania ostatecznych wyników tego badania matka i dziecko powinny pozostawać w pawilonie izolacyjnym; 2) karmienie piersią i ścisłe przestrzeganie wszelkich prawideł higienicznych; 3) przy pojawieniu się błonicy konieczne jest bakteryologiczne badanie śluzu z jam nosowych i ustnej u wszystkich dzieci i niezwłoczne odosobnienie chorych; 4) możebnie wczesne zastosowanie surowicy w ilości 1000—3000 jednostek; 5) decentralizacya działalności ogromnych domów podrzutków.

A. Mańkowski.

H. Helmholz: **Wrzody dwunastnicy przy „dekompozycyi“ u osesków** (*Deutsche med. Wochenschrift.* Nr. 12, 1909). W piśmiennictwie znalazł autor zaledwie 5 przypadków wrzodów dwunastnicy u osesków. Jednak zdaje się, że są one znacznie częstsze, gdyż autor sam obserwował dziewięć przypadków, z których 8 potwierdziła sekcya. Istnieje wyraźny związek pomiędzy wrzodami a »dekompozycyą«, której oseski tak często podlegają. Dekompozycyą nazywa autor taki stan, w którym mimo dostatecznego odżywienia następuje szybki ubytek ciężaru wśród ciepłoty niższej od prawidłowej i zwolnienia tętna. Za życia objawami klinicznymi są wymioty (nigdy nie były krwawe) i stolce krwawe. Śmiertelność bardzo znaczna, 89%. Jeden chory został wyleczony. W 2 przypadkach śmierć nastąpiła wskutek »dekompozycyi«, w 6 przypadkach wskutek krwotoku, z tych w jednym było także zapalenie płuc, a w jednym zapalenie otrzewnej. Wrzody, zazwyczaj tuż za odźwiernikiem położone, średnicy 0,1—2 cm, miały brzegi ostre, dno terasowate. Ilość wrzodów wahała się od 1 do 4. Z 18 wrzodów przy badaniu drobnowidowem 2 razy spostrzegł H. — tylko większy naciek drobnokomórkowy, a w jednym z nich i martwicę tkanki w środku wrzodu; w tych przypadkach możnaby myśleć o zakrzepowej przyczynie powstania wrzodu. Zazwyczaj nacieku drobnokomórkowego w brzegach wrzodu H. nie spostrzegał, a bujanie tkanki łącznej było nieznaczne. Przyczyny jednak zakrzepu znaleść autor nie może. Wiek chorych osesków przekraczał kilka miesięcy.

Dr Skórczewski.

Mencikowski: **W sprawie leczenia mimowolnego moczenia nocnego i dziennego.** (*Ruskij Wracz* 1909, Nr. 10).

Damski: **Przyczynek do kazuistyki mimowolnego moczenia nocnego u dzieci** (*Ibidem* Nr. 11). M. na podstawie własnego doświadczenia twierdzi, że mimowolne moczenie zależy od zmian prawidłowego stopnia pobudliwości i ukrwienia błony śluzowej pęcherza. Zmiana w kierunku zwiększenia pobudliwości daje jeden typ chorobowy, zmiana w kierunku zmniejszenia — drugi typ. W przypadkach pierwszej kategoryi pobudliwość bywa czasami tak wielka, że najmniejsze dotknięcie błony śluzowej dróg moczowych wywołuje u dziecka odczyn w postaci silnego bolu, a następnie krzyku i ruchów obronnych, wskutek czego zbadać pęcherz można tylko w uśpieniu. W przypadkach drugiej kategoryi błona śluzowa bywa tak niewrażliwa, że np. w jednym przypadku, przytoczonym przez M., badanie cystoskopem, powtarzane przez wielu obecnych, nie wywoływało żadnego odczynu ze strony chorej. Wobec tego zdaniem M. postępowanie powinno być dwojakie. W przypadkach pierwszej kategoryi wskazane są miejscowo środki znieczulające: kokaina, eukaina i t. p. w połączeniu z adrenaliną: 1 kropla 0,1% roztworu adrenaliny na 1,00—1% roztworu kokainy. Następnie wprowadzanie cewnika miękkiego i jednocześnie kąpiele codzienne 28°—20° R, a wewnętrznie brom z beladoną. W przypadkach drugiej kategoryi wskazane są środki drażniące (azotan srebra, albargina itp.). W końcu przytacza M. opisy 5 swoich przypadków.

D. podaje opis przypadku mimowolnego moczenia u chłopca 5-letniego. Przypadek ten według podziału M. nie mógłby być zaliczony do żadnej kategoryi. Był on powikłany zapaleniem pęcherza z wielkiemi zmianami w jego ścianach: ściany były zgrubiałe, twarde, mięsień przerosły tworzył belki (vessie à co-

lonnes). Między belkami inkrustacye fosforanowe, wprawdzie niewielkie. Inkrustacye te sprawiały przy cewnikowaniu wrażenie kamienia, skutkiem czego wykonano cięcie nadłonowe i założono do pęcherza syfon Guyona. Po usunięciu syfonu rana zagoiła się w ciągu 10 dni, a chłopiec zaczął prawidłowo oddawać mocz z dłuższemi przerwami. D. podkreśla, że na rok lub dwa przed operacyą przypadek ten byłby uważany za przypadek samoistnego moczenia mimowolnego, ponieważ choroba pęcherza rozwijała się tak pomału i nieznacznie, że nie zwracała na siebie żadnej uwagi. Skłania się ku zdaniu Caspra i Amata, że w pewnych przypadkach uporczywego moczenia mimowolnego, połączonego z nieżytem pęcherza, mogłoby być wskazane cięcie nadłonowe. *L. Mańkowski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 19. maja 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 65. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Radliński przedstawia 2 przypadki **potworniaków bliźniaczych i polydaktylii.**

2) Prof. Kader przedstawia: *a)* chłopca, u którego wyjął **przez laparotomię** 2 kopiejki **połknięte z żołądka** (wpustu); *b)* przypadek ubytków po zgorzeli twarzy **(noma)** przed operacyą, w którym ma wykonać plastykę; *c)* przypadek **stopy końskoszpotawej** w ciągu leczenia.

3) W dyskusyi nad odczytem kol. Eisenberga Dr Janiszewski oświadcza, że początkowe nawet stadya gruźlicy płuc można i należy rozpoznawać bez pomocy prób tuberkulinowych. Z drugiej strony przypisuje jednak próbom tuberkulinowym większe znaczenie kliniczne, aniżeli kol. Eisenberg. Dla klinicysty ważnem jest wykrycie w organizmie ogniska gruźliczego nawet znajdującego się w danej chwili w stadyum spokoju; tak jak np. ważnem jest stwierdzenie u dzieci z zaburzeniami kiszkowemi usposobienia rachitycznego. W końcu zwraca uwagę na różnicę w pojmowaniu anatomicznem i klinicznem wyleczenia gruźlicy. Prof. Bujwid sprzeciwia się temu twierdzeniu, gdyż są przypadki, w których klinicznie rozpoznać gruźlicę bez próby tuberkuliną nie można. Kol. Eisenberg oświadcza się za tem, by krytycznie do tej próby się odnosić, jakkolwiek znaczenie tej próby uważa za wielkie.

4) Prof. Ciechanowski wygłosił wykład: **Główne wrota gruźlicy w ustroju ludzkim ze stanowiska anatomicznego.** Dyskusyę odłożono. Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 21 maja 1909.

I. Kol. Sołomowicz przedstawia dwa przypadki **syringomyelii** *a)* u mężczyzny 22-letniego ze znacznym zanikiem małych mięśni rąk i bardzo szybko rozwijającem się skrzywieniem kręgosłupa; *b)* u kobiety 46-letniej, u której prócz innych zmian przyszło do odpadnięcia ostatnich członów palców rąk. — W dyskusyi podnosi kol. Prof. Halban co do pierwszego przypadku bardzo długie trwanie choroby i przestrzega przed stawianiem zanadto złego rokowania wobec rodziny należycie nieuświadomionej.

II. Kol. Hinze mówi: **O Morszynie**, t. j. jego urządzeniach, występując przeciw zapatrywaniu, że Morszyn jest miejscowością bagnistą. Omawiając skład chemiczny solanki morszyńskiej zaznacza, że należy jej używać tylko zewnętrznie, a to z powodu znacznej ilości wolnego siarkowodoru. W końcu mówi o różnych potrzebach uzdrowiska, podnosząc jego powolny, ale stały rozwój.

III. Dyskusya: Kol. Mikołajski uważa metodę pomiarów, przeprowadzonych przez kol. Czarnika (patrz posiedz. XVII) za nieścisłą. Leczenie zołzów, jako sprawy podkładowej dla szerzenia się gruźlicy, jest sprawą społecznie doniosłą. M. sądzi, że ze względu na wielką liczbę dzieci leczenie powinno być lasowem, — obecne bowiem urządzenia kolonijne wystarczają tylko dla małej liczby dzieci. — Kol. Stachiewicz uważa za przyczynę nienależytego rozwoju naszych uzdrowisk: 1) zbyt krótki sezon, 2) brak urządzeń, i 3) nienależyte poparcie przez lekarzy. Następnie poddaje krytyce gospodarkę w Szczawnicy.— Kol. Czarnik zauważa, że stacye leśne dopiero w przyszłości wykażą, czy dla leczenia są tak korzystne, podnosi, że przecież bardzo znaczna liczba właśnie wiejskich dzieci, a zatem żyjących wśród względnie dobrych warunków klimatycznych, dotknięta jest zołzami. — Kol. Doc. Szumowski wykazuje plan projektów, mających za cel polepszyć warunki w Szczawnicy. — Kol. Prezes dziękuje prelegentom za odczyty, zaznacza, że odczyty te postawił na porządku dziennym celem informacyi, a podnosząc zbyt małe zainteresowanie się naszemi uzdrowiskami ze strony powołanych władz, jako przykład przytacza między innemi brak wykładów balneologii na naszych wszechnicach.

IV. Kol. Nowicki przedstawia: *a)* Preparat płuca **z uwięzniętą w oskrzelu odłamaną kaniulą** Königa. Preparat pochodzi z dziewczyny 18-letniej, u której wykonano na prowincyi przed 4 laty laryngotomię i to przez spoidło przednie (zamiast przecięcia tchawicy) z powodu miernego zwężenia tchawicy przez stosunkowo niewielki wól. Chora na kilka dni przed śmiercią zgłosiła się do szpitala z bardzo znacznemi zmianami w płucach (zgorzel, ropienie). U chorej tej przyszło prawdopodobnie w czasie poruszania rurki przez nią samą do złamania zardzewiałej kaniuli i następowego wpadnięcia części odłamanej (10 cm) do oskrzela prawego; stąd zgorzel w płucu. *b)* Preparat serca m. 34-letniego z **pęknięciem błony wewnętrznej tętnicy głównej,** następowem pęknięciem osierdzia i krwotokiem śmiertelnym do worka osierdziowego. W miejscu pęknięcia niewielkie zmiany miażdżycowe. Prelegent omawia najczęstsze przyczyny tego rodzaju pęknięć (uraz, nagły wysiłek mięśniowy) i warunki usposabiające do nich. W danym przypadku niema żadnych danych z wywiadów. Chory zgłosił się z bólem w okolicy serca, a w kilka godzin, kładąc się do łóżka, nagle padł nieżywy, t. j. w chwili następowego pęknięcia worka. *c)* Preparat **tętniaka łuku tętnicy głównej** z uciskiem na nerw krtaniowy dolny, tchawicę i przebiciem do niej. *d)* Preparat **tętniaka cz. zstępującej t. głównej** z przebiciem do oskrzeli i krwotokiem śmiertelnym. — W dyskusyi co do przypadku pierwszego omawia Prof. Jurasz wadliwie wykonywane przecięcia tchawicy, a co do tętniaków zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wziernikowania tchawicy, czy oskrzeli w przypadkach tętniaka. Kol. Selzer co do przypadku trzeciego wyraża przypuszczenie, że sprawa jest na tle kiły.

V. Kol. Hornowski przedstawia: *a)* **Skamieniały płód,** około 4 cm długi, znaleziony w okolicy jajowodu lewego u kobiety 75-letniej. Na kręgosłupie płodu widać bardzo dobrze rozszczepienie (*rachischisis*). Prelegent sądzi, że płód ten leżał co najmniej lat 30. *b)* Serce ze zwężeniem ujścia żylnego lewego i **bardzo dużym organizującym się skrzepem w przedsionku lewym**, wychodzącym ze ścian tegoż. Skrzep otaczał wązki kanał, którym krew przepływała. *c)* **Skrzep żyły wrotnej** u kobiety, która zmarła z powodu płatowego zapalenia płuc. Skrzep ten jest bardzo dokładnym odlewem najdrobniejszych gałązek tejże żyły, bo nawet międzyzrazikowych, a jest wyrazem nadmiernej krzepliwości krwi przy zapaleniu włóknikowem płuc. *d)* Pierwotny **mięsak chłonny,** wychodzący z błony podśluzowej **jelita czczego** z następowem zwężeniem jelita. Prelegent podnosi rzadkość występowania tej sprawy z błony podśluzowej.— Dyskusya: Kol Prezes zaznacza, że przy polycytemii występują często skrzepy w żyle wrotnej, a są one tu, zdaniem jego, sprawą następową. — Kol. Prof. Herman podnosi rzadkie wywoływanie zwężeń jelita przez mięsaki chłonne. — Kol. Selzer co do przypadku skrzepu w sercu zaznacza, że za życia u chorej tej, badanej zaledwie na kilka godzin przed śmiercią, z powodu znacznego stłumienia na mostku (prawdopodobnie od skrzepu), przypuszczano zmiany zapalne w śródpiersiu.

Nowicki.

Sekcya przemyska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie w d. 5. lutego 1909.

1) Kol. Süsswein przedstawia:

a) Chorego na **chorobę Addisona**, znanego kolegom z zeszłorocznej demonstracyi, u którego za pierwszą bytnością w szpitalu przy stosowaniu pastylek suprareniny plamy barwikowe na błonie śluzowej języka i policzków w znacznej części ustąpiły. Po kilku miesiącach zgłosił się chory po raz wtóry z powodu nawrotu cierpienia; plamy barwikowe były znowu bardzo wyraźne, a obecnie przy ponownem stosowaniu suprareniny ustępują, a także stan ogólny znacznie się poprawił.

b) Chorą ze znacznym obustronnym zanikiem mięśni ramieniowych, barkowych, tak, że barki zupełnie zwisają; również mięśnie śródręcza częściowo zanikłe, tak że chora niektórych palców wyprostować nie może; czucie bólu w kończynach gór-

nych zniesione, czucie ciepła utrzymane. Znaczna pobudliwość nerwów naczyniowych. Prelegent rozpoznaje u chorej **jamistość rdzenia** (*syringomyelia*).

c) Preparaty śledziony i wątroby, uzyskane przy sekcyi kobiety, która pozostawała przez 3 miesiące w obserwacyi szpitalnej z powodu objawów wybitnej niedokrwistości. Chora, przyjęta dnia 30. X. 1908, podawała, że jest od kilku miesięcy chora, uskarżała się na ogólne osłabienie i bole w okolicy podbrzusza po stronie lewej. Badanie chorej wykazało wielką bladość powłok skórnych i błon śluzowych. W szczycie prawego płuca stłumienie i oddech oskrzelowy. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Śledziona twarda, bardzo znacznie powiększona, gdyż sięgała prawie do linii pępkowej. Wątroba tylko nieznacznie powiększona. W moczu ani białka, ani cukru. W obrazie krwi uderzała poikilocytoza, przy niezwiększonej ilości ciałek białych. Rozpoznanie opiewało: **niedokrwistość śledzionowa**. Podawanie arsenu, chininy i cholestearyny wedle Reichera nie odniosło żadnego skutku. W ostatnich tygodniach przed śmiercią zauważono powiększenie wątroby, puchlinę brzuszną i wówczas dopiero zdarzały się silniejsze krwawienia z nosa. Chora zmarła dnia 10. stycznia 1909.

Przy sekcyi stwierdzono znaczny przerost wątroby i śledziony, której torebka była silnie zgrubiała i z przeponą zrośnięta. W jamie brzusznej wolny płyn surowiczy. (Streszczenie własne).

Kol. Ehrlich badał kilkakrotnie krew chorej, po jej śmierci zaś przedsięwziął histologiczne badanie śledziony, gruczołów chłonnych krezkowych, wątroby i nerki. Krew przedstawiała obraz ciężkiej niedokrwistości, a zatem: poikilocytoza i anizocytoza, jądrzaste krwinki czerwone w dość znacznej liczbie, ilość białych krwinek jednak nie powiększona, ilościowy stosunek poszczególnych ich postaci prawidłowy. W śledzionie zupełny zanik miazgi, ciałka Malpighiego rzadkie, zanikające, natomiast olbrzymi rozrost siatki łącznotkankowej i beleczek, wzmożona ilość komórek nabłonkowatych i włóknotwórczych, jakoteż białych ciałek krwi różnych postaci. W gruczołach chłonnych krezkowych, makroskopowo mało zmienionych, przeważa rozrost tkanki łącznej siatkowatej i obok mnóstwa rozmaitych leukocytów znaczna ilość komórek wielojądrzastych, podobnych do komórek olbrzymich. Wątroba przedstawia mikroskopowo miejscami obraz nacieku i zwyrodnienia tłuszczowego, tkanka łączna międzyzrazikowa przerosła, w naczyniach wrotnych wielka ilość ciałek białych krwi. W preparatach z nerki zwyrodnienie ziarniste wysokiego stopnia. Wszystkie te obrazy mikroskopowe, dotąd w jednym i tym samym przypadku wcale nie lub może rzadko spostrzegane, trudno w jeden całokształt ująć. Szczególniej wątroba przedstawia jużto formę śródmiąższowego zapalenia (*hepatitis interstitialis*), jużto wygląda jak wątroba białaczkowa. Również ciekawy jest łącznotkankowy przerost gruczołów chłonnych w przeciwieństwie do mnogości komórek olbrzymich, jako wyrazu zwiększonej regeneracyi części składowych krwi w gruczołach limfatycznych. Ogromnych rozmiarów śledziona wreszcie daje nam obraz przewlekłego obrzmienia, choć spodziewaćby się tu należało znacznie większych i różnorodniejszych zmian histologicznych.

Na zakończenie demonstracyi preparatów mikroskopowych dodaje kol. Ehrlich, że podziela zdanie kol. Süssweina co do rozpoznania w tym przypadku niedokrwistości śledzionowej, nadmienia jednak, że i rozpoznanie choroby Bantiego ma wiele cech prawdopodobieństwa. (Streszczenie własne).

2) Kol. Ślęk przedstawia:

a) Dwa **wyrostki robaczkowe** wyjęte podczas operacyi »à froid« u chorych, którzy w międzyczasie opuścili szpital, uleczeni. Jeden z tych wyrostków jest w połowie swej długości przedziurawiony, drugi grzbietem swym przegięty we dwoje i pokryty wybroczynami. Koło miejsca przedziurawionego znaleziono ropę, mimo której stan był zupełnie bezgorączkowy: od ostatniego napadu upłynęło $2^1/_2$ miesiąca. Na podstawie tego przypadku poleca K. operacyę w przypadkach zapalenia wyrostka, gdyż, jak nas to przekonuje, chorzy nawet, jak ci, mający się niby dobrze, każdej chwili narażeni byli na nawrót cierpienia, które może w danym razie nie przebiegałoby tak szczęśliwie, jak napad ostatni i mogłoby się zakończyć śmiertelnie. Operowano cięciem na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego.

b) **Torbiel wielokomorową nerki**, zawierającą 4—5 litrów ropy (*pyonephrosis*). Mimo ostrożności w oddzielaniu guza od otrzewnej, musiano ją otworzyć, z powodu silnych zrostów sieci wielkiej i kiszki grubej, którą następnie zeszyto. Cięcie Kosińskiego okazało się tutaj jak zwykle najlepszem. W 3 tygodnie chory zmarł z powodu zapalenia otrzewnej i zmian w miedniczkach nerkowych drugiej nerki.

c) Ozdrowieńca po **ranie** zadanej **w brzuch** poniżej pępka, **przez którą wypadły pętle jelit** (około 3 metrów) nazewnątrz jamy brzusznej. Jelito było w jednem miejscu przebite przez całą grubość swej ściany, a w drugiem było częściowo oddzielone od krezki. W 2 godziny po wypadku chorego przywieziono do szpitala, gdzie natychmiast przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Po oczyszczeniu powłok brzusznych nalewką jodową i po zaszyciu jelita w miejscu przedziurawienia i krezki, opłukano jelita wodą słoną i odprowadzono do jamy brzusznej. Ze względu, że jelita walały się we włosach ponad spojeniem łonowem, do jamy brzusznej włożono worek Mikulicza.

d) Ozdrowieńca po operacyi **przetoki kałowej**, u którego kol. Prof. Herman wykonał kilkakrotnie laparotomię z powodu pęknięcia jelita i zapalenia ropnego otrzewnej, a w następstwie wytworzonych tu ropni między pętlami jelitowemi, po kopnięciu kopytem końskiem w brzuch. Przy operacyi okrojono przetokę kałową, wycięto część jelita cienkiego. Jelito zeszyto 3-piętrowym szwem, a miejsce szwu pokryto jeszcze siecią. Nadto znaleziono przy oddzielaniu pętli jelit ropień pod wątrobą, który osączkowano ku tyłowi, nacinając skórę i mięśnie w okolicy lędźwiowej. Chory po przebytej przed 4 tygodniami operacyi oddaje teraz stolec drogami naturalnemi, i jest nadzieja, że teraz po 6-miesięcznem leżeniu w szpitalu, w krótkim czasie go opuści, jeżeli jeszcze jakie ropnie, skrycie przebiegające, nie przeszkodzą w wyzdrowieniu.

e) Chorego, u którego dwa tygodnie temu wykonano **resekcyę stawu biodrowego** lewego z powodu gruźliczego zapalenia stawu, a w następstwie zwichnięcia uda ku tyłowi i przykurczenia. Prelegent podnosi tutaj zalety cięcia Rydygiera, którego użyto, a które daje znakomity dostęp do stawu, co przy zmianach gruźliczych ma doniosłą wartość, gdyż pozwala dokładnie usunąć wszystkie tkanki chorobowe zmienione. W tym przypadku tak główka, jak panewka były zupełnie zniszczone. Aby choć w części usunąć znaczne skrócenie, bo wynoszące 20 cm, ułożono chorego w opatrunku wyciągowym Volkmanna. (Streszczenie własne).

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 5 lutego 1909.

Prezes radca Dr Chłapowski zawiadamia, że tablica pamiątkowa dla Strusia zostanie niedługo ukończona, a na koszta jej Dr Włodzimierz Bugiel z Paryża ofiarował 250 egzemplarzy swej znakomitej pracy o tym mężu; następnie pokazuje dzieło Strusia: »Ars sphygmica«. Następnie Dr Łazarewicz zawiadamia, że Dr Zanietowski z Krakowa ofiarował się z odczytem przybyć na jedno zebranie Wydziału. Co do Zjazdu w sprawie gruźlicy i bloczków statystycznych zaznacza Dr Szulczewski, że Turban nie przypisuje wartości statystyce przy gruźlicy.

Dr Karwowski przedstawia chorego, który cierpiał na **łuszczycę**, a obecnie ma wykwity na tejże podstawie, ale pochodzące prawdopodobnie od kiły, której objawów zresztą nie można stwierdzić. Zwykle jednak przeciw łuszczycy stosowane leczenie nie odniosło tutaj skutku. Mowca zwraca uwagę na brak wszelkich wzmianek w podręcznikach o kombinacyi łuszczycy z kiłą i podnosi z uznaniem dopiero co wyszłe z druku dzieło Dr F. Malinowskiego »O kile«, w którem autor poświęca osobny od-oddział tej właśnie sprawie.

W dyskusyi Dr Szulczewski kładzie nacisk na leczenie swoiste, którego wynik powinien tu rozstrzygnąć, Dr Chłapowski zaś podnosi możliwość różnic rasowych co do wykwitów.

2) Dr Łazarewicz: **O rychłem wstawaniu położnic.** Myśl rychłego wstawania po połogu wyszła z Ameryki. W Niemczech podjął ją pierwszy Küstner. Ploss twierdzi, że u niektórych ludów kobiety wstają zaraz po połogu, żeby odchody połogowe miały swobodny odpływ. Bontzew stwierdził, że kobiety rychło wstające po połogu daleko szybciej powracają do sił, niż leżące dłuższy czas w łóżku. Przed 5 laty metodę tę zaczął stosować Kröning we Fryburgu. Gauss podaje, że czasami już pierwszego dnia chorą podnoszono; wpływało to bardzo korzystnie na stan psychiczny, jednakowoż było $1^0/_0$ śmiertelności, co jest winą nie dość ścisłych wskazań. Bumm w Berlinie nie pozwala wstawać położnicom w razie powikłań, tylko zdrowym; miał on bardzo korzystne wyniki. Brutzer wymaga ścisłego nadzoru lekarskiego. Sprawa ta była przedmiotem dyskusyi na zjeździe

kolońskim, gdzie referowali o niej Werth i Krönig. Pierwszy, jako stary praktyk, ostrzegał przed przedwczesnym ruchem, który może wywołać rozerwanie świeżo powstałego wału granulacyjnego, a przez to ułatwić zakażenie. Tego samego zdania byli Fehling i Hoffmayer oraz Fritsch i zur Hölle. Kröning zaś jest zwolennikiem jak najrychlejszego wstawania i to tak samo po połogach, jak po operacyach, mianowicie włókniaków. Zaś Hölle w Bonn wyłącza przypadki z powikłaniami, Opitz zaś przypadki ze sprawami ropnemi od rychłego wstawania. Sam mówca jest zdania, że w odpowiednich przypadkach rychłe wstawanie zaszkodzić nie może, tem bardziej, że za długie leżenie osłabia. Wyłącza jednak wczesne wstawanie po laparotomiach, albo po ciężkich porodach. Tyłozgięcia macicy niekoniecznie są skutkiem długiego leżenia w połogu; mowca nieraz widział je u dzieci. Olshausen twierdzi, że są one skutkiem zbyt długiego leżenia po pierwszym połogu. W praktyce codziennej nie radzi prelegent stosować nowej metody, jeżeli nie można wciąż mieć chorej pod okiem.

W dyskusyi zaznacza Dr Gantkowski, że kultura odwiodła kobiety od pierwotnego, a u ludów dzikich praktykowanego rychłego wstawania po połogu, dyktowanego przez przyrodę. Dr Święcicki wspomina, że w klinice Winckla położnica 13. dnia opuszczała zakład. W pewnym przypadku, gdzie przy dwóch połogach nastąpiły zakrzepy, przy trzecim polecił mówca rychłe wstanie i obyło się tym razem bez zakrzepu. Uważa więc rychłe wstawanie za bardzo korzystne, konieczną jednak jest kontrola ciepłoty. Przy słabem sercu, gdzie obawa zakrzepu jest większa, wstawanie ożywia obieg krwi i ustrój łatwiej niszczy jad, ew. zakażenia. U swych pacyentek mowca każe ćwiczyć 3-go dnia powłoki brzuszne i dowolnie robić ruch wstrzymywania stolca. Już w r. 1775 White kilka godzin po połogu kazał siadać. Powinnoby być wydane prawo, zabraniające zatrudniać kobiety przed upływem 6 tygodni po połogu. Co do laparotomii, to Boldt podał specyalny bandaż, pozwalający chorej szybko wstawać po operacyi i uchronić ją od wielu przykrych następstw leżenia, jak niedomoga jelit, zakrzepy i t. d. Właśnie wskutek leżenia popołogowego zdarzają się tyłozgięcia macicy. Dr Chłapowski zaznacza, że podniesiona ciepłota nie jest powodem zaniechania wstawań; w Petersburgu w zakładzie Otta położnice 8-go dnia opuszczają instytut.

Po odpowiedzi Dra Łazarewicza przedstawia Dr Karwowski kalendarz kaliski, w którym umieszczono spis lekarzy należących do Wydziału, oraz nowe dzieło Dra Feliksa Malinowskiego z Warszawy p.t. »Przymiot«, które co do treści i formy oraz co do znakomitych obrazów histologicznych i reprodukcyi chorób kiłowych skóry zaliczyć należy do najlepszych dzieł tego rodzaju. Dalej porusza mowca sprawę lekarzy, tytułujących się lekarzami praktycznymi i specyalistami równocześnie, która to sprawa ma być na porządku obrad Walnego Zgromadzenia »Towarzystwa stanowego lekarzy«.

Walne Zebranie Pomocy koleżeńskiej i Wydziału lek. z dnia 6. III. 1909.

Prezes P. K. Dr Święcicki zagaja zebranie, witając gościa z Krakowa, Dra Zanietowskiego. Na przewodniczącego prosi Dra Krzyżagórskiego z Wrześni.

Następnie sekretarz Dr Pomorski odczytuje protokół z ostatniego zebrania i sprawozdanie z czynności »Pomocy«, która zdołała udzielić już znaczniejszych zapomóg. Po sprawozdaniu skarbnika Dra Krysiewicza i krótkiej dyskusyi, w której Dr Kubacki z Pleszewa zaznaczył, że Walne Zebranie powinno rozstrzygać co do odsetek, idących do funduszu żelaznego, wybrano ten sam zarząd i zamknięto zebranie.

Dr Łazarewicz zagaja nadzwyczajne zebranie Wydziału i wita gościa Dra Zanietowskiego. Na przewodniczącego Zebrania obrano Dra Szostakowskiego z Ostrowa. 1) Dr Łazarewicz wygłasza przemówienie z okazyi 100-letniej rocznicy Karola Darwina. Jeżeli Laplace, Kopernik, Keppler, Newton objaśnili obrót ziemi i ciał niebieskich, to Darwin sięgnął do najgłębszych zagadnień nauki o życiu. Nie chciał on bynajmniej jednym rozmachem rozwiązać zagadki bytu, jak to czynią jego epigoni. Na to był zanadto uczony z jednej strony, a za skromny z drugiej. Chodziło mu tylko, żeby dać podwalinę do zrozumienia zjawiska, skąd pochodzą różnorodne formy roślin i zwierząt? Po długich podróżach osiadł na roli i wtedy opracował zebrany ogromny materyał. Naukę Linnéa o niezmienności gatunków, którą przed 50 laty jeszcze ogólnie uważano zu dogmat, obalił Darwin swym olbrzymim materyałem. Odmiany mogą być celowe lub też nie, doboru dokonuje przyroda. Obecnie idee Darwina propagują 4 szkoły i to: 1) Weissmann, najgorliwszy neodarwinista; trzyma się ściśle zapatrywań Darwina. 2) Neolamarckiści we Francyi. 3) Hertwig w Niemczech, który uznaje przyczyny zewnętrzne w odmianach form. 4) Intrakausaliści, do których należą Naegeli i Herbert Spencer. Nadprodukcya w świecie zwierzęcym i roślinnym wywołała walkę o byt. Ta walka o byt sprowadziła stopniową ewolucyę form u zwierząt i roślin i dobór naturalny. W tem się mieści kwintessencya teoryi Darwina. Przystosowanie tej ewolucyi do człowieka wywołało burzę protestów. A jednak przyjrzawszy się temu spokojnie, widzimy wspaniałą jedność w rozwoju całej przyrody.

2) Radca Dr Panieński wspomina o Zjeździe internistów polskich w Krakowie i gorąco zachęca do współudziału. Do komitetu wybrano: Drów: Kapuścińskiego, Krysiewicza, Gantkowskiego, Panieńskiego i Fr. Zakrzewskiego.

3) Następuje odczyt Dra Zanietowskiego: **O nowoczesnej elektrologii.** Mowca na wstępie dziękuje Dr Święcickiemu za gorące słowa i za serdeczne przyjęcie. Daje potem ogólny obraz obecnych pojęć o elektryczności, którą większa część uczonych uważa za materyę. Fizycy materyę tę dzielą na elektrony, czemu się sprzeciwiają chemicy, ponieważ uważają atom-elektron za niepodzielny, czego nie możnaby twierdzić o elektronach. Elektrony znajdują się także w przestrzeni, co tłómaczy ważne zjawiska, np. odkrycia Tesli, d'Arsonvala, Röntgena, Skłodowskiej. Obecnie sądzą uczeni, że nie drut przenosi elektryczność, lecz powietrze wkoło niego. Ciało ludzkie składa się z ciał elektrolitycznych, t. j. przewodników II rzędu. Działanie elektryczności na ustrój tłómaczymy za pomocą jonów. Anjony i katjony różnią się co do własności przenoszenia pewnych elementów, np. jodu. Mowca porównuje nerw z kablem, składającym się z szeregu drutów, a mięsień z kondensatorem. Tak jak naczynie ma tylko pewną pojemność, taksamo i ciało pod względem przyjęcia jonów. Chcąc w mięśniu wywołać odczyn, należy zwracać uwagę na t. zw. »optimum energiae«, t. j. żeby z najmniejszym wydatkiem energii osiągnąć ten sam skutek od mięśnia. Mowca odkrył krzywą, która dowodzi, że energia z początku upada, a potem się podnosi. Potwierdził to Harvay w Amsterdamie. Energia ta wynosi 0,03—0,04 mikrofaradów w kondensatorze Zanietowskiego. Przyrządem tym udało mu się przy studyach nad tężyczką w Wiedniu poznać chorobę na 3 dni przed wybuchem. Można zapomocą tego przyrządu także poznać koniec lub przełom choroby: mikroskop elektryczny.

Mówca podaje krzywe przy myastenii, zapaleniu nerwów i innych sprawach. Aparat Z. dlatego ma to »optimum«, że odpowiada czasowi utajenia (*latentia*) przy podrażnieniu mięśnia. Pojemność ciała ludzkiego równa się 0,03—0,04 mikrofaradów, co potwierdzili inni badacze. Przy leczeniu przyrząd Z. oddaje wielkie usługi przez to, że można dowolną ilość elektronów w dowolnym czasie rozładowywać. Za pomocą tego przyrządu można też oznaczyć przez stwierdzenie »t« (*latentia*) choroby czynnościowe. Np. prawidłowo »t« wynosi 0,01—0,03 sekundy, przy wiądzie rdzenia 3 sekundy, w innych sprawach tysiączną część sekundy itd. Metoda bipolarna Zanietowskiego zyskała sobie uznanie za granicą.

W dyskusyi Radca Panieński zaznacza, że w Niemczech więcej uznają teoryę Hertza o falowaniu eteru i zapytuje się o różnice jonizacyi i kataforezy. Dr Karwowski podnosi doniosłość jonizacyi, mało używanej w Niemczech, a po której w Paryżu widział bardzo dobre wyniki. Dr Święcicki stwierdza, że nie znamy elektryczności, ponieważ brak nam zmysłu do jej odczuwania. Prelegent zaznacza, że Niemcy z szowinizmu nie chcą uznać francuskiej teoryi. Co do jonoterapii, to jest ona kataforezą alkaloidową. Molekuły nie przechodzą z ujemnego końca do dodatniego, np. z jodku potasu przechodzi tylko jod, a nie potas.

Po zebraniu odbyła się wieczerza koleżeńska.

Zebranie z dnia 2 kwietnia 1909 r.

1) Dr Dziembowski: **Chondrodystrophia foetalis.** Sprawa ta przedstawia się jako nieprawidłowy rozwój kości u dziecka. Sądzono, że pokrewieństwo rodziców przyczynia się do tej rzadkiej choroby. Mówca jest tego zdania, że gruczoł tarczowy ma związek z rozwojem chrząstek, i że w nim należy szukać powodu sprawy. Zazwyczaj zachodzi przy niej także nadliczbowa ilość palców, zwichnięcie lędźwiowe i t. d. Zaraz po urodzeniu się dziecka bardzo trudno jest rozpoznać sprawę, łatwiej w późniejszym wieku. Sam mowca spostrzegał tego rodzaju typowy przypadek od samego urodzenia. Dziecko liczy obecnie 8 lat. Ojciec jest otyły, cierpi na cukrzycę. Dziecko bardzo otyłe, z główką dużą, z odznaczającymi się guzami czo-

łowymi, spłaszczonym nosem i grubym językiem, w 8 tygodni po urodzeniu leżało bez ruchu. Poruszanie rąk i nóg bolesne, rączki i nóżki stosunkowo za krótkie, stopki małe, nie uwydatniają się. Inteligencya prawidłowa. Gdy się stan pogarszał, mówca zaczął podawać gruczoł tarczowy, poczem stan się poprawił, ale poprawa dalej nie postępowała. Dopiero z 5-tym rokiem dziecko nauczyło się chodzić. Sprawę tę, znamienną nierównomiernością kończyn, należy ściśle odróżniać od krzywicy, jak również od matołectwa, od którego różni ją inteligencya prawidłowa. Zazwyczaj dzieci umierają w pierwszych dniach życia, a jeśli żyją, mają skłonność do chorób oddechowych. Leczenie bardzo trudne; mowca radzi stosować duże dawki gruczołu tarczowego (pastylkę dziennie), nukleogen i promienie Röntgena. —

W dyskusyi zaznacza Dr Łazarewicz, że sprawa ta zajmuje także ginekologów, którzy uważają ją za krzywicę płodową. Prawdopodobnie przyczyną jej są ważne fermenty gruczołowe. Dr Karwowski zapytuje o obraz drobnowidowy, na co prelegent odpowiada, że chodzi o brak proliferacyi komórek chrząstkowych w przeciwieństwie do krzywicy, gdzie proliferacya jest za silna. Dr Adamczewski wskazuje na różnice anatomiczne. Przy sprawie, o której mowa, szwy czaszki bardzo szybko zarastają, skostnienie na podstawie czaszki następuje przedwcześnie, przez co mózg musi rozciągać czaszkę i nos się spłaszcza. Mowca przedstawia odnośne rentgenogramy. Dr Święcicki podnosi doniosłość gruczołu tarczowego i fermentów w tych sprawach i zapytuje, czy i w przypadku prelegenta gruczoł tarczowy był zmieniony, na co prelegent odpowiada przecząco. Dr Łazarewicz pyta, czy badania drobnowidowe odnoszą się do płodu w łonie matki, czy po porodzie. U dziecka urodzonego zmiany krzywicze po przebytej w łonie matki chorobie mogą już być ukończone. Dr Chłapowski zapytuje, czy też palce w stosunku do przedramienia są większe i czy dzieci są senne (prelegent odpowiada przecząco), oraz, jak tłómaczyć działanie promieni Roentgena? Dr Święcicki jest tego zdania, że słabe oświetlania mogą pomnożyć leukocytozę i wzbudzić bujanie chrząstki. Dr Karwowski zaznacza, że promienie Roentgena przy młodej chrząstce są wprost niebezpieczne; dowodzą tego próby na młodych zwierzętach, gdzie oświetlona kończyna nie rozwija się i karłowacieje. Co zaś do leukocytozy, to nawet słabe stosunkowo opromieniania działają raczej niszcząco na białe krwinki. Przy białaczce nieraz już w pół godziny po naświetleniu spostrzega się znaczny ubytek krwinek. Chyba więc inaczej należy tłómaczyć działanie promieni w tych przypadkach.

2) Dr Nowakowski przedstawia udatne **rentgenogramy kamieni nerkowych** i moczowodowych oraz kuli w czaszce.

Radca Dr Chłapowski oznajmia, że następne zebranie odbędzie się jako Walne, połączone z odsłonięciem tablicy Strusia w katedrze, oraz otwarciem nowej sali posiedzeń Wydziału, ufundowanej przez Dra Święcickiego.

Dr Adam Karwowski.

Sprawozdanie Towarzystwa lekarskiego radomskiego za r. 1908.

Na początku 1908 r., a 6-go swego istnienia, liczyło Towarzystwo 50 członków; w ciągu roku sprawozdawczego ubyło wskutek śmierci — 1, z powodu niepłacenia składek — 2, — razem 3, że zaś w tymże okresie zostało przyjętych 4 członków — przeto z dniem 1 stycznia 1909 r. Towarzystwo liczyło 51 członków, a mianowicie: 2 członków honorowych, 47 rzeczywistych oraz 2 korespondentów.

W myśl § 12 Statutu wobec ukończenia 3-letniej kadencyi na początku 1908 r. ustąpili z zarządu: Członek — kol. S. Idzikowski, Sekretarz — kol. W. Cennère i Członek Komisyi Rewizyjnej — prow. E. Janiszewski. Wybory na miejsce ustępujących Członków odbyły się dnia 7 marca 1908 r., na których mocy na Członka Zarządu powołano — kol. K. Rogozińskiego, na Sekretarza — kol. W. Cennèra i na Członka Komisyi Rewizyjnej — prow. E. Janiszewskiego.

W roku sprawozdawczym odbyło się 10 posiedzeń zwyczajnych: 18 i 30 stycznia, 13 lutego, 7 i 28 marca, 9 i 23 maja, 20 czerwca, 31 października i 5 grudnia, oraz 2 nadzwyczajne: 24 września i 1 października. Na każdem posiedzeniu było obecnych średnio 15 członków, co stanowi 30% ogółu członków; nadto na posiedzenia wprowadzonych było 2 gości.

Na zebraniach zwyczajnych wygłoszono 4 odczyty i przedstawiono 6 pokazów — oraz rozpatrywano projekt organizacyi Związku zawodowego lekarzy przy Tow. Lek. Rad., zaś na 2 zebraniach nadzwyczajnych omówiono sprawę organizacyi walki z cholerą na wypadek pojawienia się jej w Radomiu.

Odczyty w roku ubiegłym wygłosili: kol Raszkes: 1) »W sprawie rozszerzenia szyi macicznej zapomocą wałeczka blaszkownicy« (druk. w Czas. Lek. Nr 10 1908 r.). 2) »Najnowsze zdobycze w położnictwie«. 3) »Przypadek zewnętrznego cięcia cesarskiego« — i kol. Pełczyński: »W sprawie walki z chorobami zakaźnemi w Radomiu«. Pokazy przedstawili: 1) kol. Fuksiewicz: »Przypadek thoracopagus inaequalis«, 2) kol. Kosicki: »Przypadek gruźliczego zapalenia otrzewnej wyleczonego drogą operacyjną«; 3) kol. Kossak: »Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej«; 5) kol. Raszkes: »Pokaz preparatu macicy znacznie powiększonej przez mięśniaki śródścienne«; 6) kol. Rogoziński: »Przypadek plastycznej operacyi z powodu oparzenia«.

Trzy posiedzenia poświęcono wyłącznie rozpatrzeniu projektu organizacyi Związku zawodowego lekarzy przy Tow. Lek. Rad., opracowanego przez wybraną w tym celu z łona Towarzystwa komisyę. Ponieważ w roku ubiegłym rozpatrzono zaledwie połowę projektu — przeto bliższe szczegóły odkładamy do przyszłego sprawozdania.

Widmo nadciągającej ze wschodu epidemii cholery wywołało konieczność zwołania 2 nadzwyczajnych zebrań w celu omówienia i zorganizowania walki z cholerą, gdyby ta nawiedziła Radom. Obszerny w tym względzie memoryał — opracowany i uchwalony na powyższych 2 posiedzeniach nadzwyczajnych, przedłożony został Władzy miejskiej i Komisyi sanitarnej. (Protokóły posiedzeń tych wydrukowane zostały w Nr. 11 i 14 »Przeglądu lekarskiego« z r. 1909).

Poza tem Towarzystwo nasze wzięło udział w uroczystości otwarcia Tow. Lek. Siedleckiego i jubileuszu 50-letniej działalności lekarskiej prof. Juliana Kosińskiego — przesyłając odpowiednie telegramy z życzeniami.

Zarząd zbierał się na posiedzenia 12 razy. Na posiedzeniach tych prócz administracyjnych rozpatrywane były wszystkie sprawy, wnoszone następnie na Ogólne Zebrania.

Ruch korespondencyi w r. 1908 był następujący: wpłynęło odezw 39, wysłano — 597.

Stan biblioteki. W dniu 1 stycznia 1909 r. biblioteka Towarzystwa liczyła dzieł 1057 w 1152 tomach, wartości rubli 1106 kop. 35. Roczników czasopism biblioteka posiada 219 tomów. W roku ubiegłym prenumerowano: Gazetę lekarską, Przegląd hygieniczny, Przegląd lekarski, Nowiny lekarskie, Zdrowie, Wiadomości farmaceutyczne, Przegląd chorób skórnych, La sémaine médicale, Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin, Münchener medicinische Wochenschrift, Centralblatt für Chirurgie, Russkij wracz, Prakticzeskaja miedicina i Wraczebnaja gazieta. Ogółem na prenumeratę pism wydatkowano rb. 144 kop. 20.

W roku sprawozdawczym ofiarowali swe dzieła: kol. Dłuski, kol. Cykowski, a Redakcye: Medycyny i Kroniki Lekarskiej, Pamiętnika Tow. Lek. Warszawskiego oraz Żurnała Obszczestwa krasnaho kresta nadsyłały bezpłatnie swe pisma. Nadto wdowa po ś. p. Dr. Płużańskim ofiarowała Towarzystwu bibliotekę pozostałą po zmarłym mężu lekarzu i synie, studencie medycyny.

Na oprawę książek wydano rb. 14 kop. 28.

Stan kasy. Dochód: Remanent z r. 1907 — rb. 82 kop. 52; składki zaległe rb. 57; wpisowe — rb. 9; składki członków za r. 1908 — rb. 402. Od Wydziału lekarskiego na urządzenie odczytów o cholerze — rb. 25, ze sprzedaży broszurek »O cholerze« — rb. 1 kop. 82. Razem — rb. 577 kop. 34. Rozchód: Lokal — rb. 160; opał — rb. 33 kop. 91; światło — rb. 7 kop. 4; pensya woźnego — rb. 120; usługa na Ogólnych Zebraniach — rb. 12; prenumerata czasopism — rb. 144 kop. 20; oprawa dzieł i czasopism — rb. 14 kop. 28; wydatki kancelaryjne — rb. 17 kop. 45; wydatki nadzwyczajne — rb. 12 kop. 95. Razem — rb. 521 kop. 83. Zestawienie: Dochód — rb. 577 kop 34, Rozchód — rb. 521 kop. 83; pozostaje z dn. 1 stycznia 1909 r. — rb. 55 kop. 51.

Fundusz dla wdów i sierot po lekarzach Ziemi Radomskiej w dniu 1 stycznia 1908 r. wynosił rb. 162 kop 40. W ciągu r. 1909 wpłynęło: a) złożone przez kolegów zamiast wieńca na trumnę ś. p. kol. Płużańskiego rb. 23 kop. 50; b) procent za r. 1909 rb. 7 kop. 89; razem rb. 31 kop 39. Z dniem więc 1 stycznia 1909 r. fundusz dla wdów i sierót wynosi — rb. 193 kop. 79, a znajduje się na lokacyi procentowej w kasie Przemysłowców Radomskich w Radomiu.

Zmarły w r. 1908 członek Towarzystwa ś. p. Zygmunt Adolf Płużański — urodził się dn. 19 kwietnia 1843 r. we wsi

Borkowice powiatu Opoczyńskiego, gub. Radomskiej. Gimnazyum ukończył w Radomiu, poczem wstąpił do Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie w r. 1860, ukończył Wydział Lekarski Szkoły Głównej Warszawskiej 3 kwietnia 1867 r. Z początku praktykował w Przysusze (pow. Opoczyński), następnie przeniósł się do Radomia, gdzie 31 maja 1880 r. został starszym lekarzem szpitala Ś-go Kazimierza, zaś 31 sierpnia 1885 r. nadto lekarzem Radomskiej Izby Skarbowej. Na tych stanowiskach pozostawał do zgonu. Zmarł w Radomiu dn. 19 września 1908 r. Zmarły był Członkiem Komisyi Rewizyjnej Tow. Lek. Radomskiego od założenia Towarzystwa.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy).

Następny rozdział zajmuje się stanem kanalizacyi, bruków, chodników i usuwania nieczystości w miastach i miasteczkach galicyjskich. Już ze sprawozdań poprzednich można było nabrać wyobrażenia, że utarta opinia o brudzie naszych miasteczek z małymi wyjątkami jest aż nadto uzasadniona i że postęp pod tym względem jest jeszcze powolniejszy, niż pod względem zaopatrywania kraju w wodę. Nawet miasta stołeczne pozostają co do bruków i chodników daleko w tyle poza tem, co być powinno. O Lwowie np. w r. 1905 pisze Rada Zdrowia: »Zniszczenie dróg i bruków wskutek zaniedbania tego działu gospodarki miasta postąpiło bardzo znacznie w ostatnich latach. W ciągu r. 1905 wybrukowano nie więcej, jak 4000 m. kw. Jeżeli już gmina miasta Lwowa wydaje od szeregu lat na lepsze bruki tylko bardzo nieznaczne kwoty, to powinna przynajmniej dbać o czystość ulic i placów i rychło usuwać zmieciony kurz. Często jesteśmy świadkami, że kupy śmieci leżą na ulicach tygodniami, aż je w połowie wiatr rozniesie«. Kraków, o mniejszym obszarze terytoryalnym, ma bruków stosunkowo więcej i postępy robi znaczniejsze od Lwowa, skoro w r. 1905 wybrukowano 5512 m. kw. ulic, nowych chodników betonowych położono 16.500 m., a nowych szos wykonano 9200 m. Natomiast co do czyszczenia miasta skargi są nieustające do dziś, chociaż w r. 1905 wysyłano komisyę do kilku miast zagranicznych dla zbadania tej sprawy i zakład czyszczenia miasta zreformowano. Uzupełnienie kanalizacyi, zarówno we Lwowie, jak i w Krakowie, postępuje corocznie prawie w jednej mierze. We Lwowie przybyło 1496 m. kanałów (prawie tyleż w r. 1904), w Krakowie po jednorocznym zastoju zbudowano w r. 1905 1827 m. kanałów. Co do prowincyi, to o stosunkach wiejskich niema potrzeby pisać, gdyż po wsiach naszych trudno nawet oczekiwać czegoś więcej, niż uporządkowania gnojowisk. Z tego, co sprawozdanie podaje o miasteczkach, ograniczymy się do przytoczenia wybitniejszych postępów z jednej, a najjaskrawszych braków z drugiej strony. I tak: miasto Biała wybrukowało około 6000 m. kw. ulic, w Oświęcimiu przygotowano plany kanalizacyi, w Bóbrce zbudowano kanały z rur betonowych dla odprowadzenia wód atmosferycznych; znaczniejsze postępy uczyniła Bochnia, a z miasteczek tego powiatu uzyskał nieistniejące dotychczas chodniki, szosy i wychodki publiczne Wiśnicz-Nowy. Natomiast w mieście powiatowem takiem, jak Bohorodczany, »tylko deszcze ulewne spłukują nieczystości, zresztą zwierzchność gminna tak niedbała, że wszelkie zarządzenia władzy zostawia niewykonane«. W miasteczkach powiatu borszczowskiego prawie nigdzie niema podwórzy, a że »niema także śmietników publicznych, ulice i place muszą być zanieczyszczane; ludność nie uczuwa potrzeby poprawy tych stosunków, a naczelnicy gmin nie są temu chętni«. Z powiatu brzeżańskiego »nie wykazano żadnych postępów«; w Buczaczu »stosunki opłakane«, nielepsze w Monasterzyskach, gdzie w dzielnicy żydowskiej »potworzyły się smrodliwe bagna z powodu braku odpływu«; w Chrzanowie (gdzie zresztą wypracowano plan kanalizacyi), »pod względem czystości miasto, a szczególniej podwórza bardzo zaniedbane, śmietniska dawno nieopróżniane«. Natomiast poprawę stosunków stwierdza sprawozdanie w Cieszanowie i w Dąbrowie, gdzie pilnuje się zamiatania ulic przynajmniej 2 razy na tydzień. W miasteczkach powiatu dobromilskiego nietylko brak wychodków, ale i brak na nie miejsca, dlatego ulice stale zanieczyszczone. W Drohobyczu, w którym zresztą przybyło dość dużo kanałów, chodników i kontynuowano skrapianie szos ropą naftową, nie postąpiła sprawa stałego oczyszczania ulic i placów, chociaż do tego użyto wielkiego aparatu komisyjnego. Komisye te odniosły jednak skutek co najwyżej chwilowy. Zasługuje na uwagę wzmianka o powiecie gorlickim, że gnojowiska po wsiach wszędzie pogłębiono, tak iż nigdzie nie zanieczyszczają ulic i nigdzie niema gnojowiska w pobliżu studni. Równą poprawę co do gnojowisk zapisuje sprawozdanie w powiecie jarosławskim, ale nastąpiło to dopiero pod naciskiem władzy ze względu na grożącą cholerę; maluje zresztą stosunki szczegół, że w samym Jarosławiu jest jeszcze 283 domów, nawet piętrowych, nie mających wychodków i dołów kloacznych(!) a niektóre kanały są drewniane i zgniłe. Główny kanał miasta Jasła odprowadza nieczystości do rzeki Jasiołki w miejscu, gdzie woda prawie stoi; nagromadzoną w jednem miejscu treść kanałową zabiera dopiero ulewny deszcz. We wsiach tego powiatu gnojowiska, przeważnie źle urządzone, zanieczyszczają otoczenie. A przecież to jeden z powiatów zachodnich o żywszym ruchu emigracyjnym, wnoszącym trochę kultury! W Kałuszu, który jest miastem powiatowem i ma 8000 ludności, nie położono w ciągu roku 1905 »ani jednego metra chodnika, bruków, ścieków lub kanałów, place publiczne i rynek rzadko bywają czyszczone, a ulice prawie nigdy nie zamiatane«. Niezmierne smutne stosunki panują w Huculszczyźnie, gdzie nawet w miasteczkach jest mało wychodków, brak gnojowisk, nawóz, marnując się, zanieczyszcza obejścia.

Wogóle niewiele jest takich miasteczek, gdzieby usuwanie nieczystości i śmieci było uregulowane bądź to przez organizacyę czyszczenia we własnym zarządzie gminy, bądź przez ugodę z odpowiednimi przedsiębiorcami. Zresztą nawet tam, gdzie z przedsiębiorcami zawarto kontrakty o zbieranie śmiecia i nawozu, ulice (np. w liskiem), »bywają zamiatane tylko na ponaglenie ze strony starostwa«; to też w r. 1905 zamiatano miasteczka w powiecie liskim aż pięć razy. Dobry przykład daje powiat niski, gdzie z funduszów powiatowych sprawiono przyrząd pneumatyczny do oczyszczania dołów kloacznych, który gminy kolejno wypożyczają, płacąc tylko koszta transportu.

Ciekawe jest porównanie stosunków w tych miasteczkach i powiatach, które jako najgorsze przykłady przytoczyliśmy według sprawozdania za rok 1904 w roku zeszłym, ze stosunkami w r. 1905; z tego bowiem porównania okazuje się, że właśnie te najgorsze powiaty najmniej też postępują. I tak o rohatyńskiem czytamy, że w r. 1905 »zwyczaj zakładania gnojowisk pod oknami mieszkania, zakorzeniony w tym powiecie, trudny do zwalczenia«; o powiecie rudeckim, który w r. 1904 należał do najgorszych, nadmienia sprawozdanie lakonicznie, ale wymownie: »nie było postępu widocznego«. W Sanoku, gdzie w r. 1904 nie było »żadnej zmiany ku lepszemu«, w r. 1905 »nie można nic zrobić, bo od lat 3 wybór burmistrza zakwestyonowany i wszystkie ważne sprawy gminne zostały powstrzymane«. Niema poprawy także w sokalskiem; w śniatyńskiem po staremu gnojowiska wiejskie najczęściej wadliwe; w trembowelskiem, które w r. 1904 tem się odznaczało, że wszystkie nieczystości z miasteczek wylewano do rzeki Seretu, nastąpił w r. 1905 niezwykły ewenement: »z powodu zapowiedzianego przybycia c. k. inspektora sanitarnego, wywieziono w Trembowli 60 fur śmieci«. W Turce, gdzie starostwo musiało w r. 1904 zagrażać zamknięciem targów, aby wymusić oczyszczenie miasta, w r. 1905 dopiero pod naciskiem starostwa z 75 odbudowanych po pożarze domów, w 22 urządzono wychodki, w innych nawet miejsca nie było na wychodki, które »ludność uważa za rzecz zbytku«. Ale niebardzo też można się ludności dziwić, jeżeli w budynku, mieszczącym urzędy i sąd, »wychodki przedstawiają obraz ruiny i upadku i są najgorszym przykładem dla ludności«, zawilgacając ściany sąsiedniej sali sądowej do wysokości $1^1/_2$ metra. Czy w Żurawnie istnieje jeszcze »wśród domów bagno o 200 m. kw. obszaru«, wspomniane w r. 1904, w sprawozdaniu za r. 1905 nie podano. W r. 1904 miały 2 większe miasta, Rzeszów i Tarnów, fatalną wadę w postaci przerzynających je potoków, które były właściwie otwartym, cuchnącym kanałem. Tu jednak można z przyjemnością stwierdzić bliską, a może już dokonaną poprawę: miasto Rzeszów bowiem, które na polu asanacyjnem w ostatnich latach wogóle przoduje, zaciągnęło na cele asanacyjne 90.000 koron pożyczki, w Tarnowie jest w toku budowa wodociągów, z którą wiąże się uregulowanie kanalizacyi. Wspomnieć tu należy, że również miasto Złoczów zaciągnęło 400.000 kor. pożyczki na cele asanacyjne, a miasteczko Podwołoczyska, będące jedną z najważniejszych stacyi pogranicznych wchodowych, usiłuje także poprawić swoje stosunki i nie mogąc sprostać potrzebnym na to wydatkom, stara się o subwencye rządowe.

Jak w r. 1904, tak i ostatnie sprawozdanie podaje dość liczne szczegóły o regulacyi rzek, osuszaniu bagien i zabudowaniu potoków górskich. W r. 1905 rozpoczęto

osuszać bagna rzemiańskie w powiecie mieleckim, bagna naddniestrzańskie w powiecie samborskim; Sejm uchwalił ustawę o regulacyi Pełtwi kosztem przeszło 5,000.000 kor. Dalej wylicza sprawozdanie obwałowania rzek i inne prace regulacyjne, dokonane przez Wydział krajowy i ministerstwo rolnictwa. W końcu ze słusznem zadowoleniem nadmienia sprawozdanie o spełnieniu jednego z wniosków krajowej Rady zdrowia, mianowicie o utworzeniu biura technicznego dla wodociągów i kanalizacyi przy krajowem biurze melioracyjnem. Wniosek ten uchwalony przez Sejm w r. 1905, wszedł w życie w r. 1907.

Zamykając streszczenie tego rozdziału, należy powtórzyć, jak w roku zeszłym, że byłoby pożądane co do stanu prac asanacyjnych w kraju zestawienie ogólne na wzór pracy ś. p. dra Barzyckiego o stanie zaopatrzenia kraju w wodę; to dałoby podstawę do porównania czynionych corocznie postępów.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ustawa emerytalna lekarzy okręgowych galicyjskich uzyskała sankcyę cesarską.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. zwraca uwagę wszystkich organizacyi, że niektóre władze polityczne I i II instancyi (starostwa, namiestnictwa) dopatrują się niekiedy w zarządzeniu bojkotu przekroczenia zakresu działania ze strony organizacyi. Jednakże w rzeczywistości ze stanowiska prawnego nie ma do tego żadnej podstawy, ponieważ ustawy wszystkich organizacyi określają jako ich cel: ochronę i popieranie interesów materyalnych członków organizacyi, a jako sposób do osiągnięcia tego celu: wszystkie prawnie dozwolone środki, a więc i bojkot. Według jednomyślnych uchwał Zjazdu delegatów Związku i Wiecu Izb lek., następuje bojkot posady w przypadkach następujących: 1) jeżeli posadę tę niesłusznie lekarzowi wypowiedziano; 2) jeżeli sam lekarz wypowiedział posadę z powodu sporu o wysokość wynagrodzenia, jeżeli więc przyjęcie tej posady przez drugiego lekarza byłoby »licytacyą in minus«, 3) jeżeli zachodzi spór zasadniczy między lekarzami, a korporacyą, w której ręku jest posada. Otóż w tych kilku przypadkach, w których władze upatrywały w bojkocie przekroczenie zakresu działania organizacyi, szło zawsze o niesłuszne wypowiedzenie posady lekarzowi, o jego pokrzywdzenie. A przecież w każdym zawodzie wolno kolegom zawodowym ująć się za pokrzywdzonym kolegą i odwołać się do koleżeńskiej solidarności, ogłoszenie bojkotu nie jest niczem więcej, jak tylko takiem odwołaniem się do koleżeństwa; każdy lekarz, znając powody bojkotu, sam tu rozstrzyga, czy ma postąpić koleżeńsko, czy niekoleżeńsko. Ani za takie odwoływanie się do solidarności zawodowej, ani za ogłoszenie bojkotu nie została dotąd rozwiązana żadna organizacya robotnicza, bo do tego niema podstaw prawnych. To też i lekarze nie mogą być wyjęci z pod prawa, równego dla wszystkich obywateli państwa. Prezydyum Związku państwowego wzywa więc wszystkie organizacye, aby się takiego środka, jak apel do solidarności koleżeńskiej, pod żadnym warunkiem nie zrzekały, przeciwnie, aby stosowały go w jaknajszerszym zakresie (oczywiście w każdym przypadku dokładnie zbadawszy sprawę) i by broniły tego sposobu postępowania wszelkimi środkami prawnymi, odwołując się w razie potrzeby aż do najwyższych instancyi. *X.*

Państwowy Związek lekarzy niemieckich, świeżo powstały w Niemczech, ma w przeciwieństwie do lipskiego dążyć do zgody z kasami chorych i odrzuca wszelkie strejki i bojkot. Czy chwila obecnej zaciętej walki jest na to odpowiednia i czy związek ten będzie mieć powodzenie, wątpić należy. *X.*

Lekarze kolejowi w Bawaryi przedłożyli ministerstwu komunikacyi następujące warunki: wynagrodzenie roczne od każdego nieżonatego członka kasy 4 marki, od żonatego 12 marek, a nadto kilometrowe za jazdy, i to do nieżonatego 50 fenigów za kilometr, do rodziny markę za kilometr. *X.*

Rażący przypadek wywierania przymusu na lekarzu przez władzę wydarzył się w Quedlinburgu. Tamtejszy lekarz okręgowy miał zarazem posadę lekarza więziennego za wynagrodzeniem 165 marek rocznie. Na prośbę o podwyższenie płacy prezydent sądu podniósł ją do 300 marek, równocześnie jednak Izba lekarska wyraziła zdanie, że lekarz ów jedynie za wynagrodzeniem 600 marek może objąć tę posadę. Lekarz obstawał przy tem orzeczeniu Izby, za co »w drodze urzędowej« został przeniesiony. *X.*

W Niemczech nie wolno lekarzom, jak to z niedawno odbytego procesu wynika, przy zmianie mieszkania umieszczać w dawnej siedzibie ogłoszenia, że mieszka obecnie gdzieindziej, bez osobnego pozwolenia gospodarza domu lub zastrzeżenia się z góry przy wynajmowaniu. *X.*

Za przekroczenie tajemnicy lekarskiej uznało »Société de medecine légale« w Paryżu jako odpowiednią karę: więzienie 1—6 miesięcy lub grzywnę 100—500 franków. *X.*

Kasy chorych w Budapeszcie połączone są w jedną całość, liczącą 170.000 członków. Prawie 1/4 ludności (800.000) jest zabezpieczona i odpada z praktyki prywatnej lekarzy. *X.*

Celem zwalczania środków tajemnych, jakoteż gotowych specyfików fabrycznych postanowił Związek aptekarzy niemieckich wyrabiać i sprzedawać w każdej aptece w eleganckiem opakowaniu, a po przystępnej cenie, te wszystkie przetwory złożone, które zyskały sobie już wzięcie. Przetwory te wydawane będą jedynie na receptę lekarza i opatrzone znakiem ochronnym D. A. V. *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca kwietnia 1909 .	458,052	258,100
W maju 1909	11,060	7,394
Razem .	469,112	265,494

Dr Żydlowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 23. V. do 29. V. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 1, Sołotwina 1), Buczacz (Płoszcza 4, Rzepińce 6), Czortków (Bazar 5, Panszówka 1, Kalinowszczyzna 3), Horodenka (Hawrylak 1, Targowica 3, Zywaczów 3), Jarosław (Cieplice 4), Kołomyja (Słobódka polna 8, Gwoździec stary 4), Lisko (Smolnik ad Baligród 1), Mościska (Małnów 1, Małnowska w. 1), Podhajce (Sokolniki 3), Sanok (Komańcza 1, Radoszyce 2), Skałat (Zarubińce 1, Ostapie 2), Śniatyn (Trościaniec 9, Śniatyn 1, Hańkowce 3), Tłumacz (Hołosków 2), Turka (Hnik 3), Zaleszczyki (Capowce 1), Złoczów (Czyżów 4). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. V. do 29. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 3 (w tem obcych 4 † 3), krztuśca 3, płonicy 13 † 2 (5 † 2), odry 4, duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), nagm. zapalenia opon 1. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 23. V. do 29. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcych 2), krztuśca 1, płonicy 15 † 1, odry 2, duru osutkowego 3 (3), duru brzusznego 8 (1). *Dr Legczyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 9. V. do 15. V 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 7, odry 1, płonicy 6, róży 6, duru brzusznego 9 † 1, duru osutkowego 31, duru powrotnego 9, błonicy 4 † 1. (*Gaz. lek.* 22).

XVI. Zjazd chirurgów polskich.

Liczni i poważni koledzy oświadczyli, że termin w pierwszej połowie lipca jest nieodpowiedni z rozmaitych przyczyn, a mianowicie, że podczas panujących w tym czasie upałów trudno z natężeniem pracować, dalej, że letnia pora nie bardzo nadaje się na ostateczne przygotowanie wykładów choćby ze względu na zwiększone właśnie w tej porze zatrudnienie praktyczne, nareszcie, że jedna część kolegów wyjechała lub sposobi się do wyjazdu na odpoczynek, a druga musi w domu pozostać, żeby ich zastąpić. Wobec tego uważam za odpowiednie, odłożyć nasz przyszły Zjazd na późniejszy termin, i to albo na pierwszą połowę grudnia, lub na czas wielkanocny, kiedy to także odbywają się z takiem powodzeniem zjazdy chirurgów niemieckich. Podczas Zjazdu międzynarodowego w Budapeszcie będziemy mieli sposobność do bliższego porozumienia się w tym względzie.

L. Rydygier,
Prezes Zjazdów chirurgów polskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 2. VI. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Lewkowicz wykładał »O gruźlicy u dzieci«. W dyskusyi przemawiali Dr Eisenberg, H. Hirsch, Merz, Prof. Kader i prelegent.

— W klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego jest do obsadzenia miejsce naukowego (laboratoryjnego) asystenta

z płacą roczną 1400 K. i bezpłatnem mieszkaniem w Zakładzie. Ubiegający się, dyplomowani lekarze, powinni przedłożyć dowody przebytej praktycznej szkoły w pracowniach: bakteryologicznej, imunizacyjnej i chemicznej, jakoteż samoistne prace z tych zakładów. Znajomość sporządzania rentgenogramów jest pożądana. Klinicznej praktyki nie wymaga się. O bliższe szczegóły zechcą się kandydaci osobiście poinformować w Dyrekcyi kliniki. Podania z odpowiednimi załącznikami należy wnosić do Dziekanatu Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego do dnia 15. października 1909.

Lwów. Na posiedzeniu w d. 28. V. 1909 zajmowała się Krajowa Rada Zdrowia sprawą kwalifikacyi lekarzy szkolnych, utworzenia dwóch okręgów sanitarnych i pozwolenia na grobowiec rodzinny, oraz wydała opinię o peryodycznem badaniu bakteryologicznem wody z publicznych wodociągów.

Warszawa. Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi utrzymywało w r. z. w przytułku Drewnicy 177 chorych (z nich połowę bezpłatnie); koszt utrzymania wynosił 30,615 rb. W Drewnicy rozpoczęto budowę nowego pawilonu na 50 łóżek; opracowano plany sanatoryum w Karolinie. Towarzystwo liczyło w r. z. 288 członków.

— Nieodżałowanej pamięci Teodora Dunina poświęcone są dwie świeżo wydane broszury: Dra Wł. Janowskiego i Dra K. Rzętkowskiego, który dochód z broszury przeznaczył na sanatoryum w Rudce.

— Dr Henryk Lubowski, którego 40-lecie pracy lekarskiej obchodzono uroczyście w Ciechocinku d. 23. V. b. r., jest z pochodzenia Krakowianinem. Urodzony w r. 1834, ukończył szkoły średnie i studya lekarskie w Krakowie; doktoryzował się w Berlinie w r. 1858. Ciechocinek zawdzięcza Jubilatowi wiele ulepszeń.

— Wystawę przeciwalkoholiczną w Warszawie zwiedziło w ciągu 24 dni trwania 30.000 osób. W końcu czerwca wystawa ta będzie otwarta w Żyrardowie, następnie w Częstochowie i w Łodzi. (Medyc. i Kron. lek. 22).

Łódź. Na zebraniu inauguracyjnem »Ligi przeciwgruźliczej» wybrano do Rady Towarzystwa z lekarzy: Drów: Grabowskiego, Pieniążka, Sterlinga, Sachsa, Tochtermanna i Kaufmana. Już komitet tymczasowy (Dr Sterling, Skalski, Pieniążek i Wisłocki) zebrał na cele Ligi 3000 rb.

— Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej w Łodzi liczyło w r. z. 522 członków, miało 19,159 rb. dochodu, a 17.859 rb. wydatków. Pogotowie udzieliło pomocy w 3,059 przypadkach. Wynagrodzenie lekarzy Pogotowia uregulowano, przyznając 4 po 700, a 4 po 600 rb. rocznie.

Z różnych stron. Na posiedzeniach ogólnych tegorocznego międzynarodowego Zjazdu lek. w Peszcie (29. VIII. do 4. IX.) odbędą się następujące wykłady: 1) Baccelli: Śródżylne stosowanie środków heroicznych. 2) Bashford: O raku. 3) Gruber: Dziedziczność, dobór, a higiena. 4) Kutner: Dalsze kształcenie się lekarzy. 5) Laveran: Patologia podzwrotnikowa. 6) Loeb: Sztuczne zapładnianie i jego znaczenie w fizyologii i patologii komórki. 7) Holländer: Opisy chorób z czasów przed epoką Kolumba.

— We Wrocławiu odsłonięto pomnik Mikulicza.

— Akademia lekarska w Meksyku wyznacza nagrodę w kwocie 120.000 koron za najlepszą pracę na temat: poznanie przyczyn i leczenie swoiste duru brzusznego. *X.*

— Międzynarodowe Towarzystwo przeciwgruźlicze ogłasza konkurs na najlepszą pracę o gruźlicy. Nagrody po 300, 100 i 50 franków, 2 medale złote i 3 srebrne. Termin nadsyłania prac do 1 stycznia 1910 na ręce Dra Petit, Paryż, rue du Rocher. *X.*

— Pewien lekarz w Berlinie skazany został na miesiąc więzienia za to, że z litości wystawił pewnej telefonistce, spodziewającej się porodu (groziła jej za to utrata stanowiska), świadectwo, podające jako powód chwilowej niezdolności do służby inne zupełnie cierpienie. *X.*

— W Japonii ludność używa prawie codzień kąpieli gorących (43—46°) ze zwyczaju, a nie z poczucia czystości. Że tak jest, dowodzi brud panujący w łazienkach, gdzie woda bywa zmieniana rzadko, a nawet w wielu miejscowościach wieczorem zbierają z basenów osad z naskórka ludzkiego i używają go jako nawozu do jarzyn. Wogóle Japończycy nie odznaczają się zbytniem poczuciem czystości, zwłaszcza co do naczyń kuchennych i nakrycia stołowego, które np. w restauracyach pod tym względem pozostawia wiele do życzenia. Kąpiel w publicznej łaźni kosztuje 3—4 halerzy. Wielką sławą cieszą się gorące kąpiele siarkowe w Kusatsu. Chorzy kąpią się tam po kilka minut w ciepłocie 45—53°, używając tych kąpieli 3—4 razy dziennie. *X.*

Zmarli: Dr Henryk Landau w 39 r. ż. w Warszawie; fizyolog Prof. Engelmann w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Frencl: Episoden aus der Vorgeschichte der Auflösung der Gesammt-Organisation der prakt. Aerzte Schlesiens. Odb. »Ärztl. Standesztg.« 1909. — Rzętkowski: Teodor Dunin. Odb. »Med. i Kron. lek.« 1909. — Orlowski: Die Schönheitspflege. Würzburg. (C. Kabitsch) 1909. — Zbiór prac z laboratoryum Dr S. Serkowskiego w Warszawie. Odb. »Now. lek.« 1909.

Sprostowanie. W Nrze 21. str. 349, szpalta prawa, wiersz 8 od góry zamiast: »Posiedzenie d. 22 maja« ma być: »Posiedzenie d. 12 maja«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 9. czerwca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym V. wykład z seryi wykładów o gruźlicy: Doc. Mięsowicz: Klinika gruźlicy.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.
MECHANOLECZNICZY
ZAKŁAD ZANDEROWSKI
(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).
LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.
Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.
APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.
POKOJE DLA CHORYCH. 123
ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.
Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska
uznana za najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 12. czerwca 1909. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Bronchoskopia i leczenie na tej drodze dychawicy oskrzelowej.

Podał

Docent pr. Dr Franciszek Nowotny

asystent kliniki.

Równorzędnie z postępem techniki bronchoskopii górnej kroczy kliniczne jej zastosowanie. Pewna trudność w badaniu tym sposobem dawnemi narzędziami, wymagającemi znacznej wprawy i biegłości lekarza, ograniczały z jednej strony liczbę cierpień, w których przebiegu użycie metody tej byłoby wskazane tak ze względów rozpoznawczych, jak i leczniczych; z drugiej warunek posiadania w tym kierunku znacznej wprawy ogranicza stosunkowo znacznie liczbę lekarzy posługujących się tą metodą. Wszelkie ułatwienia w technice bronchoskopii rozszerzały równocześnie jej zastosowanie. Metodę tę podał Killian, ulepszenie ostatnie techniki tracheoskopii i bronchoskopii górnej zawdzięczamy Brüningsowi. Łatwość wprowadzenia rury tak do tchawicy, jak i do oskrzeli, znaczny postęp w sile oświetlenia stanowią dodatnią stronę ulepszenia narzędzi Brüningsa. Sądzę, że postęp ten wreszcie przyczyni się do zastosowania tej metody w cierpieniu, zwanem dychawicą oskrzelową (*asthma bronchiale*).

Istota dychawicy oskrzelowej nie jest nam do dziś dnia znana. Byliśmy do tego czasu zdani na wyniki badania przy pomocy osłuchiwania i opukiwania klatki piersiowej. Jako postęp w tym kierunku uważać już musimy badanie promieniami Roentgena, choć dawało ono nam tylko wskazówki co do ruchów przepony. Badanie wprost przy pomocy tracheoskopii i bronchoskopii górnej przypada dopiero na lata ostatnie.

Pierwszy Prof. Pieniążek miał sposobność wykonać to badanie w przebiegu napadu dychawicy. Przypadek ten tyczył się dziecka $2\frac{1}{2}$-letniego, u którego nagle wystąpiła duszność o charakterze duszności wydechowej, tak że nasuwało to na myśl przypuszczenie obecności ciała obcego w tchawicy. W uśpieniu chloroformowem wykonana u dziecka tego przez Prof. Pieniążka tracheoskopia górna wykazała silne zaczerwienienie i obrzmienie dolnej części błony śluzowej tchawicy, klinu podziałowego i wejścia do oskrzeli. Wejście do obu oskrzeli zatkane było śluzem, który usunięto. Już w dzień po tym zabiegu wystąpiła wyraźna ulga w oddychaniu i ustąpiły w zupełności objawy nieżytowe. Na podstawie tegoż badania, jak i przebiegu cierpienia, rozpoznali Prof. Pieniążek i Prof. Jakubowski, na którego klinice to dziecko się znajdowało, duszność oskrzelową napadową.

Drugim był Hermann Schrötter, który w jednym przypadku stosował tracheoskopię w celach przekonania się o istocie zmian, występujących w przebiegu dychawicy oskrzelowej. Ponieważ atoli u chorej Schröttera napady dychawicy występowały tylko w nocy, przeto badanie to mogło się odbywać tylko w przerwie pomiędzy napadami. Endoskopia zmian na błonie śluzowej dróg oddechowych nie wykazała, śluzoworopna wydzielina wydobywała się tylko z początku badania w znacznej ilości.

Zachęcony wynikiem tracheoskopii w przypadku Prof. Pieniążka, postanowiłem systematycznie wypróbować metodę tę w celu nietylko wykrycia zmian anatomicznych, lecz głównie w celu leczniczym. Pracę w tym kierunku rozpocząłem w miesiącu marcu r. 1907, z końcem tegoż roku w Zeszycie XII. »Monatschrift für Ohrenheilkunde« ogłosiłem wyniki jej na podstawie trzech przypadków przezemnie spostrzeganych. Obecnie mam ich osiem, obok tego jeszcze znane mi są spostrzeżenia w tym kierunku dwu innych lekarzy, którzy stosowali tę metodę. Przekonanie moje pod tym względem, podane w roku 1907, nietylko się nie zmieniło, ale owszem utwierdziło.

Przypadki te są następujące:

I. Z końcem marca r. 1907 zgłosił się do szpitala św. Łazarza chłopiec 15-letni z objawami duszności. Wobec znacznej duszności, połączonej z sinicą, lekarz z oddziału chorób wewnętrznych, gdzie pierwotnie chłopiec ten został przyjęty, odesłał go na klinikę laryngologiczną. Badanie, dokonane przezemnie, wykazało: duszność znaczna, przeważnie wydechowa, sinica warg, zmniejszenie liczby oddechów, klatka piersiowa wydechowo rozdęta, osłuchiwanie płuc wykazuje świsty, gwizdy, furczenia; krtań i tchawica bez zmian; granice płuc obniżone. Rozpoznałem napad dychawicy. Chłopak inteligentny, podawał, co następuje: Duszność trwa już od najmłodszych lat, tak iż chory nie przypomina sobie wogóle czasu, w którymby spokojnie oddychał. Pozostawać musiał prawie zawsze w pozycyi siedzącej, w zabawach z dziećmi nigdy nie mógł brać udziału, przy najmniejszym bowiem już ruchu duszność znacznie się zwiększała. Poza tem obok duszności stałej miewał chory napady duszności zwiększonej, trwające od kilku aż do 24 godzin. Leczony nigdy nie był. Drugiego dnia po przyjęciu w obecności kolegi Godlewskiego, który chorego tego odesłał na klinikę, przystąpiłem do tracheo- i bronchoskopii górnej. Duszność była już nieco mniejsza. Po zakokainowaniu krtani wprowadziłem tracheoskop Pieniążka. Badanie to, wykonane przy oświetleniu lampką Kirsteina, wykazało obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej dolnej

części tchawicy, klinu podziałowego i wejścia do oskrzeli. Przez tracheoskop Pieniążka wprowadziłem bronchoskop Killiana aż do oskrzeli drugorzędnych. Bronchoskopia wykazała zaczerwienienie i obrzmienie klinów drugo- i trzeciorzędnych. Tak w celu znieczulenia błony śluzowej tchawicy i oskrzeli, jak równocześnie i w celu leczniczym, użyłem rozczynu kokainy 25% z adrenaliną. W pierwszej chwili po wprowadzeniu tracheoskopu duszność wyraźnie się zwiększyła, chory z powodu tego objawiał wyraźny niepokój, dopiero gdy pod wpływem już to podrażnienia błony śluzowej, już to zadziałania kokainy z adrenaliną, nastąpiło silne wykrztuszanie wydzieliny, chory się uspokoił i wystąpiło wyraźne polepszenie oddechu. Przez cały czas tracheoskopii wykrztuszał chory całe masy wydzieliny. Osłuchiwanie płuc, dokonane po tracheo- i bronchoskopii, wykazało znaczne zmniejszenie się świstów i gwizdów. Chory od tego czasu czuł się dobrze, oddychał swobodnie, chociaż przedmiotowo można było jeszcze stwierdzić objawy suchego nieżytu oskrzeli. Po półtora miesiąca zabieg powtórzyłem; tracheo- i bronchoskopia nie wykazała już ani wyraźnego zaczerwienienia, ani obrzmienia błony śluzowej tchawicy i oskrzeli; podczas zabiegu chory wykrztusił znaczną ilość śluzu. Wydzielinę tę badał kolega Godlewski w kierunku kryształków Charcota i skrętków Curschmanna, lecz z wynikiem ujemnym. Bez wyniku było też badanie krwi co do ciałek eozynofilnych. Stan chorego po drugiej bronchoskopii poprawił się znacznie, tak podmiotowo, jak i przedmiotowo. Ze względu na nieznaczny jeszcze pozostały suchy nieżyt oskrzeli podawano choremu $1\frac{1}{2}$ gr. jodku potasu dziennie, jednak bez wyraźnego dodatniego wyniku. D. 4. X. 1907 trzecia bronchoskopia. Powodem jej było wystąpienie nocnych napadów duszności, natomiast w dzień czuł się chory dobrze. Badanie płuc wykazywało obecność suchego nieżytu oskrzeli, którego przyczyną mogło być tylko przyleganie nieznacznej, ciągnącej się wydzieliny do ścian oskrzeli; wywoływało to względną niedrożność pewnych części płuc, powietrze albo wcale się nie przedostawało, albo tylko z trudem. Odpowiednio do tego w odpowiednich częściach klatki piersiowej nie było słychać albo zupełnie szmerów oddechowych, albo słychać było tylko świsty, gwizdy i furczenia. I tym razem endoskopia nie wykazała obrzmienia i zaczerwienienia błony śluzowej; podczas całego zabiegu, jak i poprzednio, chory wykrztuszał znaczne ilości śluzu. Zaraz po tym zabiegu oddech stał się jeszcze swobodniejszym, napady duszności ustąpiły, chociaż objawy suchego nieżytu, choć w nieznacznym stopniu, ciągle się utrzymywały. Od tego czasu aż do chwili obecnej, t. j. do końca maja 1909 r., stan chorego przedstawiał się, jak następuje: Przez szereg miesięcy po tych zabiegach czuł się leczony zupełnie zdrowym, oddychał spokojnie, napadów duszności nie miewał pomimo niekorzystnych bardzo warunków życia, (jako chłopiec sklepowy był stale w niekorzystnych warunkach higienicznych); dopiero w ostatnich kilku miesiącach duszność powoli znowu zaczęła występować, przedmiotowe zaś badanie wykazywało znowu pogorszenie się stanu nieżytowego oskrzeli. Badanie wykazywało objawy suchego nieżytu. Dokonałem też u niego znowu w miesiącu grudniu r. 1908 i styczniu i marcu 1909 tracheo- i bronchoskopii z wynikiem taksamo, jak i poprzednio, dodatnim.

II. Chora 45-letnia, z zawodu nauczycielka, niezamężna, chora od lat 14. W tym okresie czasu w przeciągu trzech lat znaczna samorodna poprawa w cierpieniu. Od 5 lat cierpi chora na polipy nosowe, czterokrotnie operowane. Napady dychawicy trwały średnio po kilka dni, niekiedy atoli i po kilka tygodni. Powoli wytworzył się stan cierpienia, opisywany przez Goldschmidta jako *asthma epilepticum*; i tak, chora dostawała napadu duszności nawet wtedy, gdy jej się np. wydawało, że okno jest otwarte. W ostatnich czasach duszność wprawdzie mniejsza, ale już trwała, tak że chora od pół roku nie opuszczała pomieszkania. W kwietniu i w maju przebywała na Riwierze; stan chorej przez ten czas był lepszy. Z początkiem lipca zgłosiła się do mnie z objawami silnej duszności. W nosie stwierdziłem obecność polipów, usunąłem je, równocześnie atoli zaproponowałem chorej poddanie się tracheo- i bronchoskopii, na co chętnie się zgodziła. Wykonałem te zabiegi wspólnie z Prof. Pieniążkiem d. XI. VI. 1907. Wykazały one nieznaczne zaczerwienienie błony śluzowej u wejścia do oskrzeli i samych oskrzeli, obrzmienia nie zauważono; zastosowano przytem rozczyn kokainy z adrenaliną. W oskrzelach znaleziono znaczną ilość wydzieliny śluzowej Już zaraz po endoskopii chora czuła znaczną ulgę. Po raz ostatni widziałem ją w dwa tygodnie po zabiegu; chora podawała, iż czuje się znacznie zdrowsza, oddech ma spokojniejszy, może swobodnie chodzić i to nawet po schodach, chociaż w czasie tym wystąpiło kilka napadów duszności, atoli o nieznacznem bardzo natężeniu i krótko trwających.

III. Stefania X. lat 13, zamieszkała w Krakowie, przyjęta nak linikę d. 4/VIII 1907. Przed 8 laty miała przebyć płonicę; od tego czasu duszność, obok duszności stałej napadowa; napady czasem o bardzo znacznem natężeniu, w ostatnich czasach pogorszenie się stanu. Badanie wykazało: tętno szybkie, 120 na minutę, słabo napięte, tony serca czyste, duszność znaczna. Przy wdechu silne zapadanie się międzyżebrzy i dołka sercowego, sinica warg. Klatka piersiowa rozdęta, krzywicza. Odgłos opukowy ponad klatką piersiową jawny Granica płuc: w linii sutkowej po stronie prawej dolny brzeg szóstego żebra, po lewej dolny brzeg czwartego, w linii pachowej środkowej po obu stronach ósme, w linii łopatkowej dziesiąte żebro. Przy osłuchiwaniu można stwierdzić, że powietrze do płuca lewego prawie zupełnie nie dochodzi, nie słychać ani wdechu, ani wydechu, tu i ówdzie świst lub gwizd. Po stronie prawej z przodu z góry i z tyłu prawie prawidłowe stosunki, wdech pęcherzykowy niezaostrzony, wydech słyszalny. Z tyłu i dołu szmery oddechowe niesłyszalne, słychać tylko świsty, gwizdy i furczenia. Liczba oddechów wzmożona. Podczas oddechu wyraźne zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej po stronie lewej. W gardle na lewym tylnym łuku podniebiennym widać guzek wielkości grochu, o powierzchni nierównej, barwy żywo-czerwonej; badanie mikroskopowe wykazało utkanie brodawczaka. Ze względu na znaczną duszność i przypuszczając zwężenie oskrzela lewego, dokonałem najpierw tracheotomii, poczem tracheobronchoskopii dolnej. Endoskopia wykazała: tchawica, klin podziałowy, oskrzela pierwszorzędne i drugorzędne zmian nie okazują, ich błona śluzowa nie okazuje wyraźnego ani obrzmienia, ani zaczerwienienia. Wydzielina w skąpej bardzo ilości, szklista, przylegająca do ścian. Pobudliwość błony śluzowej znacznie zmniejszona. Tak w celu znieczulenia, jak i w celu leczniczym, użyłem rozczynu kokainy z adrenaliną. Badanie płuc po tym zabiegu wykazało: Płuco lewe w całości drożne dla powietrza, u dołu, z przodu i z tyłu szmery nieco słabsze, po stronie prawej stosunki zupełnie prawidłowe. Chora oddycha zupełnie swobodnie.

12/VIII oddech zupełnie spokojny. Szmery oddechowe po całej stronie prawej prawidłowe, po stronie lewej poniżej łopatki nieco słabsze.

21/VIII druga tracheo- i bronchoskopia dolna. Tchawica i oskrzela bez zmian.

4/IX. Oddech swobodny, chora nie odczuwa już żadnych dolegliwości. Szmery oddechowe po obu stronach nieco osłabione, więcej atoli po stronie lewej, niż po prawej. Trzecia tracheo- i bronchoskopia; wydzielina na błonie śluzowej nieznaczna. Od tego czasu oddech zupełnie swobodny, szmer oddechowy wszędzie pęcherzykowy, niema żadnych świstań ani gwizdów.

26/X 1907. Wyjęcie kaniuli.

Od tego czasu aż do chwili obecnej, t. j. do końca maja 1909, najmniejszych nawet zmian tak podmiotowo jak i przedmiotowo wykryć nie można.

IV. (Styczeń, r. 1908): S. S. lat 43, handlarz z Królestwa Polskiego. Chory na duszność od 6 lat. Obok duszności stałej napadowa. Badanie wykazuje: Osobnik dobrze odżywiony i zbudowany; liczba oddechów 30, tętno 84. Granice płuc: w linii sutkowej po stronie prawej górny brzeg ósmego, po lewej dolny brzeg szóstego żebra. Przy osłuchiwaniu z przodu stosunki prawie prawidłowe, z tyłu obfite świsty, gwizdy i furczenia, w częściach dolnych tylnych szmery oddechowe osłabione.

Tracheo- i bronchoskopia górna przy użyciu kokainy z adrenaliną. Poza zaczerwienieniem błony śluzowej tchawicy i oskrzeli innych zmian nie znalazłem. Po wprowadzeniu bronchoskopu do oskrzela prawego chory stracił przytomność, tak iż zabieg ten zaraz potem musiałem przerwać, ograniczając bronchoskopię do oskrzela prawego. Badanie płuc, zaraz potem dokonane, wykazało ustąpienie gwizdów, świstów, furczeń po stronie prawej, tak iż słyszeć można było zupełnie prawidłowe szmery oddechowe, natomiast po lewej stronie objawy nieżytowe pozostały. Pomimo tego chory tak tego, jak i następnego dnia, kiedy wyjechał, odczuwał znaczną ulgę; później chory już się nie zgłosił.

V. H. G., lat 38, kuśnierz, zamieszkały od 18 lat w Nowym Jorku. Od lat 7 duszność, obok stałej napadowa, szczególnie wykrztuszanie śluzu z dróg oddechowych trudne. Duszność tego stopnia, że już od dłuższego czasu chory nie może oddawać się swym zajęciom zawodowym.

Chory dobrze zbudowany i odżywiony. Oddech ciężki, szczególnie utrudniony wydech; już na znaczną odległość sły-

chać gwizdy i świsty. Liczba oddechów 32, tętno 78. Po obu stronach płuc z przodu i z tyłu świsty, gwizdy, furczenia, rzężenia drobnobańkowe i średniobańkowe wilgotne, szczególnie w częściach tylnych dolnych płuc; świsty i gwizdy pokrywają szmery oddechowe. Badanie lusterkiem stwierdza zaczerwienienie błony śluzowej krtani i tchawicy, na błonie śluzowej tchawicy pokłady zaschniętego śluzu.

12/II 1908. Tracheo- i bronchoskopia górna. Tracheoskop Pieniążka wprowadziłem choremu siedzącemu; badanie samo odbywało się najpierw u chorego leżącego, przekonawszy się atoli, iż wykrztuszanie wydzieliny, gdy chory leży, jest słabsze, posadziliśmy chorego napowrót. Badanie to wykazało zaczerwienienie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli, klin bez zmian. Wydzielina śluzowa szklista w znacznej ilości, wydobywała się swobodniej, gdy chory leżał, niż gdy siedział. Po bronchoskopii, przy której użyłem, jak i w poprzednich przypadkach, rozczynu kokainy z adrenaliną, badanie płuc wykazało: oddech zupełnie spokojny, szmer pęcherzykowy, prawidłowy, słyszalny po obu stronach, gwizdy, świsty, furczenia ustąpiły, tylko z przodu i z góry pozostała bardzo nieznaczna ilość świstów. Od tego czasu chory oddycha zupełnie spokojnie, stan zaś płuc aż do dnia 16/II, w którym chorego po raz ostatni widziałem, nie zmienił się już, tylko z przodu i z góry pozostała tylko bardzo nieznaczna ilość świstów. Z powodu odjazdu chorego do Ameryki już go więcej nie widziałem.

VI. F. S. uczeń gimnazyalny lat 16, z Jarosławia. Duszność miał chory odczuwać już jako małe dziecko i to aż do 10. roku życia, poczem przerwa trzechletnia. Od tego czasu chory już prawie stale cierpi na duszność. Duszność ta zazwyczaj jest nieznaczna, wzmaga się atoli przy każdym silniejszym ruchu, obok tego napady duszności trwające już to po kilka dni, już to po kilka godzin i wtedy występują one przeważnie w nocy. W 13. roku życia przypalenie elektryczne błony śluzowej nosa. Chory dobrze zbudowany i odżywiony. Granice płuc: w linii sutkowej prawej górny brzeg ósmego żebra, po lewej górny brzeg szóstego żebra, z tyłu żebro dwunaste. Przy opukiwaniu odgłos wysoki, prawie że bębenkowy, szmery oddechowe prawidłowe, w górnych częściach płuc wdech i wydech wyraźniej słyszalny. Tony serca czyste. W ostatnich dniach grudnia 1908 wykonałem tracheo- i bronchoskopię narzędziami Brüningsa. Użyłem i tu również kokainy z adrenaliną. Zmian ani w tchawicy, ani w oskrzelach nie stwierdziłem. D. 1/I 1909 odtrzymałem od pacyenta pisemne zawiadomienie, iż ulgi dotychczas prawie żadnej nie odczuwa, że czuje duszność przy każdym fizycznym wysiłku, a nawet i czasem i w stanie spokoju i że z obawy przed nocnymi napadami duszności zażywa proszek (mieszanina środków narkotycznych).

VII. Z. S. służąca, lat 25, zamieszkała w Krakowie przyjęta na oddział wewnętrzny Prof. Pareńskiego d. 6/I 1909.

Na duszność cierpi już przeszło od roku. Obok duszności stałej napadowa, napady występują przeważnie w nocy, trwają czasem do 7 godzin, połączone są z graniem w piersiach. Przy zmianie miejsca pobytu poprawa.

Chora dobrze zbudowana, dość dobrze odżywiona. Kaszel nieznaczny, liczba oddechów 14. Z przodu klatki piersiowej odgłos opukowy jawny, wdech pęcherzykowy, wydech słyszalny długi, bardzo liczne furczenia i świsty, gdzieniegdzie rzężenia średniobańkowe niedźwięczne. Od tyłu odgłos opukowy jawny, wdech pęcherzykowy, wydech długi, pokryty od dołu licznemi rzężeniami. Granice płuc ruchome, z przodu w linii sutkowej dolny brzeg siódmego żebra po prawej, brzeg górny piątego żebra po lewej stronie. Tętno 84 regularne, drobne. Uderzenie serca w piątem międzyżebrzu, macalne bardzo słabo na wewnątrz od linii sutkowej, tony serca czyste. Duszność znaczna.

D. 7/I stan chorej według protokołu z oddziału wewnętrznego — dobry.

D. 8/I pogorszenie znaczne; przy wydechu bardzo liczne gwizdy, wdech bardzo szorstki, wydech przeciągły, trudności w oddychaniu nosem. Z oddziału wewnętrznego odesłano ją na klinikę laryngologiczną.

D. 9/I. Zmiany te same, co d. 8/I. Tegoż dnia wykonałem u tej chorej tracheo- i bronchoskopię górną narzędziami Brüningsa. Wykazała ona wyraźne żywe zaczerwienienie błony śluzowej tchawicy pomiędzy chrząstkami; klin podziałowy bez zmian, obrzmienie i zaczerwienienie klinów drugo- i trzeciorzędnych. Obok zapędzlowania błony śluzowej tchawicy i oskrzeli rozczynem 25% kokainy z adrenaliną, zapuściłem do oskrzeli po obu stronach wprost po 2 gramy rozczynu kokainy 2%. Wykrztuszanie śluzu obfite. Badanie płuc zaraz po endoskopii dokonane wykazało: szmery oddechowe po stronie lewej z tyłu i prawej z przodu zupełnie prawidłowe, po prawej z tyłu i lewej z przodu bardzo nieznaczna ilość świstów, pomimo natężonego oddychania.

D. 16/I druga tracheo- i bronchoskopia. Między pierwszą a drugą tracheoskopią wystąpiły trzy napady duszności w nocy, wogóle duszność mniejsza. Wynikiem drugiej endoskopii była znowu poprawa, duszność wogóle mniejsza, niż po pierwszym zabiegu, pomimo tego jeszcze wystąpiło kilka napadów duszności w nocy, choć krócej trwających i o mniejszem natężeniu; w płucach po takim napadzie można było jeszcze stwierdzić furczenia i świsty dość obfite.

11/II. Trzecia trancheo- i bronchoskopia. Stan chorej po tym zabiegu przedstawia się jak następuje: jeszcze w pierwszych dniach można było stwierdzić bardzo skąpą ilość świstów i to aż do 18/II; od tego czasu aż do 1/III stan płuc zupełnie prawidłowy, trzy lekkie napady duszności, występujące w nocy i trwające około 15 minut; leczona czuje się zdrową.

W pierwszych dniach marca znowu dwa napady duszności; wystąpiły one w nocy, były jednak słabe i trwały krótko. D. 4/III czwarta tracheoskopia. Od tego czasu aż do końca maja stan płuc zupełnie prawidłowy, chora oddycha zupełnie swobodnie, napady duszności już się nie powtórzyły. Poza endoskopią zażywała chora z polecenia Prof. Pareńskiego pyrenol, proszki Dowera, jodek sodu i potasu, inhalacye z sody 2%. Badanie nosa wykazało stale objawy nieznacznego przerostowego nieżytu (*rhinitis hypertrophica).*

VIII. Karol C. lat 30, właściciel składu węgli, zamieszkały w Królestwie Polskiem. Na duszność cierpi już od dzieciństwa, cierpienie swoje dokładnie obserwuje od roku. I tak w styczniu napad jeden, w marcu cztery, w kwietniu jeden, w maju trzy, czerwiec wolny od napadu, w lipcu jeden napad, w sierpniu przez osiem dni stała duszność, we wrześniu 3 napady, z tego dwa trwające po 4 dni; w miesiącu tym chory był operowany z powodu przegięcia przegrody; w październiku napadów 5, w listopadzie 7, w grudniu 5, w styczniu 3 napady. Napady trwały przeważnie po 3 dni. Poza napadami pacyent czuł się zupełnie zdrowy. Na powstanie napadów miały wpływ, jak chory podaje, stan atmosfery i stan nerwowy chorego. Śluz badany podczas napadu wykazywał obecność kryształków Charcot-Leydena i skrętków Curschmanna. Obok duszności występowały u chorego podczas napadu nudności, czasem wymioty, ból głowy, poty. W połowie lutego b. r. zgłosił się chory do mnie. Napad ostatni był, jak podano, d. 20 stycznia. Badanie płuc wykazywało przy osłuchiwaniu stosunki prawidłowe. Granice płuc: w linii sutkowej po prawej brzeg górny ósmego, po lewej brzeg dolny piątego żebra. Wobec tego, że chory zgłosił się w czasie wolnym od napadu, sam nie nakłaniałem go do poddania się bronchoskopii; wykonałem ją dopiero na naleganie chorego. Endoskopia wykazała przekrwienie błony śluzowej dolnej części tchawicy, oskrzeli głównych i drugorzędnych, nieznaczne zaczerwienienie klina podziałowego, silniejsze zaczerwienienie klinów oddzielających wejścia do oskrzeli drugorzędnych. Na drugi dzień po tym zabiegu chory wyjechał. Zgłosił się dnia 28 marca podając, iż z końcem lutego miał bardzo lekki napad duszności, trwający około dwu godzin, w ciągu marca zaś czasem odczuwał piszczenie w płucach, duszności atoli nie było. Dopiero d. 25/III czuł się już jakoś niezdrowym; d. 26/III rano silna duszność, popołudniu poprawa, znowu wieczór i w nocy znaczne pogorszenie, stan podobny 27/III. Sen z powodu duszności trwał najwyżej 2—3 godzin; d. 28/III zgłosił się do mnie chory popołudniu. Duszność, choć mniejsza, jeszcze była, w płucach znaczna ilość świstów i gwizdów. Tego samego dnia chory, choć zmęczony podróżą 9-godzinną, z chęcią poddał się bronchoskopii. Wykazała ona zmiany też same, jak i poprzednio, tylko w wyższym stopniu. Mianowicie bardzo silne przekrwienie oskrzeli, a szczególnie klinów drugorzędnych, obok tego nieznaczne obrzmienie tychże klinów; obok zapędzlowania błony śluzowej rozczynem kokainy z adrenaliną zapuściłem do obu oskrzeli po 0·04—2% rozczynu kokainy z adrenaliną. Śluz wykrztuszał chory podczas zabiegu w znacznej ilości. Badanie płuc zaraz po zabiegu, jak i na drugi dzień, wykazało ustąpienie prawie zupełne świstów i gwizdów. Zaraz po zabiegu, skoro tylko lekki ból karku z powodu przechylania głowy w tył ustąpił, czuł się chory zupełnie dobrze, oddychał zupełnie lekko i zupełnie swobodnie i szybko wbiegł do swego pomieszkania na III piętrze. Sen był dobry, stan na drugi dzień dobry, choć nie tak dobry, jak bezpośrednio po endoskopii, co atoli przypisuję chwilowemu podniecającemu działaniu kokainy. W południe na drugi dzień chory wyjechał. (Dok. nast.).

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek choroby Werlhoffa [1]).

Podał

Dr Józef Kossak

ordynator szpitala św. Kazimierza w Radomiu.

Chory Franciszek J., w wieku lat 17, parobek wiejski (przy koniach) w pierwszych dniach grudnia r. z. dostał nagle bolów w brzuchu, głównie w okolicy żołądka. Wymiotów nie miał. Bole były tak silne, że wezwany lekarz zmuszony był wstrzyknąć choremu pod skórę morfinę, poczem bole chwilowo ustąpiły. — Przedtem był J. zupełnie zdrów, żadnych chorób nie przechodził, z wyjątkiem jakiejś choroby wysypkowej w dzieciństwie. Na trzeci dzień po wybuchu choroby pojawiły się na górnych i dolnych kończynach wybroczyny krwawe różnej wielkości. Bole w żołądku to słabsze, to silniejsze trwały ciągle bez przerwy. Stolce w tym czasie były to zaparte, to wolne, przyczem w stolcach była czysta krew; stolce były bolesne z dęciami. 19. grudnia r. z. przybył do szpitala z powodu bolów w żołądku. Stolce były rozwolnione, ale już bez krwi. Wybroczyny na dolnych i górnych kończynach obfite. Stan bezgorączkowy. Po 4. dniach pobytu w szpitalu bole ustały, jak również i rozwolnienie, i chory, czując się lepiej, wyszedł ze szpitala. 27. grudnia chory ponownie przybył do szpitala z powodu silnych bolów żołądka i rozwolnienia, przyczem w stolcach była czysta krew.

Stan obecny: Budowa i odżywienie mierne. Skóra i błony śluzowe blade. W jamie ustnej i gardle zmian chorobowych niema. Dziąsła blade, bez owrzodzeń. Zęby w dobrym stanie. Gruczoły szyjne i pachwinowe obrzmiałe. W lewym szczycie płuc małe zgęszczenie, bez rzężeń. Prawa komora serca rozszerzona, u podstawy lekki szmer. Ciepłota prawidłowa. Tętno 72, miękkie, słabo napięte, równe. Żołądek bardzo bolesny, wzdęty w wysokim stopniu, u dołu dochodzi do pępka, u góry z lewej strony do 5, żebra. Brzuch wogóle mało wzdęty, niebolesny z wyjątkiem okolicy żołądka. Wątroba niemacalna, śledziona również. Opukiwanie jednak wykazuje powiększenie śledziony. W moczu białka 1‰ i niewielkie ilości czerwonych ciałek krwi w osadzie. Na górnych i dolnych kończynach, krzyżu, plecach, a także częściowo na brzuchu i piersiach liczne wybroczyny w postaci plamek różnej wielkości: od ziarnka prosa do ziarna fasoli. Plamy te przy ucisku palcem nie giną; zabarwienie to czerwone, to ciemne. Najobficiej plamy rozsiane są na zewnętrznej powierzchni górnych i dolnych kończyn, zaś na tułowiu i wewnętrznej powierzchni kończyn mniej liczne. Na twarzy plam niema.

Wymiotów niema. Chory ma apetyt, ale obawia się jeść, ponieważ po przyjęciu pokarmu bole w żołądku się wzmagają. Bole to słabsze, to silniejsze trwały bez przerwy cały tydzień. Narkotyki podawane wewnętrznie, wcale nie wpływały na zmniejszenie bolów, i trzeba było dwa, a nawet trzy razy dziennie wstrzykiwać morfinę po 0,01. — 6. I. 1909 r. bole ustały, wybroczyny na skórze zbladły, stolce bez krwi, chory czuje się lepiej; przez cały tydzień, t. j. do 13. I. stan się poprawiał: apetyt dobry, bole ustąpiły, plamy na ciele zbladły i częściowo zupełnie zginęły.

14. I. chory nagle dostał znowu bolów żołądka, jednocześnie na ciele pojawiły się nowe obfite wybroczyny krwawe. Ciepłota prawidłowa. Tętno 54; stolce zaparte. Następnego dnia bole ustały i kilka dni chory czuł się dobrze. — 19. I. o 5. g. rano przeszedł nowy napad bolów z nowemi wybroczynami. Tym razem bole trwały od 5. rano do 11. g. wieczorem. Wymiotów nie było. Stolce zaparte. Ciepłota prawidłowa. Tętno 56. — 24. I. o 6. wieczorem bole w żołądku znowu się pojawiły, a jednocześnie i świeże wybroczyny na ciele. W dolnej części brzucha pojawiło się stłumienie i lekkie chełbotanie, jakby od niewielkiej ilości płynu w jamie otrzewnej. Ciepłota prawidłowa, tętno 64. — 25. I. bole ustały, i do dnia 6. lutego nie pojawiły się wcale. Chory czuł się dobrze, apetyt miał dobry, plamy na ciele bladły i częściowo znikały; obecnie tylko na goleniach i górnych kończynach pozostały plamy ciemno-zabarwione. Chory do 1. II. był na dyecie płynnej, obecnie je wszystko i ma dobry apetyt. Stolce obecnie prawidłowe. W moczu białko 1‰. Sok żołądkowy zbadany 2. II. po próbnem śniadaniu wykazał 30 wolnego kwasu i 62 ogólnej kwaśności; podawania wewnętrznego narkotyków, jako nie osiągającego celu, zaniechano, tylko w razie bolów stosowano wstrzykiwanie morfiny. Prócz tego podawano wewnętrznie arszenik i żelazo, które chory znosił dobrze. Podczas ostatniego napadu bolów chory zażywał wewnętrznie adrenalinę 4: 200 i chlorek wapna 8: 200.

Jak widzimy z przytoczonego obrazu klinicznego, mamy tutaj do czynienia z cierpieniem, którego główne, wpadające w oczy objawy, polegają na wybroczynach na skórze i błonach śluzowych. W patologii chorób krwi mamy szereg cierpień z podobnymi objawami, a mianowicie: choroba Werlhoffa, gnilec, krwawiączka, plamica zwykła i plamica gośćcowa (*peliosis rheumatica*). Że w danym wypadku nie mamy do czynienia z gnilcem, świadczy o tem brak cierpienia dziąseł, nagły początek choroby i warunki, w jakich chory pędził życie i pobyt na świeżem powietrzu, pożywienie więcej roślinne, niż mięsne; krwotoki wewnętrzne przemawiają przeciw plamicy zwykłej, przy której wybroczyny bywają tylko na skórze. Brak dziedziczności i poprzednich krwotoków, oraz wogóle skłonności do krwawienia przy najmniejszym urazie, przemawiają przeciw krwawiączce (*haemophilia*). Nareszcie brak wszelkich objawów cierpienia stawów i mięśni świadczą przeciw plamicy gośćcowej. O chorobie Barlowa nie wspominam, ponieważ zdarza się ona przeważnie u dzieci na tle krzywiczem, i przy niej bywają, jako główna oznaka, wybroczyny pod okostną, czego u naszego chorego zupełnie nie było. Pozostaje więc jedynie choroba Werlhoffa, do której dany obraz kliniczny najbardziej można przystosować.

Choroba Werlhoffa, jako cierpienie samoistne, po raz pierwszy została opisana w r. 1775. Zwykle zaczyna się nagle, czasami bez gorączki, rzadziej z gorączką. Na drugi lub trzeci dzień, a czasami nawet po tygodniu, pojawiają się wybroczyny różnej wielkości na kończynach, mniej na tułowiu, a na twarzy bardzo rzadko. Równocześnie bywają krwotoki z narządów wewnętrznych, nosa i dziąseł. Po pewnym czasie wybroczyny bledną, chory czuje się lepiej, dopóki nie nastąpi drugi napad z nowemi wybroczynami, krwotokami i t. p. Zwykle choroba trwa 2—6 tygodni, czasem do 3 miesięcy, bywają jednak formy gwałtowne, t. zw. *purpura fulminans*, gdzie śmierć następuje już po upływie 24 godzin. Na szczęście przypadki te są bardzo rzadkie, zwykle bowiem choroba kończy się pomyślnie. Dłuższe trwanie choroby może doprowadzić ustrój do charłactwa i śmierci z wycieńczenia. Na sekcyach zmarłych na chorobę Werlhoffa znajdowano obok silnej niedokrwistości liczne wylewy krwawe i nadżarcia na błonach śluzowych żołądka, jelit, pęcherza, a także wylewy krwawe w mózgu, płucach, opłucnej, sercu, śledzionie, nerkach i w mięśniach. Wybitnych swoistych zmian w składzie krwi nie znajdowano, tylko zmniejszoną liczbę czerwonych ciałek krwi, a także mniejszą zawartość hemoglobiny; natomiast znajdowano w ścianach naczyń krwionośnych zmiany, polegające na zwyrodnieniu tłuszczowem i woskowem, stąd ich kruchość i skłonność do pękania.

Przytoczony powyżej przypadek choroby Werlhoffa z tego względu zasługuje na uwagę, że chory doznawał bardzo silnych bolów w żołądku, którego to objawu w piśmiennictwie, dotyczącem tej choroby, nie spotykałem.

Etyologia choroby Werlhoffa jest bardzo ciemna. Niestety, dotychczasowe badania nie rzuciły wyraźnego światła na istotę tego cierpienia, nie znaleziono bowiem żadnego swoistego zarazka. Szereg autorów, a mianowicie Peters, Kisiel, Vogel, Sterner, Steffen, Rejmer, Konstantinow i Łukowski zwracają uwagę na łączność choroby Werlhoffa z gruźlicą: znajdowali bowiem w większości przypadków tego cierpienia zmiany gruźlicze w płucach i innych narządach. Zdanie to potwierdza i Dieulafoy.

Peters opisuje 5 chorych na plamicę krwotoczną, z których 2 wyzdrowiało, a 3 zmarło. Sekcya wykazała obok wylewów krwawych w różnych narządach zmiany gruźlicze w płucach i otrzewnej.

Kisiel również opisuje 2 przypadki choroby Werlhoffa, gdzie na sekcyi stwierdzono zmiany gruźlicze w płucach. Fadiejew spostrzegał 36 przypadków choroby Werlhoffa, gdzie jednocześnie znajdował większe lub mniejsze zmiany gruźlicze. Wobec tego, że według ostatnich danych statystycznych w 85% sekcyi wogóle znaleść można zmiany gruźlicze, dziwić się nie należy, że u osób zmarłych na chorobę Werlhoffa znajdowano zmiany gruźlicze, a więc prędzej można to uważać za zwykły zbieg okoliczności, aniżeli za związek przyczynowy między jednem cierpieniem, a drugiem. Z drugiej strony fakt, że gruźlica jest tak częstą, natomiast choroba Werlhoffa bardzo rzadką.

[1]) Odczyt na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Radomiu w d. 6. II. 1909.

tembardziej wyklucza tę łączność. Rzecz prosta, że ustrój wyczerpany gruźlicą jest podatniejszy na każde zakażenie, a więc i do choroby Werlhoffa skłonniejszy.

Choroba Werlhoffa nie zawsze bywa uważaną za samoistną jednostkę etyologiczną, ponieważ raz może zależeć od swoistych pasorzytów krwotocznych, drugi raz powstawać może wskutek zakażenia zwykłymi drobnoustrojami, które przez swą ilość lub złośliwość powodują krwawienia. Do tej kategoryi należą przypadki Arnsztejna i Troczewskiego, oraz przypadek Sokołowskiego. W przypadku Troczewskiego w następstwie rany stopy wystąpiła posocznica, która przebiegała pod postacią choroby Werlhoffa. Sokołowski przytacza przypadek błonicy gardła u 18-letniego ucznia gimnazyum, który wstąpił do szpitala św. Ducha w Warszawie. W miesiąc po przybyciu wystąpiły wśród innych objawów liczne plamy różnej wielkości na kończynach górnych i dolnych, kilkakrotne z krwią zmieszane wypróżnienia, wymioty krwawe. Cały obraz sprawiał klasyczne wrażenie choroby Werlhoffa. Sokołowski nie uważa tej choroby za jakieś odrębne powikłanie błonicy plamicą, wyraża przypuszczenie, że w danym przypadku krwawienia wywołane były przez te same produkta toksyczne, od których zależał cały ten obraz chorobowy: wywarły one wpływ swój trujący na krew, jakoteż i na naczynia, wywołując przez to obfite wylewy krwawe. Sokołowski wraz z niektórymi autorami (Dieulafoy) twierdzi, że choroba Werlhoffa nie jest niczem innem, jak tylko jednym z objawów ciężkiej natury cierpień, nie dających się często określić i że w przyszłości choroba ta, jako oddzielna postać chorobowa, zniknie zupełnie. — Inni autorowie uważają chorobę Werlhoffa za zupełnie samoistną, pierwotną i wskazują na zakaźny charakter tej choroby. Na czele ich stoi Petron, który wstrzykiwał królikowi surowicę krwi chorych na chorobę Werlhoffa; króliki ginęły po kilku dniach i na sekcyi znajdowano wylewy krwawe w mózgu, opłucnej, otrzewnej, wątrobie, śledzionie i mięśniach. Ciekawem jest to, że surowica krwi tych królików wywołała te same objawy u innych. Podobne objawy u królików wywołało wstrzyknięcie surowicy krwi chorych na plamicę zwykłą, coby wskazywało na pewien związek tej choroby z chorobą Werlhoffa. Lebrerich znalazł we krwi dziewczyny chorej na plamicę krwotoczną laseczniki zupełnie nieznane, które, sądząc z doświadczeń robionych na zwierzętach, możnaby uważać za swoiste dla choroby Werlhoffa. Lasecznik ten Lebrerich nazwał prątkiem plamicy (*bacillus purpurae*). Według Kolba, przyczyną choroby Werlhoffa są krótkie laseczniki o końcach zaokrąglonych głównie w postaci laseczników dwoistych (*diplobacilli*). Szczepienie zwierzętom hodowli tych laseczników wywołało śmierć przy objawach licznych wybroczyn. Jednak późniejsze badania innych autorów nie potwierdziły tego. Lebreton opisuje przypadek plamicy krwotocznej u 18-letniej dziewczyny, u której w 48 godzin po po silnem wzruszeniu wystąpiły bole głowy, gorączka, krwawienie z nosa, wybroczyny na kończynach górnych i dolnych. W kilka dni chora wyzdrowiała. Hodowle na agarze wskazały na obecność gronkowców. Bakan i Lacour przytaczają przypadek wiewióra powikłanego plamicą krwotoczną. Mężczyzna 18-letni dostał wiewióra, a w trzy dni później wystąpiły objawy choroby Werlhoffa: wybroczyny na całem ciele, kwawe wymioty, wypróżnienia i mocz krwawy. Kilkakrotne obostrzenia choroby. Po $2^1/_2$ miesiącach wszystkie objawy znikają. Badania bakteryologiczne wykryły obecność dwoinek wiewiórowych i gronkowców. Claisse oprócz gronkowców znalazł jeszcze laseczniki dwoiste (*diplobacilli*). Hochheimer przytacza przypadek, dotyczący młodej dziewczyny, która wstąpiła do kliniki Leydena z powodu zapalenia gardła, po którego przejściu pojawiły się na ciele wybroczyny. Stan bezgorączkowy. Wymioty i wypróżnienia krwawe. Badanie krwi wykryło leukocytozę i paciorkowce mało jadowite. Reher, Luret, Hlava, Theresse i Vidal znajdowali również paciorkowce. Vidal i Theresse przytaczają typowy przypadek choroby Werlhoffa. Badanie krwi wykryło wielką ilość paciorkowców. Vidal wyraża przypuszczenie, że choroby Werlhoffa nie wywołuje jakiś swoisty zarazek, natomiast mogą ją wywołać różnorodne zarazki, jak to bywa przy zapaleniu gardła, zapaleniu opłucnej, opon mózgowych. Swoją drogą możliwą jest rzeczą, że te wszystkie zarazki, jak gronkowce, paciorkowce, które obecnie w chorobie Werlhoffa znajdujemy, są zakażeniem wtórnem, pierwotnego zaś zarazka dotychczas wykryć się nie udało. Dziwnym jednak może się wydać fakt, że choroba wywołana zaburzeniem ustroju paciorkowcami, przebiega albo całkiem bez gorączki, albo z krótkotrwałem i niewielkiem podniesieniem ciepłoty. Objaśnić to można jedynie zmniejszoną jadowitością zarazka, co zostało potwierdzone doświadczeniami na zwierzętach.

Dla całokształtu różnorodnych poglądów na istotę choroby Werlhoffa należy wspomnieć o poglądach Fraenkla i Ajetlo, którzy przypisują powstawanie choroby Werlhoffa samozatruciu ustroju ptomainami z przewodu pokarmowego, znajdowane zaś we krwi bakterye uważają za zakażenie wtórne.

W przytoczonym przezemnie przypadku widzimy, że u człowieka poprzednio zupełnie zdrowego, wolnego od zakażenia, wystąpiła bez żadnych zwiastunów choroba, której pierwszymi objawami były nagłe bóle żołądka i ciemne krwawe plamy na skórze. Dokładnie zebrane wywiady wyłączyły możliwość jakiegokolwiek pierwotnego zakażenia, w którego następstwie mogłaby nastąpić skaza krwotoczna. Należy więc przypuszczać, że w danym przypadku mamy pierwotną zakaźną chorobę Werlhoffa.

Aczkolwiek przypuszczać można zakaźny charakter tego cierpienia, ale zarazek, jego własności biologiczne i drogi przenikania do ustroju są dotychczas nieznane, wobec tego nie może być mowy o żadnem swoistem leczeniu tej choroby. Wprawdzie stosowano kilkatrotnie surowicę przeciwpaciorkowcową, przez wprowadzenie do odbytnicy, jednak zbyt szczupła liczba doświadczeń tego rodzaju, nie pozwala nam z tego wysnuwać stanowczych wniosków. Nie pozostaje więc nic innego, jak leczenie objawowe, skierowane ku powstrzymaniu krwotoków i zwalczaniu wynikłej niedokrwistości. Z pośród rozmaitych środków zaznaczyć możemy: chlorek wapna, ergotynę, adrenalinę, — podawane wewnętrznie przez rozmaitych autorów z dobrym wynikiem — zaś przeciw niedokrwistości — arszenik i żelazo.

Piśmiennictwo. 1) Mehring — Choroby wewnętrzne. 2) Biegański — Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnetrznych; 3) Grawitz — Klinische Pathologie des Blutes, 4) Strümpel — Patologia i terapia szczegółowa; 5) Leube — Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnetrznych; 6) Oswald Moritz — Zur Kazuistik des Morbus maculosus Werlhoff (Wochenschrift Nr. 36, 1904); 7) Arnsztein i Troczewski — Ciężki przypadek plamicy krwotocznej wywołany zakażeniem miejscowem wikłającem ranę kłutą stopy (Gazeta lekarska 1894 r.); 8) Sokołowski — Przyczynek do kazuistyki i terapii ciężkich dyfterytów gardzieli (Gazeta lekarska 1894); 9) Dziewiszek — Przypadek plamicy Werlhoffa zakaźnej pierwotnej (Gazeta lekarska 1898); 10) Lebreton — Sur un cas de purpura infectieux (Semaine méd. p. 54, 1894 r.); 11) Balzar et Lacour — Uretro-cystite blennorhagique compliquée d' emblée de purpura infectieux très grave Sem. méd. p. 353, 1894 r.; 12) Roncagliolo — Examen hématologique dans un cas de maladie de Werlhoff — Sem. méd. novembre 1903 r.; 13) Hochheimer — Un cas de maladie de Werlhoff consecutive a une angine — Sem. méd. 9 decembre 1903 r.; 14) Lablé — Sur un cas de purpura hémorrhagique avec reaction myeloïde du sang. — Sem. méd. 27 novembre 1905 r.; 15) Cianni — L' action de l' adrenaline dans la maladie de Werlhoff — Sem. méd. 14 mars, 1906 r.; 16) Teurich et Parkinson — Administration du serum antistreptococcique par le rectum contre l' endocardite, l' infection gonococcique et la purpura hémorrhagique — Sem méd., mai 1908 r; 17) Kisiel A. A. — K. woprosu o swiazi mieżdu boleźnju Werlhoffa i bugarczatkoj — Russkij Wracz Nr 26, 1904 r.; 18) Peters — Słuczaj bolezni Werlhoffa — Russkij Wracz Nr. 20, 1905 r.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Ricard. **Leczenie zgorzeli cukrzycej gorącem powietrzem.** (*Akadem. Um.* Paryż, 24. II., 1909). R. poleca gorące powietrze jako bardzo cenny środek leczniczy przy zgorzeli na tle cukrzycy. Operacya niezawsze daje dobre wyniki, zwłaszcza co do gojenia się. Dlatego też R. postępuje obecnie w ten sposób, że najpierw stosuje bardzo wysokie ciepłoty (do 600°!), przez co uzyskuje spalenie niejako chorych części, wyjałowienie ich i przyspieszenie oddzielania się. Gdy się już chore części oddzielą, przechodzi R. do ciepłoty 60°, która wywołuje szybkie zabliźnianie się, przyczem blizny są delikatne i niebolesne. *Zl.*

Essau. **O stosowaniu jodbenzyny Heusnera.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 22). Wiadomo, jak trudno utrzymać w czystości i zdrowiu skórę w okolicy przetok, wydzielających ropę lub gryzące wydaliny. Użyte do opatrunku tłuszcze rozkładają się i wsiąkają w opatrunek, proszki skupiają się w bryłki lub zasychają w skorupki. Bardzo pożyteczną natomiast okazała się w takich razach jodbenzyna Heusnera, podana swego czasu do odkażania rąk. Zapobiega ona wypryskom, opatrunek odchodzi od rany gładko, a nadto jod działa korzystnie na gojenie się i ziarninę. Przy otwieraniu n. p. ropni smaruje E. okoliczną skórę jodbenzyną. Podobnie działa korzystnie jod, stosowany na linię szwów w rozczynie wodnym. Jodbenzynę sporządza sobie E. ta-

nim kosztem sam w następujący sposób: 10,0 cm³ nalewki jodowej miesza z 750,0 benzyny i 250,0 płynnej parafiny. Litr tej mieszaniny kosztuje około 90 fenigów. Parafiny dodać można trochę mniej lub więcej, zależnie od tego, czy chcemy mieć roztwór więcej tłusty, lub nie. Podobnie działa na skórę mieszanina spirytusu mydlanego z gliceryną i oliwą, ale jest znacznie droższa i trudniej ją sporządzić. *K.*

Szmurło. **O ropnicach pochodzenia usznego i o ich leczeniu.** (*Medycyna i Kron. lek.* 1909, Nr 19—22). Na podstawie bogatego doświadczenia, bo obejmującego 3000 chorych, badanych i leczonych bądź w praktyce prywatnej, bądź w ambulatoryum chorób usznych samarskiego szpitala ziemskiego (w ciągu ostatnich 8 lat) omawia S. sprawę pochodzenia i leczenia ropnic pochodzenia usznego, których spostrzegał 10, co odpowiada 0,3% ogólnej liczby chorych. W obecnej chwili w otyatryi powszechnie panuje teorya Leuterta, który utrzymuje, że ropnica pochodzenia usznego bywa zawsze skutkiem zakrzepów w zatokach mógowych, i że niema ropnicy pochodzenia usznego, w którejby nie było zakrzepu w jakiejkolwiek zatoce, a w szczególności w poprzecznej, a nawet w opuszce żyły szyjnej. Tam, gdzie światło zatoki nie jest zupełnie zatkane, istnieć musi przynajmniej skrzep przyścienny, którego cząstki dostawać się mogą do krążenia. O ile teorya ta w wielkiej liczbie przypadków znajduje w praktyce potwierdzenie, o tyle znów zaprzeczyć się nie da, że spotyka się niewątpliwie także takie przypadki, w których zatoki żylne i żyła szyjna nie ulegają najmniejszej zmianie. Dlatego też S. sądzi, że otwieranie zatoki i podwiązywanie żyły szyjnej w każdym przypadku ropnicy pochodzenia usznego, (jak to czyni z zasady wielu, a między innemi wiedeńska szkoła Politzera), nie jest postępowaniem zupełnie racyonalnem, zwłaszcza że zabiegi te, jak tego dowiodły spostrzeżenia Pansego, Körnera i t. p., nierzadko stać się nawet mogą przyczyną ciężkich następstw dla chorego. Körner twierdzi, że nierzadko ropnica powstawać może i inną drogą, a mianowicie przez tworzenie się zakrzepów w drobnych żyłkach wyrostka sutkowego, wpadających do żył opony twardej lub zatok mózgowych. Bakterye ropotwórcze dostać się mogą do obiegu krwi drogą podwójną, albo przez żyły jamy bębenkowej i wyrostka sutkowego, wpadające do zatoki poprzecznej i zatok skalistych, dalej przez żyły uszną tylną, uszno-skroniową i uszną głęboką, wpadające do żył szyjnych, albo też drogą naczyń chłonnych, które wpadają wprost do żyły podobojczykowej z lewej, a do żyły bezimiennej z prawej strony. Tak więc zatoce poprzecznej przypada w udziale główna, aczkolwiek bynajmniej nie wyłączna, rola zbiornika drobnoustrojów ropotwórczych, pochodzących z wyrostka sutkowego i jamy bębenkowej. Przytoczywszy szereg bardzo ciekawych i pouczających historyi chorób spostrzeganych i operowanych przez siebie przypadków ropnicy pochodzenia usznego, dochodzi autor do następujących wniosków: Istnieją dwa typy ropnicy pochodzenia usznego, pierwszy (przeważnie w przypadkach ostrych) bez udziału zatok żylnych, drugi z zakrzepami w nich i w opuszce żyły szyjnej. Ropnica pochodzenia usznego przebiegać może pod trzema postaciami: 1) Postać lekka z kilkoma napadami, zwykle bez tworzenia się ropni przerzutowych. 2) Postać średnio ciężka. Częste napady, liczne ropnie przerzutowe w stawach, pod okostną, w tkance podskórnej, w płucach i t. p. Choroba trwa 2—3 miesięcy, przeważnie kończy się wyzdrowieniem. 3) Postać ciężka (zwykle na tle spraw przewlekłych ucha), śmiertelna. — Pod względem rozpoznawczym wielki nacisk kładzie S. na objaw Mourego, polegający na spostrzeżeniu, że w razie zakrzepu w zatoce poprzecznej zatoka ta wybitnie tętni. Próbne przekłucie lub nacięcie zatoki jest zabiegiem zupełnie wprawdzie nieszkodliwym, ale wobec zakrzepu przyściennego nie wiedzie do celu. Leczenie surowicą przeciwpaciorkowcową w lżejszych przypadkach przerywa napady, obniża zaraz ciepłotę, poprawia sen i stan podmiotowy chorych. Dawki powinny być wysokie. Nikonow radzi najmniej 100 ctm. W przypadkach ciężkich surowica nic nie pomaga. Podwiązanie żyły szyjnej nie jest zabiegiem tak idealnym, jak o nim zwykle mówią, bo nie wyłącza wcale możliwości przenoszenia się rozpadłych cząstek do obiegu krwi inną drogą, a stosowane tam, gdzie niema zakrzepu, wywoływać może groźne objawy. Jedynem wskazaniem do tego zabiegu jest zakrzep ropny, lecz wtedy idzie właściwie o otwarcie ogniska ropnego. Usilne odżywianie, obfite użycie wina, leczenie surowicą i wczesna operacya ucha odgrywają najwybitniejszą rolę w leczeniu ropnic pochodzenia usznego. *Klęsk.*

Prof. Kehr. **Znaczenie próby Cammidgea przy stawianiu wskazań w leczeniu kamicy żółciowej.** (*Münch. med. Woch.* 1909, Nr 21). Chirurdzy dzielą się w sprawie kamicy żółciowej na trzy obozy: jedni operują wcześnie, niejako zapobiegawczo, drudzy późno, dopiero ze wskazania życiowego, a trzeci wreszcie, do których należy K., stoją po środku, t. j. operują zawsze w koniecznych przypadkach (ropniak, ostre zajęcie dróg żółciowych i t. p.), ale nie uchylają się od operacyi ze wskazań względnych, np. trwałych bolów i t. p. Nie trudno udowodnić, że wczesne operowanie każdego bezwzględnie przypadku nie jest uzasadnione. Najpierw wiemy, że kamica jest bardzo częstą chorobą i nieraz żyją z nią chorzy do późnej starości bez wielkich dolegliwości. Gdybyśmy zatem operowali wszystkich cierpiących na kamicę, tracilibyśmy, jak to z natury rzeczy wynika, także więcej chorych na powikłania operacyjne (zapalenia płuc i t. p.), coby sprawiło, że śmiertelność u operowanych stałaby się może i większą, niż u nieoperowanych. Nacięcie pęcherzyka nie daje pewności wyleczenia; trzebaby chyba zapobiegawczo wycinać pęcherzyk, a jest to już zabieg wielki. Nie trzeba też chyba dowodzić, że operowanie znów wyłącznie tylko ze wskazań życiowych jest ryzykowne. Dlatego też, jak zawsze, droga pośrednia jest najlepszą. W ostatnich jednak czasach jeszcze jedna rzecz wchodzi tu w rachubę. Jak to wykazał Mayo-Robson, ulega przy kamicy schorzeniu ostremu lub przewlekłemu często i trzustka. Kehr może to ze swego doświadczenia tylko potwierdzić, bo spotykał najmniej w 24% powikłania w trzustce. Na te powikłania musimy zwracać baczną uwagę. W próbie Cammidgea mamy, jak wiadomo, wskaźnik schorzenia trzustki. K. na zasadzie własnych badań, kontrolowanych następnie operacyami, przekonał się, że próba ta jest wcale pewną, zwłaszcza co do cierpień przewlekłych trzustki i dodatni wynik tej próby niemal w 82% dowodzi powikłania w trzustce. Wobec tego obecnie K. uważa przy kamicy żółciowej (zresztą nie wymagającej bezwzględnie operacyi) dodatni wynik próby C. za wskazanie do zabiegu. Nie należy oczywiście zapominać o tem, że próba Cammidgea wypada dodatnio i przy innych cierpieniach, jak stwardnienie tętnic, zapalenie płuc i t. p. Wyrocznią ona nie jest i w ostatnim czasie np. w jednym przypadku ostrego ropnego zapalenia trzustki wypadła ona ujemnie, co utwierdza tylko K. w mniemaniu, że próba ta ma głównie wartość w przypadkach przewlekłych cierpień trzustki. Mocz, używany do badania, powinien być całkiem świeży, bo już po 6—8 godzinach nieraz wypada próba ujemnie, choć przedtem w tym samym moczu była dodatnią. Najlepiej nadaje się do badania mocz popołudniowy po jedzeniu. W moczu rannym często wypada próba ujemnie, a w popołudniowym dodatnio. Lekarz praktyczny powinien przypuszczać powikłanie w trzustce przy kamicy wtedy, jeżeli po ostrym napadzie, mimo ustąpienia miejscowych objawów zapalnych, stan ogólny chorych, apetyt i trawienie pozostają nadal nieprawidłowe. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

C. Barth: **Znaczenie badań bakteryologicznych dla wycięcia macicy drogą brzuszną z powodu raka.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zesz. 2), Operacye raka macicy drogą brzuszną stanowią jeszcze ciągle wielkie niebezpieczeństwo dla operowanej z powodu możliwości następowego zakażenia otrzewnej. Wielką śmiertelność przy tej operacyi odnoszono z początku do ciężkości samego zabiegu, niedostatecznej techniki, utraty krwi i t. p.; dzisiaj wiemy, że drobnoustrojów, wywołujących zakażenie, należy szukać w samym nowotworze. To naprowadziło operatorów na myśl bakteryologicznego badania podczas operacyi, celem wczesnego rozpoznania rodzaju zakażenia. Pierwsze badania w tym kierunku przeprowadził Liepmann, który przed operacyą szczepił na bulion najprzód wydzielinę wrzodu nowotworowego, następnie po otwarciu otrzewnej płyn z jamy brzusznej, a w końcu po wyjęciu macicy i gruczołów, cząsteczki z nich lub z tkanki przymacicznej. Autor przeprowadzał podobne badania w 55 przypadkach, przyczem jednak, celem otrzymania pewnych wyników, dokonywał przeszczepień z tkanki przymacicznej na pożywki jeszcze przed wycięciem macicy, zaraz po podwiązaniu więzadeł, nim operujące palce dotknęły się głębszych części tkanki przymacicznej. Badanie samego nowotworu wykazało w 27 przypadkach zwykłe drobnoustroje żyjące w pochwie, w 4 (raz w czystej hodowli) paciorkowce zwykłe, a w 24 (9 razy w czystej hodowli) hemolityczne. Z tych 24 chorych 7 okazywało objawy zakażenia jeszcze przed operacyą (ciepłota 38·4, tętno 118); z pierwszych 27 chorych gorączkowała przed operacyą tylko jedna (37·8), a z 4, u których znaleziono paciorkowce niehemolityczne, żadna. Z badań tych należy wysnuć ten praktyczny wniosek, aby przy operacyi unikać o ile możności dostania się wydzieliny wrzodu

nowotworowego, lub nawet wydzieliny pochwy do jamy brzusznej i na powierzchnię ranną tkanki łącznej miednicznej. W tym celu należy przed operacyą sam wrzód nowotworowy najprzód wyskrobać i przypalić, a przed odcięciem oczyścić go wyskokiem i osuszyć. Pomimo jednak zastosowania wszelkich środków nie uniknie się często zakażenia tam, gdzie chodzi o drobnoustroje bardzo żywotne. Co się tyczy przebiegu pooperacyjnego u powyższych 55 chorych, to z 27 pierwszych chorych zmarło 6, z których jednak tylko u jednej zakażenie pozostawało na pewne w związku z drobnoustrojami samego nowotworu; z 4 chorych z paciorkowcami niehemolitycznymi w nowotworze żadna nie zmarła wskutek zakażenia, a z 24 z paciorkowcami hemolitycznemi zmarło 10, z których u 6 zakażenie było przyczyną śmierci. Badania tkanki przymacicznej wykazały tylko w jednym przypadku paciorkowce hemolityczne, w jednym gronkowce, a w 4 bakterye zwykle żyjące w pochwie. Wyniki te stają w sprzeczności z wynikami Liepmana, który w tkance przymacicznej znajdował bardzo często paciorkowce i przypadki te uważał za stracone. Ta różnica wyników jest następstwem różnego sposobu badania, Liepmann bowiem dokonywał przeszczepień z tkanki przymacicznej dopiero po wyjęciu macicy, a więc w czasie, kiedy ona mogła się już następowo zanieczyścić w czasie długiego trwania operacyi. Najważniejsze jest jednak badanie powierzchni rannej tkanki łącznej miednicznej i otrzewnej miednicy zaraz po operacyi, ponieważ znajdujące się tu paciorkowce muszą być niebezpieczne z powodu niedostatecznej zwykle w tych przypadkach odporności samej otrzewnej. Autor znalazł na niej drobnoustroje w 16 przypadkach: 4 razy bakterye pochwowe, raz prątki okrężnicy hemolityczne, 4 razy gronkowce białe, 2 razy paciorkowce zwykłe, które w tych przypadkach znaleziono także w samym nowotworze, i 5 razy paciorkowce hemolityczne, które również były w samym nowotworze. Z tych 16 przypadków, pierwszych 11 przeszło bez najmniejszego odczynu ze strony otrzewnej, natomiast w 4 z ostatnich 5 objawy zakażenia otrzewnej były bardzo ciężkie i wywołały w 2 z nich zejście śmiertelne w 1—8 dni po operacyi. Rokowanie więc w tych przypadkach jest niekorzystne, choć nie jest bezwzględnie złe, a zależy od żywotności paciorkowców i odporności ustroju. Obecność paciorkowców na otrzewnej można sobie wytłómaczyć albo w ten sposób, że one z ogniska nowotworowego weszły tak głęboko w tkanki, iż przy ich przecięciu dostały się na otrzewnę, albo. co jest prawdopodobniejsze, że tkanka została zanieczyszczona dopiero podczas operacyi, przez dostanie się na nią wydzieliny pochwowej lub z wrzodu nowotworowego. Wartość bakteryologicznego badania podczas operacyi jest więc wielka nietylko ze względu na rokowanie w danym przypadku, lecz ma nadto ważne znaczenie zapobiegawcze, o ile nakazuje zachować szczególną ostrożność w danym razie celem uniknięcia dostania się mas nowotworowych lub wydzieliny na otrzewnę; korzystne zastosowanie znajduje w tych przypadkach sączkowanie przez pochwę po ukończeniu operacyi. *E. Ehrenpreis.*

Fellner: **O czynności jajnika w ciąży.** (*Arch. f. Gyn.* tom. 87, zesz. 2). Na podstawie badań histologicznych i licznych spostrzeżeń klinicznych dochodzi F. do przekonania, że czynność jajnika w czasie trwania ciąży nie ustaje. W szczególności przemawiają za tem licznie opisane przypadki zastąpienia dodatkowego (*superfoctatio*), jakoteż zastąpienia już w 4. dniu połogu. Dość często spostrzegano przypadki regularnie występującej miesiączki nawet w ciągu całego trwania ciąży, jakoteż objawy towarzyszące miesiączki, a występujące w ciąży jako t. zw. fale Goodmanna. Paoli wykazał u 30 ciężarnych, że w dniach odpowiadających terminom miesiączki występuje u nich wyraźne wzmożenie wszystkich czynności fizyologicznych: zmiany pojemności płuc i ciśnienia krwi, przeczulica skóry, wzmożone odruchy, przyspieszenie tętna, zmiany w składzie ilościowym i ciężarze gatunkowym moczu, niekiedy białkomocz i in. Schatz, chcąc obliczyć termin porodu, zestawił krzywe ciśnienia krwi, które również wykazują wybitne wahania w okresach, odpowiadających czasowi miesiączki. Przeglądając dokładnie krzywe Schatza, jakoteż własne, stwierdził F. dwa typy fal: jeden odpowiadający takim samym wahaniom przed ciążą i po porodzie i drugi, przypadający na czas wystąpienia bolów porodowych i samego porodu, który jednak znika zupełnie w połogu. Pierwszy typ odpowiada wahaniom miesiączkowym, drugi ciążowym i trwa od zastąpienia aż do porodu. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że czynność wydzielnicza jajników w czasie ciąży nie ustaje, ale nawet się wzmaga i przyczynia do zobojętnienia trucizn, krążących we krwi matki. *E. Ehrenpreis.*

Offergeld: **Rak macicy i jego przerzuty w opłucnej i płucach.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zesz. 2). Pierwotny rak macicy bardzo rzadko daje przerzuty w opłucnej i tylko w późnym okresie, częściej rak szyjki, aniżeli trzonu. Nie tak rzadko natomiast spostrzegamy przerzuty w płucach i to już we wczesnych okresach pierwotnego raka macicy. Opisano przypadki, w których gruczoły przymaciczne były jeszcze wolne, a przerzuty w płucach były pierwszym objawem uogólnienia się nowotworu. Przerzuty w płucach występują zwykle obustronnie i szczególnie często w środkowych częściach płatów dolnych; powstają głównie drogą krwionośną, o wiele rzadziej limfatyczną; w obu razach konieczne jest pewne usposobienie ustroju i samej tkanki płucnej, które zostaje nabyte przez rozwój samego nowotworu, choroby przypadkowe w tym czasie występujące i przyczyny okolicznościowe. Na drodze krwionośnej dostają się przerzuty do płuc przez żyłę główną dolną, rzadziej przez górną za pośrednictwem przewodu piersiowego; dla drogi limfatycznej wchodzi głównie w rachubę przeniesienie wsteczne z gruczołów okołooskrzelowych. Przerzuty w opłucnej powstają tylko drogą limfatyczną przez przeniesienie cząsteczek nowotworowych z gruczołów płucnych i okołooskrzelowych, wywołane zamknięciem lub uciskiem dróg odprowadzających, albo też wprost z naczyń limfatycznych brzusznych, które przeszedłszy przez przeponę, tworzą w jamie piersiowej gęstą sieć. *C. Ehrenpreis.*

Offergeld: **Przerzuty raka macicy w jamie brzusznej.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 87, zesz. 2). Przerzuty pierwotnego raka macicy w jamie otrzewnej przydarzają się zwykle w późnym okresie jego rozwoju. Miejscem ich ulubionem jest zatoka Douglasa i otrzewna pokrywająca przeponę. Powstają one albo przez rozsiewanie się komórek nowotworowych, albo drogą naczyń limfatycznych. Pochodzenia limfatycnegzo są zwykle przerzuty w sieci i warstwie mięsnej jelit; powstają one drogą wsteczną z gruczołów otrzewnych, z którymi naczynia chłonne macicy i jelit są pośrednio połączone. Charakterystycznym dla przerzutów w jelitach jest ich okrężny rozwój, wywołujący kliniczne objawy zwężenia jelita. Czasem bardzo trudno rozstrzygnąć, czy w danym przypadku chodzi o przerzuty, czy też o pierwotną mnogość nowotworu. Pewne znaczenie może tu mieć okoliczność, że nowotwór pierwotny rozwija się zwykle szeroko w swem otoczeniu, natomiast przerzuty są ograniczone; nadto nowotwór przerasta zwykle wszystkie tkanki w otoczeniu ogniska pierwotnego, czego się nie spostrzega w przerzutach; w końcu zważyć należy, że pierwotne mnogie raki są rzadkie. Objawy kliniczne przerzutów polegają na przypadłościach, jakie guzy śródotrzewne zwykle wywołują, z dodatkiem objawów miejscowych zależnie od siedziby przerzutu, nierzadko objawów zwężenia jelit; bardzo często jednak brak wszelkich objawów, a dopiero sekcya stwierdza obecność przerzutów. Przerzuty w wątrobie powstają w 5—15% przypadków raka macicy, w każdym okresie jego rozwoju, nie wywołując najczęściej żadnych objawów. Dlatego też zaleca O. zawsze przy zabiegu doszczętnym operować drogą jamy brzusznej, w każdym przypadku dokładnie zbadać wątrobę i w danym razie równocześnie wykonać jej resekcyę (?). Przerzuty w wątrobie mogą powstać na drodze naczyń krwionośnych i limfatycznych, drogą krwionośną przez żyłę wrotną wskutek miejscowego wtargnięcia nowotworu wprost do żyły, albo, na co zwrócił uwagę Willimski, drogą żył odbytniczych dolnych po przejściu nowotworu na dalsze części odbytnicy. O. zwraca uwagę jeszcze na jedną drogę: żyły odprowadzające krew z wewnętrznych narządów rodnych, komunikują z żyłą główną dolną za pośrednictwem splotu macicznego, z którego odchodzi kilka gałązek do żyły wrotnej. Na drodze limfatycznej mogą przerzuty powstać za pośrednictwem naczyń chłonnych, otaczających żyłę wrotną, a komunikujących wprost z gruczołami i naczyniami chłonnemi miednicy, jakoteż przez przeniesienie wsteczne z gruczołów krezkowych do żyty wrotnej. Mimo tak licznych dróg i korzystnych warunków przerzuty nie występują w wątrobie tak często, coby przemawiało za tem, że komórki nowotworowe giną w wątrobie w znacznej ilości. Przekonano się istotnie, że wątroba wytwarza fermenty, które rozpuszczają komórki nowotworowe (*autolysis*). Jeżeli jednak rozwój raka pierwotnego tak już postąpił, że wywołał wpływ szkodliwy na cały ustrój, a więc i na czynności wątroby, wówczas osłabia się wytwarzanie jej fermentów do tego stopnia, że komórki nowotworowe już rozwinąć się w niej mogą. Fakt ten jest bardzo ważny, i tłómaczy, dlaczego przy wczesnem usunięciu ogniska pierwotnego, ustrój może jeszcze przyjść do siebie, tak, że dalsze przerzuty już nie wystąpią, a obecne jeszcze we krwi komórki nowotworowe zupełnie z niej znikają. Z drugiej strony przemawiają przerzuty w wątrobie za tem, że ustrój zużył już swą odporność w walce z nowotworem pierwotnym i że jego siły ochronne już się wyczerpują. Przerzuty w trzustce zdarzają się przy raku

macicy bardzo rzadko i zwykle tylko w daleko posuniętym okresie jego rozwoju; usadawiają się zwykle w głowie trzustki i nie wywołują najczęściej żadnych objawów; powstają zaś drogą limfatyczną przez przeniesienie wsteczne z gruczołów zaotrzewnych. *E. Ehrenpreis.*

Higuchi (Tokio): **O zdolności wessania błony śluzowej pochwy i macicy.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 86, zesz. 3). Na zdrowej błonie śluzowej pochwy przedsiębrał H. próby z jodkiem potasu w postaci 10% rozczynu glicerynowego (do tamponów), 10—20% rozczynu wodnego (do tamponów), i kul kakaowych zawierających 1 gr. jodku potasu. Środki te wprowadzał H. we wzierniku do tylnego sklepienia pochwy, poczem wejście do niej zamykał watą, a do pęcherza moczowego wprowadzał cewnik, przez który co 5 minut wypuszczał trochę moczu celem badania na zawartość jodu; równocześnie badano także ślinę. W podobny sposób przeprowadzał H. doświadczenia z kwasem salicylowym, który stosował w 5% mieszance glicerynowej i w 10% rozczynie wyskoku, a w końcu i ze strychniną, którą wprowadzał do pochwy suk i królików w postaci pręcików kakaowych. Wyniki były następujące: błona śluzowa pochwy wessała powyższe 3 środki przy wszystkich sposobach stosowania i to najszybciej przy stosowaniu w czopkach kakaowych (jodek potasu w 22′ 39″; kwas salic. w 46′ 40″), powolniej przy użyciu rozczynów wodnych (jodek pot. w 42′ 30″; kwas salic. w 58′20″), a najpóźniej przy użyciu rozczynów glicerynowych (jod. pot. 2 godz. 44′; kw. salic. 2 godz.). Gdzie więc idzie o szybkie wessanie, należy środki lecznicze stosować w postaci kakaowych kul pochwowych. Gliceryna przeszkadza wessaniu wskutek odciągania tkankom wody. Zdolność wessania u tej samej kobiety niezawsze jest jednaka, zmniejsza się w wieku późnym, jest również mniejszą u wieloródek, aniżeli u kobiet, które nie rodziły; zwiększa się zaś w początkowym okresie ciąży, poczem się zmniejrza w miarę zbliżania się porodu; w połogu znowu nieco się zwiększa, poczem wraca do zwykłego stanu. W czasie miesiączki różnicy nie zauważono; natomiast opóźnia się wessanie w przypadkach owrzodzeń na części pochwowej. Podobnie zachowuje się także zdolność wessania błony śluzowej macicy, do których środki te w rozczynach wodnych H. wstrzykiwał zapomocą strzykawki Brauna. *E. Ehrenpreis.*

Prof. Zweifel: **Badania chemiczne treści pochwy ciężarnych.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 86, zesz. 3). Döderlein wykazał, że bakterye zwykle znajdujące się w pochwie u ciężarnych są raczej pożyteczne, aniżeli szkodliwe, wobec czego należy je raczej hodować, aniżeli usuwać i niszczyć przez przestrzykiwania pochwowe, i że wydzielina prawidłowa pochwy oddziaływa zawsze kwaśno. Zweifel zajął się badaniem chemicznych własności tego kwasu, i wykazał, że jest nim kwas mleczny, wytworzony wskutek fermentacyi pod wpływem działania bakteryi, przyczem glikogenu dostarcza głównie błona śluzowa. Kwas ten znajduje się już to w stanie wolnym, już to związany z potasem, który niewątpliwie pochodzi ze śluzu szyjki macicy. Autor wykazał w białej wydzielinie pochwowej u pierwiastek 0,00633—0,0068 gr., a u wieloródek 0,005 gr. kwasu mlecznego na osobę; u wieloródek ze sromem prawidłowo zamkniętym 0,00564 gr. W wydzielinie ropiastej znaleziono mniej kwasu mlecznego — 0,0034 gr., a w krwawej tylko 0,0017 gr. na osobę. Kwasu mlecznego związanego znaleziono w wydzielinie prawidłowej średnio 0,00551 gr.; w wydzielinie ciężarnych chorych na wiewióra i kąpanych wykazano znacznie mniejsze ilości, szczególnie kwasu wolnego. Z badań tych można wysnuć praktyczny wniosek, że celem podniesienia działania naturalnego urządzenia ochronnego przeciw zakażeniom połogowym, należy u ciężarnych i położnic stosować przestrzykiwania pochwowe rozczynem kwasu mlecznego, przyczem używać należy rozczynów słabych 0,5%, a u kobiet wrażliwych tylko $^1/_3$%. Dalej stwierdził Z., że przez używanie pełnych kąpieli wydzielina pochwowa u pierwiastek nie traciła prawie zupełnie kwasu mlecznego, natomiast u wieloródek bardzo dużo, co niewątpliwie pozostaje w związku z mniej lub więcej otwartym sromem u wieloródek i dostaniem się do pochwy mniejszej lub większej ilości wody kąpielowej; podobnie zmniejszała się ilość kwasu mlecznego po przestrzykiwaniach pochwy zwykłą wodą wodociągową (kąpielową) — a zwiększała, jeżeli do przestrzykiwań użyto wody przekroplonej, a szczególnie fizyol, rozczynu soli. Zdaje się, że zwykła woda wiąże wolny kwas mleczny, czyniąc go przez to nieużytecznym, gdyż tylko wolny kwas mleczny działa bakteryobójczo, a nie jego sole. Ze względu na to radzi Z. ograniczyć używanie pełnych kąpieli u ciężarnych, szczególnie przed porodem, a w miejsce ich stosować zmywania oczyszczające z nacieraniami (nie gąbką), o ile możności wodą przepływającą; części rodne należy zmywać tylko zewnętrznie, a do przestrzykiwań używać tylko wody przekroplonej lub 0,5% rozczynu kwasu mlecznego w wodzie przekroplonej, względnie przy zakażeniach w fizyologicznym rozczynie soli. Przestrzykiwania te należy stosować także wśród porodu, w przypadkach przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, wody płodowe bowiem lub krew, zobojętniając lub nawet alkalizując wydzielinę pochwową, mogą się przyczynić do tem łatwiejszego rozwoju bakteryi chorobotwórczych. Dobre wyniki lecznicze otrzymał Z. również w przypadkach nieżytu pochwy lub szyjki po zastosowaniu przestrzykiwań kwasem mlecznym. *E. Ehrenpreis.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 26. maja 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 44. Protokól z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Prof. Kostanecki zdaje sprawę z dotychczasowej działalności komisyi przeciwgruźliczej i podaje do wiadomości, że komisya rozwiązuje się, natomiast powstaje krakowskie Koło »Towarzystwa walki z gruźlicą«. Przewodniczący dziękuje Prof. Kostaneckiemu, Prof. Kostanecki zaś podnosi zasługi wszystkich członków komisyi, zwłaszcza sekretarza kol. Korolewicza.

2) Kol. Eisenberg przedstawia **dwa nowe sposoby barwienia bakteryi gruźliczych.** Pierwszy z nich polega na tem, że preparaty barwione na gorąco fuksyną karbolową, odbarwia zapomocą formaliny (handlowy preparat 40%), unikając w ten sposób odbarwiania kwasem i alkoholem, niebezpiecznego dla form uszkodzonych. Druga metoda jest ulepszeniem eozynowej metody, podanej ostatnimi czasy przez Garisa. Barwi się preparaty gorącym rozczynem cyanozyny sublimatowej, odbarwia alkoholowym rozczynem ługu (KOH 1·0. KI 0·5, alkoholu 50% 100), a podbarwia słabym błękitem. Mimo, że zabarwione barwnikiem kwaśnym, bakterye gruźlicze występują mocno czerwono, podobnie jak przy metodzie Ziehla. Zamiast sublimatu można użyć jako zaprawy dla cyanozyny płynu Lugola, kwasu garbnikowego lub pikrynowego. Oprócz tych metod w ostatnim czasie znalazł E., że można barwić bakterye gruźlicze zapomocą fuksyny lub gencyany boraksowej (skład analogiczny, jak w błękicie Mansona), dalej zapomocą zieleni Bindscheidlera lub zieleni metylenowej karbolowej. Obszerniejsze badania nad zachowaniem się bakteryi gruźliczych w różnych warunkach wobec tych metod wykażą, czy metody te są lepsze od powszechnie używanych, t. j. czy zdołają one także barwić bakterye uszkodzone, nie barwiące się zapomocą zwykłych metod.

3) Prym. Borzęcki przedstawia **przypadek tocznia twarzy,** u chorej, u której napewno jest kiła. Odczyny Wassermanna i Pirqueta wypadły dodatnio, wobec czego przypadek przedstawia się niejasno. Prym. B. przychyla się do rozpoznania kiły, i w tym kierunku będzie prowadzić leczenie, a wyniki przedstawi na jednem z przyszłych posiedzeń.

4) Prof. Lewkowicz przedstawia: *a)* **przypadek gruźlicy gruczołów i scrophuloderma** u dziecka 2-letniego, w którym stosował wstrzykiwania tuberkulinowe z dobrym skutkiem. *b)* **Próby zobojętnienia odczynu tuberkulinowego zapomocą ciała Spenglera.**

5) Kol. Radliński przedstawia: *a)* dziewczynkę 9-letnią, u której z powodu przewlekłego wgłobienia **resekował całą okrężnicę** od kiszki ślepej do pętli esowatej, *b)* przypadek **resekcyi jelit z powodu postrzału.**

6) Doc. Gliński wygłosił wykład: **Dziedziczność, a usposobienie anatomiczne w gruźlicy.**

Dyskusya: Prof. Klecki omawia pojęcie dziedziczności. W sprawie *hereditas germinativa* wspomina o badaniach Carriera, na mocy których sądzi, że taka dziedziczność jest możliwa. Kol. Eisenberg podnosi, że biologiczne, a raczej funkcyonalne usposobienie musi chyba większą odgrywać rolę w sprawie gruźlicy, że tedy w tym kierunku należałoby przedewszystkiem pokierować dalsze badania. Zmiany Freundowskie zdołają tylko wytłómaczyć usposobienie miejscowe szczytów płucnych, nie tłómaczą natomiast, dlaczego ustrój wogóle zakażeniu gruźliczemu podlega, lub dlaczego w różnych przypadkach przebieg tego zakażenia taki jest różny. Doświadczenia Bartla nad niedo-

kształceniem narządu chłonnego zdają się w tym kierunku być pierwszym, a wiele obiecującym początkiem, o ile się w tym narządzie uzna najważniejszy narząd ochronny ustroju wobec zarazka gruźlicy. W sprawie szkodliwego wpływu na rozwój zarodka, możliwe jest obok uszkodzenia bezpośredniego przez jady, także i pośrednie przez upośledzenie zdrowia matki, a przez to i odżywienia płodu, uszkodzenie nieswoiste, ale z pewnością ważne dla sprawności przyszłego potomstwa i jego ogólnej odporności wobec zakażeń w życiu pozapłodowem. Kol. Emil Godlewski nie godzi się na łączenie wszystkich cech jako równoznacznych, i twierdzi, że większość cech, wymienionych przez Doc. Glińskiego, są to tylko cechy korrelacyjne. Prof. Bujwid staje w obronie szkoły bakteryologicznej. Prof. Ciechanowski zastanawia się nad praktyczną wartością podziału cech anatomicznych na istotne i korrelacyjne, nad pytaniem, o ile zmiany Freundowskie mogą się potęgować przez czynniki, później działające (nabyte), wreszcie zwraca uwagę na badania Albrechta, dotyczące międzyżebrzy i opłucnej u dzieci gruźliczych. Doc. Gliński zastrzega się przed zarzutem, jakoby niedoceniał szkoły bakteryologicznej, uważa krótkość chrząstki pierwszego żebra za istotny czynnik dziedziczności.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIX. Posiedzenie naukowe z dnia 28. maja 1909.

I. Kol. Orzechowski przedstawia chorego z **diplegia cerebralis**, ze znaczniejszem jednak porażeniem prawostronnem. U chorego występują napadowe skurcze mięśni twarzy, szczęki dolnej i rąk, oraz przykurczenia tułowia i kończyn dolnych. Prelegent przypuszcza, że objawy chorobowe są następstwem (chory doznał urazu) licznych drobnych wybroczyn w różnych miejscach układu nerwowego, i to głównie w drogach piramidalnych, wywołując owe napadowe skurcze, a po zagojeniu przykurczenia. W dyskusyi zabierali głos kol. Franke i Herman.

II. Kol. Czyżewicz (jun.) wypowiada: **Kilka słów o ciąży zewnątrzmacicznej.** Przechodząc rozpoznanie, przebieg i leczenie ciąży zewnątrzmacicznej mówi o 10 przez siebie operowanych przypadkach tej sprawy, oraz przedstawia nader ciekawe i pouczające preparaty ciąży zewnątrzmacicznej, uzyskane w czasie operacyi. W dyskusyi zabiera głos kol. Prof. Sołowij i kol. Obtułowicz, podnoszący z naciskiem konieczność operacyi w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie dnia 23 lutego 1909 r.

Bychowski mówił: **O niektórych wskazaniach do radykalnej lub paliatywnej trepanacyi przy nowotworach mózgu.**

Celem łatwiejszego rozumienia poruszonej sprawy, przedstawił prelegent: 2) 24-letniego mężczyznę z bólami głowy, zawrotami, drgawkami ogólnemi i obustronną tarczą zastoinową. Prelegent rozpoznaje w przypadku tym nowotwór mózgu, bez możności określenia miejsca, jakie zajmuje nowotwór. Siła wzroku u chorego w ostatnich czasach zmniejsza się. 2) 20-letnią dziewczynę z obustronnym zanikiem nerwów wzrokowych po uprzedniem zapaleniu nerwu. Cierpienie powstało przed 3 laty: bóle głowy, wymioty, zapalenie nerwu wzrokowego, porażenia niektórych mięśni ocznych. Rozpoznawano nowotwór mózgu (na podstawie?) bez możności zabiegu doszczętnego. Od 2 lat chora niema żadnych objawów prócz zupełnej ślepoty. 3) 22-letnią dziewczynę, u której przed 2 laty wystąpiły objawy guza w okolicy prawej strefy czuciowo-ruchowej, oraz zmiany na dnie oka. Na proponowany w swoim czasie zabieg chora nie zgodziła się. Obecnie jest zupełnie ślepa wskutek zaniku nerwów wzrokowych, oraz ma lewostronne porażenie połowicze. 4) 65-letniego mężczyznę, który w przeciągu lat 6 miewał częste napady padaczki Jacksona, bez zmian ze strony dna oka i bez bolów głowy i wymiotów. U chorego tego rozpoznano guz mózgu. Za pomocą trepanacyi (kol. Raum) przed $2^1/_2$ laty usunięty został śródbłoniak opony twardej, który uciskał na strefę czuciowo-ruchową. Po zabiegu pozostał niedowład połowiczy, ale napadu drgawek nie było. 5) Mięsak zajmujący prawie cały prawy zraz czołowy i zlewający się z istotą mózgową. Cierpienie zaczęło się od bolów głowy i wymiotów; zanik nerwu wzrokowego; objawów miejscowych żadnych nie było. 6) Dający się łatwo wyłuszczyć mięsak móżdżku, zajmujący prawie całą lewą półkulę. Chora przybyła już z zanikiem nerwów wzrokowych. Na podstawie objawów miejscowych (zniesienie słuchu, brak odruchu rogówkowego) można było określić siedzibę nowotworu. Nieznośne bóle głowy i nieustające wymioty zniewoliły do trepanacyi w miejscu wskazanem (kol. Raum). Po otwarciu czaszki bóle głowy ustąpiły Rozmiary mięsaka uczyniły niemożliwym zabieg doszczętny. 7) Mózg z mięsakiem przerzutowym w lewym zrazie ciemieniowym; za życia określono dobrze siedzibę nowotworu na zasadzie aleksyi.

Trzymając się zwykłego podziału symptomatologii nowotworów mózgu na objawy ogólne i miejscowe, omawia prelegent te przypadki, gdzie na pierwszy plan występują objawy miejscowe, oraz te, przy których cała sprawa odbywa się tylko przy objawach ogólnych. Przy obecności prawdopodobnych objawów miejscowych jest wskazanie do zabiegu doszczętnego, przyczem zwlekać z nim aż do wystąpienia objawów ogólnych nie należy (jak to było w przypadku IV). Na różne niespodziewane przypadki należy być przygotowanym: preparaty V i VII dowodzą, że nawet dokładnie umiejscowiony nowotwór może nie dać się wyłuszczyć. Odnosi się to również i do nowotworów podkorowych. Najłatwiejsze do usunięcia są nowotwory strefy czuciowo-ruchowej. Prelegent zatrzymuje się dłużej nad nowotworami móżdżku, które już obecnie dają zachęcający odsetek skutecznego zabiegu doszczętnego. Wspomina też B. o możliwości dokładnego rozpoznania i doszczętnego usuwania nowotworów przysadki mózgowej, przyczem powołuje się na osobiście spostrzegany i skutecznie operowany przypadek

Z kolei przechodzi prelegent do tych przypadków, gdzie występują tylko, lub prawie tylko, objawy ogólne. Za najważniejszy z nich objaw uważać należy zmiany na dnie oka, które częstokroć bardzo szybko wiodą do ślepoty ogólnej (przypadki II, III, V i VI).

Zamiast tracić czas na leczenie przeciwkiłowe, radzi B. we wszystkich przypadkach, gdzie systematyczne badanie stwierdza postępujące osłabienie wzroku, przystępować do trepanacyi paliatywnej. W ten sposób uda się zapobiedz w wielu przypadkach takiemu strasznemu kalectwu, jakiem jest ślepota. Jest to tem ważniejsze, że obecnie znane są przypadki, rozpoczynające się przy objawach nowotworu, gdzie zmiany oczne z biegiem czasu wiodą do ślepoty, objawy zaś nowotworu ustępują (*meningitis serosa, pseudotumor*). Tacy chorzy skazani są na długoletnią ślepotę (przypadek II). Tymczasem trepanacya zapobiegawcza z wielkiem prawdopodobieństwem uchroniłaby od ślepoty. Przytoczona przez mówcę statystyka (Sängera, Hippela, Lestie J. Patona) dowodzi, że po trepanacyi paliatywnej już po kilku dniach wzrok zaczyna się poprawiać wybitnie. Dowodzi też przytoczona statystyka, że sama trepanacya staje się zabiegiem coraz mniej niebezpiecznym. Kocher wprost uważa ją za rękoczyn zupełnie niewinny.

Mówca omawia dalej rozmaite sprawy sporne, tyczące się samego wykonania i miejsca trepanacyi. Odczyt kończy słowami Horsleya, że ciężka odpowiedzialność spada na lekarza, który przy zmianach nerwu wzrokowego nie zalecił energicznie trepanacyi i do ślepoty dopuścił.

W dyskusyi — zwraca Bregman uwagę na trudności ogólnego i miejscowego rozpoznawania nowotworów mózgu. B. spostrzegał 2 przypadki, w których pomimo klasycznych objawów nowotworu mózgu (w jednym np. niemota napadowa oraz padaczka Jacksona, w drugim — wybitne objawy ogólne uciskowe i bezład móżdżkowy) badanie pośmiertne nowotworu nie stwierdziło (t. zw. nowotwory rzekome). W innym przypadku, operowanym przez Oderfelda, na zasadzie padaczki Jacksona i ograniczonego porażenia rozpoznano nowotwór ośrodka kończyny górnej; badanie pośmiertne wykryło nowotwór w zrazie czołowym w sąsiedztwie przedniego brzegu otworu trepanacyjnego. Jeszcze mniej pewne jest rozpoznanie nowotworów tylnej jamy czaszkowej. Błędy są możliwe i przy rozpoznawaniu nowotworów kąta między mostem a móżdżkiem; w jednym przypadku znajdował B. i głuchotę i brak odruchu rogówkowego, a mimo to nowotwór zajmował ciało czworacze i tylko brzegiem tylnym dotykał móżdżku. W przypadkach, w których rozpoznanie miejscowe jest pewne, uważa B. zabieg za niezbędny. Wyniki zabiegów nigdzie nie są świetne: Oppenheim podaje kilka, Starr 5% wyzdrowień. Wskazania do trepanacyi paliatywnej, — zdaniem B. — należy ograniczyć. Samo otwarcie czaszki (jak to zaleca Frazier) nie zmniejsza dostatecznie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, przecięcie zaś prócz tego opony twardej zwiększa możliwość zakażenia i stwarza warunki do powstawania wypa-

dnięcia mózgu. B. spostrzegał przypadek — operowany za granicą — w którym nowotworu nie znaleziono, natomiast w następstwie trepanacyi (w okolicy ciemieniowej lewej) powstała niemota ruchowa, połowiczy niedowład prawostronny, oraz zupełna ślepota. Trepanacya paliatywna niekiedy istotnie powstrzymuje rozwój ślepoty, ale bynajmniej nie zawsze. Należy też mieć na względzie, iż chorzy z trudnością zgadzają się na ten zabieg.

L. Kopczyński na poparcie twierdzeń prelegenta przypomniał przypadek własny nowotworu białej istoty półkuli mózgowej, w którym w ciągu lat dziesięciu trwały coraz częstsze napady padaczki Jacksona z przejściowym niedowładem połowiczym i niemotą. Po pierwszej trepanacyi drgawki przez 1/2 roku nie zjawiały się, po drugiej również nie było ich kilka miesięcy i chora przez ten czas była zdolna do pracy. K. przypomina też opisy przypadków padaczki samoistnej, w których trepanacya paliatywna usuwała napady na czas dłuższy, zapewne wskutek pomyślnego wpływu na wahania w ciśnieniu krwi w korze mózgowej. W przypadkach nowotworu mózgu trepanacya niewątpliwie powstrzymuje przejście tarczy zastoinowej w zanik nerwów wzrokowych przez poprawę krążenia krwi w oczodołach.

Prezes Gabszewicz zapytuje prelegenta, czy w piśmiennictwie podano pogorszenie wzroku w tych przypadkach nowotworów mózgu, w których stosowano leczenie przeciwkiłowe, jak się to zdarzyło w przypadku, przytoczonym przez prelegenta. Bychowski sądzi, iż obawa ogółu przed trepanacyą nie powinna wpływać na zdanie lekarzy o potrzebie tego zabiegu w odpowiednich przypadkach. Rozpoznanie miejscowe często zawodzi, ale tem bardziej w przypadkach takich nie należy wycieńczać chorych leczeniem przeciwkiłowem, ale odrazu przystąpić do zabiegu, zwłaszcza, że objawy mogą nieraz ustąpić, a mimo to zmiany na dnie oka doprowadzą do zaniku nerwów wzrokowych. Statystyka Saengera, Hipla i innych dowodzi niewątpliwie, że pod wpływem trepanacyi zapalenie nerwów wzrokowych prawie zawsze ustępuje. W wydaniu ostatniem swego podręcznika ocenia Oppenheim odsetkę wyleczeń po operacyi nowotworów mózgu nie na kilka, lecz na dwadzieścia kilka. Należy również liczyć się ze zdaniem Kochera, Horsleya i innych, według których trepanacya sama przez się nie jest połączona z niebezpieczeństwem. Dane powyższe nakazują bezwarunkowo zalecać trepanacyę czaszki w odpowiednich przypadkach. *Antoni Majewski.*

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 17. marca 1909.

Przewodniczący kol. Krusche.

1) Kol. J. Brudziński przedstawia przypadek **mongołowatości** u chłopca $4^1/_2$-letniego, którego od $1^3/_4$ roku wieku ma w obserwacyi i leczy kołaczykami tyreoidyny. W tej samej rodzinie młodsza dziewczynka, którą B. widział już w miesiąc po urodzeniu, miała niewybitny typ mongołowatości, który się z wiekiem stał wybitniejszy. Dziecko to zmarło w wieku $1^1/_2$ roku na gruźlicę płuc. Matka tych dzieci jest osobą lat przeszło 40, oboje rodzice nerwowi. Chłopiec ten opisany był przez B. w pracy p. t. »O Myxoedema, Mongolismus i Mikromelia« (Czasop. lek., r. 1907, zesz. 6—8), wtedy miał $2^1/_2$ lat, wtedy zaczął już trochę chodzić, trzymany za jedną rękę, siedział zupełnie samodzielnie. Obwód głowy wynosił $47^1/_2$ ctm, długość ciała 81 ctm. Rozwój psychiczny bardzo upośledzony, chory powtarza pojedyncze wyrazy. Obecnie po 2 latach (dziecko brało po 0,1—0,15 tyreoidyny dziennie z dużemi przerwami) dziecko chodzi nie podtrzymywane, wymawia dość dużo słów, powtarza wierszyki, ale słowa przekręca bardzo; jest bardzo ruchliwe, psotne. Dotąd nie nauczyło się połykać stałych pokarmów. Obwód głowy zwiększył się do $48^1/_2$, wzrost wynosi 83 ctm. Język, jak dawniej, trzyma na wierzchu. Wyraz twarzy, jak dawniej, charakterystyczny dla mongołowatości. B. przedstawia dziecko dla wykazania stałego, choć powolnego rozwoju dziecka w przeciwieństwie do dzieci mongołowatych — idyotów, które nie wykazują żadnych postępów, jak np. przypadek, przedstawiony na jednem z poprzednich posiedzeń.

2) Kol. Trenkner przedstawia dziecko z **chorobą Littlea.**

3) Kol. Pański Al. przedstawia przypadek **chromania przestankowego** (claudication intermittente). Chory ma lat 50. Od 10 lat miewa bole w dolnych kończynach. Bole wzmagały się, gdy chory chodził dużo, ustawały zaś, gdy wypoczywał. Czasami podczas chodzenia występowały tak silne bole w łydkach, iż chory musiał stać parę minut i, wypocząwszy, mógł dopiero pójść dalej. Od paru miesięcy miewa silne bole nawet, gdy leży w łóżku. Nogi, zwłaszcza lewa, fioletowo zabarwione. Paluch lewej nogi ciemno-fioletowy. Nogi zimne. Tętnienia naczyń nożnych, zarówno przednich, jak i tylnych, nie wyczuwa się zupełnie. Na paluchu lewej stopy chory nie czuje ani dotyku, ani ukłucia. Odruchy kolanowe, ścięgna Achillesa, skórne bez zmian. Narządy wewnętrzne, zwłaszcza serce, bez zmian chorobowych. W naczyniach zwapnienie, odpowiadające wiekowi chorego. Kiły nie przebywał. Palił po 10 papierosów dziennie. Brak tętnienia w naczyniach nożnych, charakterystyczny ból, występujący podczas chodzenia i zmuszający chorego do przystawania, fioletowe zabarwienie stóp, częściowo znikające po wypoczynku, przemawiają za rozpoznaniem chromania przestankowego.

4) Kol. Pański przedstawia przypadek **porażenia zmysłu stereognostycznego.**

5) Kol. Pański przedstawia przypadek **stwardnienia rozsianego.** A. F., 33 l., chora od 5 miesięcy. Po przeziębieniu osłabienie lewej kończyny dolnej; wkrótce potem osłabienie prawej kończyny dolnej i trudność przy oddawaniu moczu. W pozycyi siedzącej trętwienie lewej nogi. Zamężna, 6 razy rodziła; obłożnie nie chorowała; kiły nie miała. Skarży się na bole kręgosłupa i osłabienie nóg. Chód porażno-kurczowy, na lewej kończynie dolnej więcej wyrażony. Przy chodzeniu zatacza się. Stoi swobodniej na prawej nodze, niż na lewej. W pozycyi leżącej unosi ku górze kończyny dolne niedostatecznie i nieco bezładnie, przyczem prawą może unieść wyżej, niż lewą. Przy ruchach biernych znaczny opór. Czucie na dolnych kończynach zachowane. Gdy jednak chora się kąpie, zdaje jej się, że woda jest zimniejsza po lewej stronie. Odruchy kolanowe żywe, lewy żywszy. Odruchy ścięgna Achillesa: prawy żywy, lewy nieznaczny Objawy Babińskiego i Oppenheima z obydwu stron bardzo żywe. Objaw Oppenheima występuje już przy ucisku goleni palcem. Odruchów brzusznych brak z obydwu stron. Odruch m. trójgłowego prawy żywszy, niż lewy Siła górnych kończyn dostateczna. Drżenia intencyjnego niema. Mowa płynna. Zez rozbieżny. Drżenie gałek ocznych (*nystagmus horizontalis*) bardzo wyraźne. Źrenice prawidłowej postaci, średniej szerokości, oddziaływają na światło. Tarcze nerwów wzrokowych bez zmian patologicznych. Kurczowo-porażny chód, zataczanie się przy chodzeniu, zaburzenia przy oddawaniu moczu, drżenie oczu, odruchy Babińskiego i Oppenheima, zwiększony opór przy ruchach biernych, parestezya, wiek chorej i brak podejrzenia kiły zupełnie wystarczają do rozpoznania stwardnienia rozsianego.

6) Kol. Kaufman wygłasza odczyt: **O teoryi Darwina.** Zbyt mało pamiętamy o wpływie doświadczenia na nauki lekarskie. Teoryę tę, poza znaczeniem ogólnem prawa rozwoju dla wszystkich gałęzi biologii, łączą z medycyną sprawy różne, n. p. nauka o dziedziczności, sprawa narządów szczątkowych, tak ważna w etyologii chorób, sprawa regulacyi organicznych etc. Coraz pewniejszem się staje, iż człowieka nie można oderwać od reszty świata organicznego, i że tylko na tle rozwojowem zrozumieć dobrze można zarówno jego budowę, jak i czynności, prawidłowe i chorobowe, różnych jego narządów. Niewątpliwie też w przyszłości w nauczaniu medycyny odpowiednie miejsce, obok anatomii porównawczej, zajmie też porównawcza fizyologia i porównawcza patologia.

Teoryę Darwina o powstaniu całego świata istot żyjących drogą rozwoju z jednej lub kilku istot pierwotnych, niezależnie od tego, jak pojmować będziemy czynniki tego rozwoju, uważać należy za niezbicie udowodnioną. Dowodów dostarczyły: 1) klasyfikacya roślin i zwierząt, 2) anatomia porównawcza, 3) embryologia, 4) paleontologia i 5) geograficzne rozmieszczenie roślin i zwierząt. W sprawie pochodzenia człowieka nowych argumentów dostarczyły studya nad działaniem krwi ludzkiej na małpy człekokształtne, badania Selenki, dotyczące budowy łożyska u tychże zwierząt, i wreszcie doświadczenia Miecznikowa i Neissera z zaszczepieniem im przymiotu.

Spór toczyć się obecnie może już nie o darwinizm, lecz tylko o jego czynniki. Darwin za sprężyny rozwoju uważał: zmienność, dziedziczność i dobór naturalny. Zależnie od poglądów na rolę tych czynników powstały późniejsze modyfikacye darwinizmu: weissmanizm, neolamarkizm i mutacyonizm. Z pośród kilku postaci zmienności roślin i zwierząt De Vries wyodrębnił jedną — zmienność skokową — i spostrzeżenia swoje nad powstaniem nowych odmian niesiołka (*oenothera lamarckiana*) wziął na podwalinę do teoryi mutacyonizmu. Weissman, opierając się na studyach Hertwiga, Van Benedena i innych nad przebiegiem zapłodnienia, zbudował swoją teoryę dziedziczności, jej myślą przewodnią jest ciągłość plazmy zarodkowej, która jest

podkładem cech dziedzicznych i stanowi nić łączącą szeregi pokoleń. Weissman odmawia znaczenia wpływom zewnętrznym, nie uznaje dziedziczności cech nabytych i główną sprężynę rozwoju widzi w doborze naturalnym. W przeciwieństwie do tego poglądu neolamarkizm, powołując się na spostrzeżenia botaniczne i niektóre zoologiczne (Standfussa, Fischera i in.) kładzie nacisk na wpływ warunków zewnętrznych i broni dziedziczności cech nabytych.

Odnajdowanie poza doborem naturalnym innych, wewnętrznych przyczyn rozwoju doprowadziło do zmartwychwstania pojęcia o celowej energii życiowej pod nazwą neowitalizmu. Dążenia te zwróciły uwagę na sprawę regulacyi organicznych i były pobudką do bardzo ciekawych doświadczeń Wolffa, Morgana i in. w zakresie zdolności regeneracyjnych różnych zwierząt.

Teorya Darwina i bezpośrednio i ubocznie bardzo przyczyniła się do ożywienia nauk lekarskich. To też pamięci jej twórcy należy się hołd także ze strony przedstawicieli medycyny.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Posiedzenie dn. 6 lutego 1909 r.

Przewodniczący kol. H. Fidler. Obecnych: 20 członków i 2 gości.

Po otwarciu posiedzenia kol. Prezes zawiadomił o śmierci rzeczywistego członka Towarzystwa, prow. ś. p. Eugeniusza Janiszewskiego. — Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc, a nadto zamiast wieńca na trumnę złożyli na rzecz istniejącego przy Towarzystwie funduszu dla wdów i sierot po lekarzach ziemi radomskiej 16 rb. 50 kop.

1. Kol. Prezes wita obecnych na posiedzeniu gości: kol. Szokalskiego i prow. Dorocińskiego.

2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

3. Odczytano odezwę Sekretaryatu Delegacyi Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich w sprawie zbierania przez lekarzy statystyki gruźlicy jednolicie według nadesłanego wzoru. Postanowiono: Zbierać rzeczone wiadomości statystyczne, uprzednio jednak zwrócić się do Sekretaryatu o łaskawe nadesłanie większej ilości bloczków statystycznych.

4. Kol. Przewodniczący, zaprosiwszy na skrutatorów: kol. Kossaka i kol. Raszkesa, zarządził głosowanie tajne nad wyborem 3 członków Komisyi Rewizyjnej. Większością głosów wybrani zostali na Członków Komisyi Rewizyjnej: 1) kol. Feliks Bijejko, 2) prow. Julian Kasprzykowski i 3) prow. Feliks Łagodziński (ponownie).

5. Kol. Fuksiewicz odczytał rzecz p. t. **Przypadek dwustronnego ropnego zapalenia opłucnej, wyleczony zapomocą operacyi radykalnej**.

22-letni S. R., szewc z Przytyka, pochodzi ze zdrowej rodziny; ojciec umarł na cholerę, matka, bracia i siostry żyją i są zupełnie zdrowi; poprzednio, kilka lat temu, chorował na dur brzuszny, poza tem był zupełnie zdrów, nie kaszlał. 26 października r. z. nagle wystąpiły dreszcze, kłucie w lewym boku, gorączka, a w cztery dni później chory poczuł kłucie w prawym boku; plwocina była rdzawa; leczył się u miejscowego lekarza i objawy chorobowe po upływie tygodnia zmniejszyły się znacznie, lecz w 3 dni później rozpoczęły się na nowo: dreszcze, kłucie w bokach i gorączka. Wtedy zdecydował się jechać do Radomia i przez kol. Finkelstejna 10 listopada został skierowany do szpitala Ś-go Kazimierza. — Stan chorego ciężki, wybitna duszność, lekka sinica, tętno drobne 108, ciepłota 38,4°. W dolnych odcinkach klatki piersiowej wyraźne stłumienie, oddech znacznie osłabiony, jak również drżenie. Dokonane próbne nakłucie wykazało w prawej opłucnej płyn surowiczy, mętnawy, opalizujący — w lewej zaś — płyn ropiasty, dosyć gęsty z odcieniem zielonawym. Wobec tego referent wypompował płyn z prawej opłucnej, ale ilość płynu okazała się nieznaczną, zaledwie około 30 ctm³, a 11. listopada przy pomocy kolegów: Kosickiego i Rogozińskiego w uśpieniu chloroformowem dokonał referent przecięcia klatki piersiowej z lewej strony i wycięcia kawałka 9. żebra w linii łopatkowej. Po otwarciu opłucnej wylało się około litra dosyć gęstej ropy; w otwór opłucnej wprowadził F. gumowy sączek. Chory zniósł dobrze ten zabieg i nazajutrz ciepłota obniżyła się do 37,2°. Wydzielina ropna z otwartej opłucnej obfita, kaszel męczący jednak nie ustaje. Stan taki trwał 4 dni. 15 listopada ciepłota podniosła się do 38,3°, ból w prawym boku zwiększył się, dokonane nakłucie prawej opłucnej dało płyn ropny, wobec czego nazajutrz przystąpił referent do operacyi prawostronnego ropnego wysięku: wypełniwszy dokładnie gazą otwór w lewej opłucnej, przy znieczuleniu płynem Schleicha, wyciął referent kawałek 9. żebra w linii łopatkowej, w opłucnej zrobił otwór bardzo mały i stopniowo z niej wypuszczał ropę, obawiając się gwałtownego powstania odmy piersiowej; następnie w otwór wprowadził pas gazy jodoformowej. Chory cały zabieg zniósł bardzo dobrze. Gazę usunięto dopiero na trzeci dzień i zamiast niej założono gumowy sączek. Ciepłota stopniowo się obniżała, ogólny stan chorego poprawił się znacznie i 26 stycznia obydwie rany były zagojone. Chociaż w danym przypadku, ze względu na brak odpowiedniego urządzenia, nie dokonano badania bakteryologicznego wysięku, jednak z przebiegu choroby można twierdzić, że mieliśmy do czynienia z metapneumonicznym obustronnym wysiękiem ropnym. Wogóle dwustronne ropne zapalenia opłucnej zdarzają się przy zakaźnych chorobach, gruźlicy, raku, ropnicy, zatorach płucnych i po przebytem obustronnem zapaleniu płuc. W piśmiennictwie znalazł referent 125 przypadków dwustronnego ropnego zapalenia opłucnej, zebrane przez Hellina[1]), z których 37 zakończyło się śmiercią. Najczęstszą przyczyną powstawania dwustronnego ropnego zapalenia były pneumokoki — podług Guicharda w 55,8%, podług Hellina w 50%, chociaż ta statystyka nie jest ścisłą, ponieważ w wielu przypadkach nie dokonano badania bakteryologicznego. Do bardzo rzadkich należą dwustronne ropne zapalenia opłucnej, wywołane przez gronkowce i powstałe w okresie popołogowym — te zapalenia panowały epidemicznie w 1884 r. w Maternité w Paryżu, gdzie w jednym miesiącu było 14 przypadków z zejściem śmiertelnem w przeciągu 4—5 dni; późniejszy przypadek, podany przez Austa[2]), zakończył się wyzdrowieniem.

Co się tyczy leczenia dwustronnego ropnego zapalenia opłucnej, to najracyonalniejszą jest doszczętna operacya (przecięcie klatki piersiowej z wycięciem kawałka żebra) przyczem wielu autorów (Heiman i inni) jest zdania, aby najpierw wypompować płyn z prawej opłucnej i operować wysięk lewostronny ze względu na działalność serca, a w kilka dni później — prawostronny (w zebranych przez Hellina przypadkach przeciąg czasu między jedną a drugą operacyą waha się od 2—41 dni). Poprzestawanie na wypompowywaniu wysięku nie jest wskazane ze względu na to, że zabieg ten musi być powtórzony kilkakrotnie (nawet 10 razy), co jest dla chorego za męczące i może wywołać obostrzenie sprawy przez powtórne zakażenie opłucnej. Obustronne otwarcie opłucnej nie jest dla chorego niebezpieczne, jeżeli odma piersiowa nie powstaje gwałtownie i dlatego też w podobnych przypadkach otwierać opłucnę należy powoli i otwór robić niewielki, aby uniknąć gwałtownej zmiany ciśnienia w opłucnej (Hellin) (Streszczenie własne).

6. Kol. Raszkes przedstawił preparat **macicy wyciętej z powodu złośliwego nabłoniaka kosmówki** (*chorion-epithelioma malignum*). Chora D. Z, 49 lat mająca, rodziła 10 razy, ostatnie dziecko przed 6 laty. Poroniła w 3. miesiącu ciąży przed 15 laty i w 2. przed 8 laty. Po ostatnim porodzie peryody pojawiały się regularnie co 4 tygodnie, niezbyt obfite. Przed 3 miesiącami — poronienie w 3. miesiącu ciąży; — było przytem bardzo duże krwawienie, wobec czego lekarz miejscowy dokonał skrobania macicy. Po skrobaniu chorowała chora przez 3 tygodnie na »zapalenie macicy«. W 6 tygodni po skrobaniu nastąpił drugi krwotok, a po 2 tygodniach — trzeci. Odtąd krwawienia powtarzają się ciągle w niewielkiej ilości. — Badając chorą po raz pierwszy, stwierdził R. znaczną bladość skóry i błon śluzowych. Tętno małe — 120. Chora kaszle, w plwocinie — ślady krwi. Tony serca czyste; w płucach nigdzie niema stłumienia, natomiast w różnych miejscach wilgotne rzężenia. Macica mała, w tyłopochyleniu; ujście maciczne zamknięte, bez owrzodzeń; jajniki i jajowody prawidłowe. Przypuszczając, że ma do czynienia z małemi resztkami po poronieniu, R. dokonał bez uśpienia skrobania macicy. Już przy sondowaniu i rozszerzaniu ujścia macicznego rozszerzadłami Hegara zastanowiło referenta ogromne krwawienie, które nagle powstało. R. wydobył łyżeczką z jamy macicznej mały pęcherzyk, jakby zaśniadu groniastego i nie duży kawałek tkanki nowotworowej. Ponieważ krwawienie było bardzo znaczne, R. operacyi nie dokończył i zatamponował mocno macicę i pochwę gazą jodoformową. Rozpoznawszy nabłoniaka kosmówki, dokonał R. nazajutrz przy pomocy Kosickiego i Fuksie-

---

[1]) D. Hellin. — Berl. klin. Wochenschr. 1905 r. i Arch. für klin. Chirur. 1907 — Ueber doppelseitiges Empyem von Dionys Hellin (Warschau).

[2]) Münch. med Wochenschr. 1892 r.

wicza wycięcia macicy przez pochwę (exstirpatio uteri vaginalis). Otrzewnę zeszyto, do pochwy założono mały sączek gazy jodoformowej. Przed operacyą na $1\frac{1}{2}$ godz. wstrzyknięto chorej skopolaminę z morfiną, tak iż przy operacyi zużyto bardzo mało chloroformu. Tętno już przed operacyą bardzo drobne — 130 na minutę. Nazajutrz po operacyi powstały niewielkie bole brzucha, brzuch nie wdęty, na ucisk mało bolesny. Tętno bardzo drobne pomimo wstrzykiwań płynu fizyologicznego. Mocz oddaje chora sama; wiatry obfite. 4. dnia po operacyi chora zmarła przy objawach coraz słabszej działalności serca. Wycięta macica jest wielkości prawidłowej. W dolnej części jamy macicznej w okolicy wewnętrznego ujścia macicznego z lewej strony, znajduje się okrągłe owrzodzenie wielkości monety 6-groszowej; warstwa mięsna w tem miejscu jest tak cienka, że zgłębnik, wprowadzony z zewnątrz do naczynia (*vena uterina*), wchodzi bez przeszkód do jamy macicznej. Tem daje się objaśnić ogromne krwawienie, które powstawało przy wprowadzaniu do jamy macicznej zgłębnika, a szczególnie rozszerzaczy. W średniej części jamy macicznej znajduje się drugie owrzodzenie, wielkości monety dwugroszowej. W okolicy dna macicy znajduje się guz, nie owrzodziały, wielkości małego orzecha. Badanie drobnowidowe owrzodzeń i guza, łaskawie dokonane przez Dr Dmochowskiego w Warszawie, potwierdziło rozpoznanie złośliwego nabłoniaka kosmówki. (Streszczenie własne).

7. Kol. Kossak odczytał rzecz p. t. **Przypadek choroby Werlhoffa.** (Przeznaczone do druku).

Dyskusya. — Kol. Raszkes zwraca uwagę na silne bole żołądka, jako na bardzo ciekawy objaw w opisanym przypadku. — Kol. Fidler zaznacza, że plamica zwykła, gnilec i choroba Werlhoffa są to tylko różne okresy tej samej choroby, o różnej sile natężenia; najciekawszem jednak zjawiskiem były bole żołądka, występujące jednocześnie z wybroczynami na skórze. Jaka więc mogła być przyczyna owych bólów i jaki związek zachodzi pomiędzy tymi bolami a całokształtem objawów przy omawianem cierpieniu? Ponieważ bole w żołądku występowały jednocześnie z wybroczynami na skórze, ponieważ w chwilach wolnych od wybroczyn — bolów nie było, ponieważ bole nie zależały od przyjmowania pokarmów, przeto rodzi się przypuszczenie, że podłożem anatomicznem bolów były również wybroczyny w żołądku. Wybroczyny w błonie śluzowej lub podśluzowej musiałyby z biegiem czasu wywołać powierzchowną lub też większą martwicę tkanek, chociaż na ograniczonej przestrzeni, a więc wytworzenie się nadżarć ew. owrzodzeń. Mielibyśmy tedy obraz okrągłego wrzodu żołądka z właściwymi tej chorobie objawami, a więc powstawaniem bolów w zależności od przyjęcia pokarmów. W danym przypadku jest to najzupełniej wykluczone — pozostaje więc jedynie objaśnienie, iż wylewy punkcikowate powstawały w zakończeniach nerwów czuciowych żołądka wtedy, gdy taż sama przyczyna wywołała wybroczyny na skórze. Za dowód prawdopodobieństwa powyższego objaśnienia służyć może ten fakt, iż, gdy pod wpływem odpowiedniego leczenia ustało krwawienie w skórze, bole w żołądku więcej nie powracały. — Kol. Szczepaniak przypuszcza zależność bolów żołądka od wylewów krwawych wprost w tkankę ścian żołądka i powstającego przez to ucisku na zakończenia nerwowe, oraz na gruczoły leżące w błonie śluzowej żołądka. Stąd zmiany w składzie soku żołądkowego, fermentacya i rozszerzenie żołądka, stąd też i bole na tle ucisku mechanicznego. Wylewów krwawych w miąższ n. n. czuciowych oraz ruchowych, jako czynnika tłómaczącego bole żołądka u przedstawionego chorego, kol. S. nie może uznać za uzasadnione. — Kol. Pełczyński nie widzi konieczności utożsamiania gnilca i choroby Werlhoffa, twierdząc, że dotychczas nie widzi ku temu żadnej zasady i tylko badania przyszłe mogą tę sprawę rozstrzygnąć. Kol Kossak, — zgadzając się, że trudno w pewnych przypadkach oddzielić plamicę zwykłą od krwotocznej, odróżnia jednak gnilec od choroby Werlhoffa. Na łączność tych chorób wskazywał również Oswald Moritz, jednak ze względu na etyologię, przebieg kliniczny, warunki, w jakich każda z tych chorób powstaje, bezskuteczność leczenia przeciwgnilcowego w przypadkach choroby Werlhoffa — należy uważać te dwie choroby za zupełnie odrębne.

Posiedzenie dnia 6 marca 1909 r.

Przewodniczący kol. Kazimierz Marx. — Obecnych 18 członków.

Posiedzenie otworzył kol. Prezes i zawiadomił o śmierci członka rzeczywistego naszego Towarzystwa Dra Adolfa Pompera. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc, oraz złożyli 20 rb. na istniejący przy Towarzystwie fundusz dla wdów i sierot po lekarzach Ziemi Radomskiej.

Przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawił przypadek **raka części pochwowej macicy ciężarnej.** Chora K. S. bardzo wątła, 44 lat mająca, rodziła 8 razy; ostatni poród przed 3 laty. Po ostatnim porodzie peryody zjawiały się prawidłowo, co 4 tygodnie, od 3 zaś miesięcy ciągłe krwawienia, niekiedy większe, niż bywały przy peryodach, od 2 zaś tygodni pojawiają się cuchnące upławy. Przy badaniu dwuręcznem okazuje się, że macica jest powiększona. Część pochwowa, mianowicie przednia warga przechodzi w guz, wielkości dużej pięści, krwawiący, pokryty szarą cuchnącą powłoką. Na tylnej wardze znajduje się guz mały wielkości orzecha. Rozpoznano: rak części pochwowej. 17. XII. R. wykonał amputacyę szyi macicznej, zaś 22. XII. po kilkakrotnem odkażeniu pochwy dokonał w uśpieniu chloroformowem całkowitego wycięcia macicy. Otrzewnej nie zeszyto, lecz założono sączek z gazy jodoformowej. Wycięta macica jest duża, odpowiada wielkości macicy w 5. miesiącu ciąży: rzeczywiście w jamie macicznej znajduje się jajo płodowe z płodem długości 12 ctm. Nazajutrz po operacyi chora oddaje mocz sama. — 25. XII. miała wypróżnienie po lawatywie. Tętno 84—90. Ciepłota prawidłowa. 31. XII. wyjęto gazę jodoformową z jamy brzusznej. 6. I. 1909 chora poczuła nagle bole w okolicy lewej łopatki; silny kaszel, ciepłota 39,5, tętno 120. Wystąpiło zapalenie lewego płuca (górnego płatu), które trwało przez 8 dni. 14. I. ciepłota spadła do poziomu prawidłowego, odtąd stan chorej dobry. 4. II. 1909 opuściła szpital zupełnie zdrowa.

Powikłania ciąży przez raka macicy są przypadkami bardzo rzadkimi. Stratz zauważył powstawanie ciąży przy raku macicy na 1034 przypadki w 12, Olshausen na 479 w 12, Pfannenstiel na 282 w 7 itd., wogóle Sarvey w Veita Handbuch f. Gynäkologie (Bd. III, 2 Th. p. 859) oblicza na 3812 takich chorych — powstawanie ciąży w 1,6%. Chociaż rak może się rozwinąć już po nastąpieniu ciąży, jednak po większej części rak w początkowym okresie rozwoju istnieje jeszcze przed zajściem w ciążę. (Streszczenie własne).

1. Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto i podpisano.

2. Przyjęto i zatwierdzono sprawozdanie z naukowej działalności Towarzystwa za r. 1908.

3. Odczytano sprawozdania kasowe i biblioteczne, które po wysłuchaniu protokołu Komisyi Rewizyjnej, w całości zatwierdzono.

4. Zatwierdzono budżet Towarzystwa na r. 1909: Dochód — rb. 682 kop. 51. Rozchód — rb. 516 — przewidywana pozostałość — rb. 166 kop. 51.

5. Po zatwierdzeniu sprawozdań wywiązała się ożywiona dyskusya w sprawie prenumeraty pism oraz w sprawie zaległych od członków składek.

Ogólne zebranie uchwaliło: *a*) Co do prenumeraty pism: Ogólne zebranie wyraża życzenie, by Towarzystwo w miarę posiadanych środków prenumerowało miesięczniki i kwartalniki w językach rodzinnym i obcych. *b*) Co do zaległych wkładek: Zamiejscowym członkom Towarzystwa, zalegającym z wkładkami dłużej nad lat dwa, zaś miejscowym, zalegającym dłużej nad rok, dać 4-tygodniowy termin do wpłacenia należności całkowicie lub częściowo w ratach nie mniejszych niż półroczna wkładka, w terminach półrocznych pod rygorem przedstawienia ich do wykreślenia na Ogólnem Zebraniu Towarzystwa i ogłoszenia ich nazwisk w protokółach drukowanych w »Przeglądzie lekarskim«. Kol. Pełczyński zgłosił osobne zdanie przeciw zamieszczaniu nazwisk kolegów, wykreślonych z powodu niewpłacania wkładek członkowskich, w czasopismach lekarskich.

6. Kol. Przewodniczący, zaprosiwszy na skrutatorów: kol. Idzikowskiego i kol. Przyłęckiego — zarządził wybory na ustępujących w myśl § 12 statutu z powodu ukończenia swej kadencyi: prezesa, wiceprezesa i bibliotekarza.

Większością głosów wybrani zostali: prezesem — kol. Henryk Fidler, wiceprezesem — kol. Franciszek Kosicki, bibliotekarzem — kol. Józefat Kondratowicz — wszyscy ponownie.

7. Przyjęto w poczet członków rzeczywistych Towarzystwa prow. Konstantego Dorocińskiego z Radomia.

V. Zjazd niemieckich rentgenologów

w Berlinie 18. kwietnia 1909.

Albers-Schönberg (Hamburg): **Leczenie mięśniaków i innych chorób macicy zapomocą promieni Röntgena.** Promienie Röntgena uważa A. S. za skuteczny środek, celem wywołania sztucznego końca miesiączkowania (*cessatio mensium*), usuwania ew. zmniejszania krwawień i wywoływania zmniejszania się mięśniaków. Natomiast stosując naświetlania wśród regularności, wywołać można zwiększenie się krwawienia, i to tak znaczne, że aż tamponada może być potrzebna. Długość naświetlań stoi w stosunku odwrotnym do wieku, t. j. młode osoby naświetlać należy dłużej, bo młode jajniki są odporniejsze. Naświetla się lampami twardemi przy obciążeniu 3—5 M. A. przez sześć minut.

Fränkel (Berlin): **O korzystnym wpływie promieni Röntgena na przypadłości miesiączkowe.** F. leczył 80 przypadków ginekologicznych promieniami Röntgena. Przy mięśniakach otrzymał wcale dobre wyniki. Najlepiej naświetlać zaraz po ustaniu miesiączki. Przy miesiączce bolesnej wyniki są nieraz bardzo dobre, podobnież przy nieżytach niezakaźnych.

Kromayer, Sommer, Walter, Klingelfuss i Immelmann mówili o dawkowaniu promieni i innych szczegółach technicznych.

Försterling (Mons): **Zaburzenia wzrostu po naświetlaniach.** F. pokazał kozę, u której przez naświetlania wywołano zaburzenia we wzroście połowy czaszki i zalecił ostrożność przy naświetlaniu dzieci.

Krukenberg (Elberfeld): **Uszkodzenia mózgu po naświetlaniach.** K. pokazuje 2 młode psy ze zmianami podobnemi, jak przedstawione przez Försterlinga. Prócz tego wystąpiły u tych zwierząt bezwład, drżenie głowy, łap przednich i zanik nerwu wzrokowego.

Krause (Jena): **Ciężkie zaburzenia nerwowe i psychiczne po oparzeniu rentgenowskiem.** U pewnego chorego wykonano celem wykazania złamania żebra w r. 1901 w przeciągu 3 dni, 5 długotrwałych zdjęć rentgenowskich. W następstwie rozwinęło się rozległe owrzodzenie i obraz ciężkiej nerwicy urazowej. U drugiego chorego po naświetlaniach wystąpiło owrzodzenie, a potem obumarcie mostka i kilku żeber i ciężka psychoza.

Gocht (Halle): **Uszkodzenia rentgenowskie.** G. na podstawie doświadczenia sądowego w sprawie uszkodzeń rentgenowskich dochodzi do następujących wniosków: 1) Promienie R stosować można tylko pod nadzorem i na odpowiedzialność lekarza. 2) Personal w pracowni rentgenowskiej powinien być dokładnie wyćwiczony i obznajomiony z techniką, działaniem i skutkami promieni, jakoteż zabezpieczony od wypadku i procesów. 3) Przy każdem posiedzeniu należy dokładnie zapisywać dawkę i warunki, wśród których się pracuje. 4) W razie procesu o uszkodzenie rentgenowskie znawcami sądowymi powinni być lekarze, dokładnie i fachowo obeznani z techniką rentgenowską.

W dyskusyi zwraca Försterling uwagę, że zaburzenia we wzroście u dzieci, wywołane przez rentgenizacyę, nie objawiają się może zaraz, ale kto wie, czy nie występują później. Cohn zaś podaje, że samice królików, które wskutek naświetlania wśród ciąży, wydały na świat płody nierozwinięte, zachodzą potem wprawdzie w ciążę, ale rodzą często potomstwo słabe, źle rosnące i niedługo żyjące. C. sądzi, że naświetlania wywołują trwałe zmiany ważnych gruczołów, jak przysadki, gruczołu tarczowego i t. p. Ciekawą jest rzeczą, że naświetlane samice okazują po pewnym czasie znaczny przybytek tkanki tłuszczowej.

Klieneberger (Królewiec): **Ropniak opłucny i ropniak opłucny z odmą.** U chorego siedzącego udaje się bardzo dobrze odróżnić przy naświetlaniu obecność ropy od obecności powietrza w klatce piersiowej.

Gottschalk (Stuttgart): **W sprawie leczenia dychawicy oskrzelowej promieniami Röntgena.** G. miał wyniki lecznicze pomyślne. — Immelmann otrzymał bardzo dobre wyniki u dzieci dychawicznych, wystarcza nieraz jedno naświetlanie przez 10 minut.

Dessauer (Aschaffenburg): **Krótkotrwałe zdjęcia rentgenowskie.** D. demonstruje sposób, dozwalający wykonywać momentowe zdjęcia rentgenowskie. Nawet przy najgrubszych częściach ciała wystarca $^1/_{100}$ sekundy.

Immelmann (Berlin): **Leczenie owrzodzenia rentgenowskiego.** I. poleca w leczeniu t. zw. plaster fibrolizynowy Mercka, nieraz jednak tylko leczenie chirurgiczne wiedzie do celu.

Lichtenberg (Strassburg) omawia wielką wartość **pyelografii** (fotografowanie miedniczek nerkowych, napełnionych 5% kollargolem), dozwalającej oceniać dokładnie położenie nerki i moczowodu.

Alexander (Berlin): **Zdjęcie żołądka zapomocą diafaninu.** Diafanin jest to żelazo magnesowe, podane w zastępstwie trującego bizmutu. — W dyskusyi jedni polecają związki toru, inni węglan bizmutu, twierdząc, że ten związek nie wywołuje prawie nigdy objawów zatrucia. *A. Klęsk.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy).

2. Pokarmy, używki i napoje.

O działalności rządowego Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie podaje »Przegląd lekarski« od czasu do czasu wiadomości, dlatego tutaj wystarczy podać dane najogólniejsze. Zakład badał w r. 1905 1546 próbek, o 501 mniej, niż w r. 1904, co tłómaczy się tem, że urzędnicy zakładu przedsiębrali w r. 1905 mniej rewizyi. Za nieprzydatne do użycia uznano w tym roku 48,6% próbek (odsetek był tylko w r. 1904 wyższy, 56,1%). W r. 1905 żadnej próbki do zbadania nie przysłało 20 starostw (w r. 1904 14, w 1903 — 19) z tych 5 starostw nie przysyłało żadnych próbek przez 2 lata, a 2 nawet przez 3 lata, po jednej tylko zaś próbce przysłało 9 starostw; to też namiestnictwo wezwało w r. 1905 starostwa, aby ściślej spełniały nadzór nad obrotem artykułami żywności. Wobec tej pożałowania godnej bezczynności wielu starostw byłoby pożądane, ażeby takie wezwania wysyłano częściej.

W r. 1905 znowu brakuje wszelkich danych o działalności chemika miejskiego we Lwowie; widocznie ich nie podał. Dowiadujemy się tylko tyle, że fizykat wraz z chemikiem miejskim lwowskim dokonał w r. 1905 345 rewizyi sanitarno-policyjnych, nie dowiadujemy się jednak, z jakim ogólnym wynikiem. Zamierzona budowa hali targowej we Lwowie na placu św. Teodora, nie została wykonana. W Krakowie badał chemik miejski 12.870 próbek, z tego znalazł 579 nieopowiednich; złego masła było 10%, mleka około 20%. Komisaryat targowy skonfiskował w ciągu roku 120 klg. masła fałszowanego i margaryny, sprzedawanej jako masło. Magistrat krakowski zarządził, by artykuły spożywcze w kramach i handlach trzymano pod odpowiedniem nakryciem.

I tegoroczne sprawozdanie, tak jak poprzednie, podaje szczegóły o obrocie środkami żywności ze wszystkich niemal powiatów. Jest to postęp, godzien zaznaczenia, bo jeszcze w r. 1903 zawierało sprawozdanie dane tylko o 21 powiatach. Do całego kraju odnosi się sprawa zanieczyszczenia soli sprzedażnej; jest to zasługą dra Bednarskiego, lekarza powiatowego w Nowym Targu, że sprawę tę podniósł. Z poszczególnych powiatów przytoczymy tylko kilka szczegółów najcharakterystyczniejszych. W bocheńskiem istniała fabryka moskali (często przez naszą ludność spożywanych), urządzona w ciemnej piwnicy, bez możności utrzymania czystości. Fabrykę tę władze zamknęły. Stanowisko sądów wobec fałszerzy środków spożywczych zaczyna się poprawiać, przynajmniej w niektórych powiatach, jak np. w bohorodczańskiem i brzeskiem, gdzie ukarano wszystkich winnych; szkoda, że nie dowiadujemy się ze sprawozdania, czy sąd w Ropczycach uwalnia jeszcze oszukańczych handlarzy, tak jak to czynił w r. 1904; za wzór można postawić sąd dobromilski, gdzie w jednym roku 1905 zasądzono 49 osób za przekroczenia ustawy o artykułach żywności. W Jarosławiu fabryki artykułów spożywczych do niedawna mieściły się w piwnicach, z 35 piekarń żadna nie odpowiadała przepisom; w ciągu roku 1905 przerobiono odpowiednio 13 piekarń, 4 zamknięto z urzędu. W powiecie jasielskim jest 8 piekarń bez koncesyi, »ale są w ruchu, chociaż na papierze zamknięte; fabryki wody sodowej wyrabiały nieczystą wodę sodową, więc oddano je do c. k. sądu, chociaż on albo uwalnia przekraczających, albo wymierza tak nizkie kary,

że kupców i fabrykantów taka kara nie odstrasza«. Dziwne stosunki! W powiecie rohatyńskim »jest wiele pokątnych piekarni, rozwożących swe wyroby na wszystkie okoliczne targi; piekarnie te są pomieszczone w lokalach ciasnych, ciemnych, często wilgotnych i często służą zarazem za mieszkanie całej rodzinie«. Czyżby temu nie próbowano zaradzić? Bardzo smutny obraz kreśli lekarz miejski z Tarnowa: »Mleko nieczystemi rękami do nieczystych naczyń wydojone, przez nieczyste szmaty cedzone, w nieczystych naczyniach przywożone; mięso wątpliwej jakości, wydymane, na nieczystych rozłożone wozach, nie osłonione od kurzu i brudu ulicznego; pieczywo powalane popiołem, błotem, wewnątrz mieszczące w sobie zwłoki robactwa, masło zawijane w nieczyste szmaty itd. nie należą niestety do zjawisk wyjątkowych«. Lekarz miejski domaga się ustanowienia komisarza targowego, bez skutku; to doprawdy wstyd dla miasta, liczącego przeszło 30.000 mieszkańców. Powiat turczański i tutaj zajmuje miejsce niezaszczytne; w mieście Turce przewożą mięso na wozach, używanych do przewożenia wszelkich towarów z kolei, jakoteż materyałów budowlanych, jak piasku, cegły i t. d.; mimo uchwały rady gminnej nie sprawiono osobnego wozu na mięso; w pieczywie znaleziono szkło i kawałki drzewa (co prawda, ukarano za to piekarza grzywną 100 koron). Lekarz urzędowy powiatu wielickiego żali się, że lekarze gminni wcale nie wykonują nadzoru nad artykułami żywności, przez co cały ten ciężar i cała nienawiść kupców i handlarzy spada niemal wyłącznie na lekarza rządowego; podobne skargi czytamy z powiatu żółkiewskiego i innych.

Ciekawe są szczegóły o krajowej szkole mleczarskiej i wzorowej krajowej mleczarni w Rzeszowie, która wyprodukowała 10.582 kg. masła. Wobec skarg na drożyznę mięsa i niezaradności, jaką w tym względzie okazują największe nasze miasta (Kraków!), interesującym jest szczegół, że w Samborze umiał zarząd gminny bez strat prowadzić wyrąb mięsa i przez to po 3 miesiącach zmusić rzeźników do obniżenia cen. Ale niezaradności naszej rzeczywiście niema granic, jeżeli do Tarnopola, stolicy Podola, w której przemysł młynarski jest silnie rozwinięty, sprowadzają w wielkich ilościach chleb z Moraw, od miejscowego lepszy, a nie droższy.

(Ciąg dalszy nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza co następuje:

Izba lekarska styryjska powzięła następującą uchwałę: »Dawanie prowizyi akuszerkom, portyerom hotelowym, ajentom, stróżom domów i t. d. celem zdobycia sobie klienteli przez lekarzy, uchybia w najwyższym stopniu godności stanu lekarskiego i należy postępowanie tych lekarzy jak najenergiczniej zwalczać. Izba lekarska potępia również wynagradzanie lekarzy przez innych lekarzy za polecanie pacyentów lub przesyłanie ich do dalszego leczenia i zwraca uwagę na niewłaściwość postępowania lekarzy lub właścicieli zakładów leczniczych, opłacających faktorów za doprowadzenie pacyentów. Rada honorowa Izby lekarskiej styryjskiej, podając te uchwały do wiadomości kolegów, boleśnie to odczuwa, że zmuszona jest zwrócić uwagę ogółu lekarzy na to niewłaściwe postępowanie, ubliżające nietylko godności stanu lekarskiego, ale i godności osobistej jednostek«.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, solidaryzując się z powyższymi wywodami, podaje je do wiadomości kolegów.

Dr. Akerman m. p. *Dr. Schoengut* m. p.

Biuro pośrednictwa dla lekarzy otwarła Organizacya lekarzy wiedeńskich (Wirthschaftliche Organisation der Ärzte Wiens) wspólnie z wiedeńską Izbą lekarską. Biuro pośredniczy w sprawach posad, zastępstw, towarzyszenia chorym w podróżach i t. p. Dla lekarzy pomocniczych pośrednictwo jest bezpłatne. Biuro urzęduje w Izbie lekarskiej wiedeńskiej (Wiener Ärztekammer, Wien, I, Börsegasse 1).

Prezes organizacyi wiedeńskiej: *Dr Skorscheban.*

Warszawska Kasa wsparcia lekarzy podupadłych oraz wdów i sierót po lekarzach miała w r. 1908 dochodu 11274·08 rubli, a rozdała 10114·04 rb. na wsparcia dla 5 lekarzy i 126 rodzin po lekarzach. Majątek kasy wynosił z końcem roku 1908 50607 rb. Członków liczyła kasa 898; z lekarzy zamieszkałych w Warszawie należy do niej tylko 410. *K.*

Kasy chorych w gubernii piotrkowskiej obejmowały 54.459 robotników, t. j. 37% ogółu robotników w tej gubernii, a wypłaciły 273.715 rb. zapomogi. *K.*

Przeciw niedpowiedniej reklamie dentystów walczy energicznie a skutecznie Towarzystwo odontologiczne warszawskie. Starania komisyi etyczno-zawodowej tego Towarzystwa odniosły ten skutek, że wszyscy członkowie (z wyjątkiem jednego) i wielu dentystów, nienależących do Towarzystwa, usunęło rażące szyldy i reklamy. Obecnie podjęło Towarzystwo starania, aby reszta dentystów w Warszawie i na prowincyi podobnie postąpiła. *K.*

Kasa wzajemnej pomocy odontologów polskich utworzyła się w Warszawie. Prezesem wybrano p. Szellera (Warszawa Moniuszki 7), który przyjmuje obecnie wpisy. *K.*

Warszawska Kasa wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierót po lekarzach ogłasza następujące wsparcia: 1) Z fundacyi ś. p. Dra Wieliczki wsparcie 34 rb. 20 kop. dla syna lekarza w wieku od 13—18 lat, kształcącego się w Warszawie lub kraju. Pierwszeństwo mają młodzieńcy urodzeni na Ukrainie. 2) Z fundacyi Dra Bacewicza 5 wsparć po 61 rb. 56 kop. dla wdów po lekarzach. 3) Z fundacyi Dra Jabłonowskiego wsparcie w kwocie 276 rb. dla lekarza rodem z Warszawy religii rz. kat., przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającego. *K.*

Domy lekarskie w zdrojowiskach. W Lipsku utworzył się związek, mający na celu założenie w miejscowości kąpielowej »Bad Elster« schroniska dla żon lekarzy i wdów po lekarzach. Taksa za mieszkanie z utrzymaniem wynosić będzie 5 marek dziennie. Kąpiele i opieka lekarska bezpłatnie. — I nasze zdrojowiska powinnyby wprowadzić podobne ułatwienia, coby z pewnością także i zdrojowiskom wyszło na korzyść. *K.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 30. V. do 6. VI. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 1), Borszczów (Jezierzany 1), Drohobycz (Medenice 2), Horodenka (Hawrylak 4, Czortowiec 16, Obertyn 2, Niezwiska 7), Jarosław (Cieplice 4), Kałusz (Nowica 4), Kołomyja (Słobódka polna 1, Siemakowce 1, Gwoździec stary 7, Kołomyja 1), Kosów (Chomczyn 1), Lisko (Wola mihowa 1), Lwów pow. (Sroki ad Łaszki 10), Nadwórna (Pniów 6), Podhajce (Sokolniki 2), Rawa (Werhrata 1, Hołe Rawskie 4, Wulka mazow. 5), Sanok (Osławice 1, Duszatyn 3), Skałat (Zarubińce 2, Poznanka hetm. 2), Tarnobrzeg (Nadbrzezie 1), Tłumacz (Hołosków 1), Tarnopol (Grabowiec 6), Turka (Ilnik 2), Zaleszczyki (Capowce 3), Złoczów (Czyżów 2), Żółkiew (Kulików 3). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. V. do 5. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 4 † —), krztuśca 3, płonicy 14 † 1 (5 † —), odry 1, duru brzusznego 5 † 1 (3 † 1), kuru 2. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 30. V. do 5. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1 (w tem obcych —), krztuśca — płonicy 9 † 1, duru brzusznego 2, czerwonki 3. *Dr Legeżyński*

I. Zjazd internistów polskich w Krakowie.

(19 lipca 1909).

W dalszym ciągu zgłoszono następujące odczyty:

Serya III.

34. Dr N. Gąsiorowski, Prof. P. Kucera i Dr S. Rudzki (Lwów): O etyologii, obrazie klinicznym i sekcyjnym w czerwonce w zakładach dla umysłowo chorych.

35. Ci sami. O epidemiologii i zapobieganiu w czerwonce w zakładach dla umysłowo chorych. (Oba odczyty na podstawie badań przeprowadzonych w zakładzie kulparkowskim).

36. Dr K. Dłuski (Zakopane): O leczeniu gruźliczych tuberkuliną Beranecka w Sanatoryum w Zakopanem.

37. Dr Leon Fejerstein (Lwów): O wartości klinicznej próby Wassermanna (z zakładu higieny Uniw. lwow. Prof. Dra G. Kucery).

38. Prof. Dr Orłowski (Kazań): Badania dotyczące klinicznych metod oznaczania czynności trzustki.

39. Dr Stanisław Muttermilch (Warszawa): O stosowaniu w odczynie Wassermanna antygenu nieswoistego.

40. Doc. Dr W. Nowicki (Lwów): Badania nad zachowaniem się istoty chromochłonnej nadnerczy u zwierząt i ludzi przy schorzeniach nerek (z przedstawieniem preparatów).

41. Dr Hornowski (Lwów): Wpływ czynników termicznych na zachowanie się istoty chromochłonnej nadnerczy u zwierząt i ludzi i jego praktyczne znaczenie.

43. Dr A. Krokiewicz (Kraków): Wyniki leczenia gruźlicy własną metodą wraz z przedstawieniem chorych.

43. Dr Czesław Barszczewski (Warszawa): Znaczenie promieni x w klinice chorób wewnętrznych [ilustrowany obrazami niknącymi (prześrocza)].

Termin zgłaszania odczytów został przedłużony do 1. lipca b. r. Zgłoszenia i odczyty należy przesyłać do biura Zjazdu, Klinika lekarska, ul. Kopernika 15.

Sekretarz komitetu: *Dr B. Korolewicz.* Przewodniczący komitetu: *Prof. Dr W. Jaworski.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 9/VI b. r. posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił chorą, u której drenował przewód żółciowy przy kamicy, przypadek wycięcia krtani z powodu raka, przypadek artrodezy, wreszcie wcześnie wycięty wyrostek robaczkowy, prym. Borzęcki przedstawił przypadek kiły o pozorach tocznia, Dr Eisenberg preparat rozpadowej gruźlicy płuc u świnki morskiej i nowe sposoby barwienia prątków gruźliczych. W dyskusyach przemawiali Dr Eisenberg, H. Hirsch, Doc. Gliński, Prof. Kader, Dr Poźniak.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1909/10 wybrany został. prof. Kader.

— Dyplom doktorski uzyskał lekarz p. Witold Zacharewicz.

— Dn. 27. maja b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachod.-galic., na którem 1) odczytano pismo c. k. Namiestnictwa, zatwierdzające wyrok Rady honorowej z 18/VII 1907 przeciw Drowi G., a skazujący go na 100 koron grzywny; 2) odczytano pismo Wydziału wykonawczego, donoszące, iż tegoroczny Wiec Izb odbędzie się z końcem października lub początkiem listopada, podczas sesyi parlamentu; na tym Wiecu będą wzięte pod obrady między innemi sprawa tytułów lekarskich i sprawa projektu rządowego o ubezpieczeniu społecznem; 3) rozdano szereg zapomóg wdowom po lekarzach; 4) załatwiono szereg spraw drobnych.

— W Nowym Targu rozpoczęła się budowa szpitala powiatowego na 50 łóżek. Koszta budowy wyniosą 250.000 koron.

— Słuchacz V. roku medycyny poszukuje zajęcia na miesiące letnie w zakładzie zdrojowym, klimatycznym lub t. p. w Galicyi lub Królestwie. Zgłoszenia przyjmuje Redakcya »Przeglądu lekarskiego«.

Lwów. W ostatniej sesyi polecił Sejm Wydziałowi krajowemu zbadać sprawę założenia z funduszów krajowych 2 lecznic ludowych przeciwgruźliczych i zdać sprawę na sesyi najbliższej tak pod względem kosztów założenia takich lecznic, jak i opinii kół zawodowych lekarskich o ich użyteczności. Stosownie do tej uchwały Sejmu zwołuje Wydział krajowy w sprawie tej na d. 26/VI b. r. ankietę, której przedkłada następujący kwestyonaryusz: 1) Zapobieganie i leczenie gruźlicy na podstawie obecnego stanu nauki. 2) W jaki sposób i jakiemi drogami zdążają inne kraje, względnie państwa, do rozwiązania problemu racyonalnego zwalczania gruźlicy? 3) Jakie środki zaradcze w tym kierunku należałoby stosować u nas ze strony powołanych czynników (rząd, kraj, powiaty, gminy i t. d.)? 4) Jakich funduszów wymagałoby ewentualne założenie i utrzymanie przez kraj jednej lub więcej lecznic, wyposażonych w odpowiednie urządzenia i środki lecznicze? 5) Wnioski samoistne.

Inicyatywa Wydziału krajowego w tej sprawie spotkać się musi ze strony nietylko lekarzy, ale najszerszych kół społeczeństwa z tem gorętszem uznaniem, że, jak widać z programu ankiety, zamierza ją Wydział krajowy oprzeć na rozległej podstawie i uzyskać opinię zawodową nietylko co do sprawy krajowych sanatoryów ludowych, ale wogóle co do planu systematycznej walki z gruźlicą. A taka, na wielkie rozmiary podjęta walka, to właśnie jedno z najważniejszych i najpilniejszych zadań społeczno-higienicznych, u nas tem ważniejszych i tem pilniejszych, że gruźlica grasuje wśród naszej ludności srożej, niż w innych krajach i że walka z nią jest w naszym kraju zaledwo w zaczątkach. To też rozszerzenie ankiety na cały zakres walki z gruźlicą jest jedynie trafnem postawieniem sprawy i stanowi ponowny dowód, że w działalności społeczno-higienicznej wstępują naczelne nasze władze autonomiczne w erę postępu, a sprawy zdrowia ludności poczynają wysuwać się na należne sobie miejsce w programie gospodarki krajowej.

Ankieta odbędzie się pod przewodnictwem szefa departamentu sanitarnego, członka Wydziału krajowego Dra Bernadzikowskiego, a wezmą w niej udział: Prof. Ciechanowski, Prof. A. Gluziński, Dr St. Gruiński, Dr T. Janiszewski, Prof. Kucera, R. dw. Dr J. Merunowicz, Dr S. Mikołajski, Prof. Wiczkowski i Dr J. Żychoń.

— Nowa krajowa ustawa zdrojowa, która weszła w życie 12/I b. r., wymaga wydania nowych statutów dla każdego ze zdrojowisk galicyjskich. Wydział krajowy wezwał też reskryptem z d. 23/IV b. r. wszystkie komisye zdrojowe, działające w kraju, by przedstawiły odpowiednie wnioski. Sprawę zastosowania nowej ustawy i jej ewentualnych uzupełnień omawia w godnych uwagi artykułach w »Słowie Polskiem« (Nr 259 i 260) Dr Stanisław Gruiński, który od dłuższego czasu zabiera w piśmie tem głos w ważniejszych sprawach sanitarnych kraju.

Warszawa. Z początkiem lipca wychodzić zacznie w Warszawie dwumiesięcznik p. t. »Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny«. Zakłada go grono 55 chirurgów i ginekologów, wyłącznie warszawskich. Redakcyę objął Dr Antoni Leśniowski, wydawcą będzie Dr Czesław Stankiewicz, a komitet redakcyjny składają: Dr Ciechomski, Gabszewicz, Karczewski, Prof. Kryński, Monsiorski, Neugebauer, Br. Sawicki, Sławiński i Zweigbaum. Oprócz prac oryginalnych z zakresu chirurgii, ginekologii i położnictwa, pomieszczać będzie nowe pismo streszczenia, sprawozdania i oceny z piśmiennictwa polskiego i obcego z tych dziedzin, sprawozdania z oddziałów i lecznic, z towarzystw i zjazdów. Zeszyt każdy obejmie 6—8 arkuszy druku; prenumeratę (rocznie rb. 7) przyjmuje Dr Cz. Stankiewicz, (Warszawa, Złota Nr 3).

Gdy niepomyślne okoliczności położyły kres bytowi »Przeglądu chirurgicznego« i »Ginekologii«, przychodzi nowe pismo w sam czas zająć opróżnioną placówkę. To też witamy je serdecznie i życzymy pomyślnego rozwoju.

— Magistrat rozesłał zarządom szpitalnym kwestyonaryusz, dotyczący pomnożenia liczby łóżek, rozszerzenia lub przeniesienia szpitala i t. p. Co do szpitala św. Łazarza okazało się, że przez sprzedaż części gruntów szpitalnych możnaby uzyskać sumę (550.000 r.), pozwalającą na powiększenie szpitala z 372 na 500 łóżek.

— W pierwszem półroczu istnienia sanatoryum w Rudce leczyło się w niem 133 chorych. Ze 110 chorych, przebywających w sanatoryum dłużej niż miesiąc, polepszenie nastąpiło u 82.

— Na temat »Jak się ma zachować osoba zagrożona suchotami« rozpisano w Warszawie konkurs z nagrodą 50 rubli. Rozmiar arkusz druku. Rozprawa ta przeznaczona ma być dla szerokiego ogółu, powinna być napisana przystępnie, ale z uwzględnieniem obecnego postępu wiedzy. Termin nadsyłania prac do 10 września r. b. na ręce Towarzystwa lekarskiego w Warszawie (Niecała 7). *X.*

— Wystawa higieniczna w Lublinie przyniosła 14.682 rb. dochodu; wydatki wynosiły 15.738 rb. Niedobór pokryty będzie z funduszów gwarancyjnych, złożonych przez różne instytucye i osoby prywatne.

Łódź. Wbrew obowiązującym przepisom nie ma Łódź dotąd szpitala miejskiego, ani należycie zorganizowanej opieki nad podrzutkami. Istniejące 4 szpitale prywatne nie wystarczają na potrzeby półmilionowej ludności, gdyż na 1000 mieszkańców przypada tylko jedno łóżko szpitalne. To też w kołach obywatelskich poruszono myśl, by utworzyć szpital miejski jak najrychlej, nie czekając na wprowadzenie samorządu. Magistrat zasłania się jednak brakiem funduszów, pomimo że na rok bieżący przeznaczył około 100.000 rb. do wypłaty istniejącym szpitalom za leczenie ubogich mieszkańców i służby miejskiej.

Wilno. W tych dniach ma być otwarty szpital dla nieuleczalnych w domu, ofiarowanym na ten cel przez ks. prałata Radzymińskiego-Frąckiewicza, który też częścią ofiarował sam, częścią zebrał fundusz na utrzymanie szpitala i stara się o fundusze na budowę nowego gmachu.

Z różnych stron. Towarzystwo »Domu lekarskiego« w Maryenbadzie odbyło 12. V. b. r. walne zgromadzenie. Już w r. z. zdołało Towarzystwo uzyskać znaczne ułatwienia dla kilkunastu chorych kolegów; na bieżący sezon zgłosiło się 36. Majątek To-

warzystwa wzrósł w ciągu roku z 6839 kor. na 11.746 kor., nie licząc ofiarowanego pod budowę »Domu lekarskiego« gruntu; liczba członków wzrosła z 92 na 135.

— Profesor Neisser z Wrocławia ogłasza do wszystkich lekarzy następujące zapytanie: »Czy znany jest komu z kolegów z piśmiennictwa, lub też z doświadczenia własnego zupełnie pewny przypadek, by chory cierpiący na porażenie postępujące zaraził się po raz wtóry na nowo kiłą?« Chodzi o rozstrzygnięcie pytania, czy dodatni wynik próby serodyagnostycznej, jaki np. często spotyka się u chorych na porażenie postępujące, dowodzi, że gdzieś w ciele znajduje się jeszcze ognisko krętków, a więc, że należy obawiać się nawrotu choroby, czy też dowodzi tylko tego, że chory przebył kiłę. *A.*

— Tematami obrad VIII. międzynarodowej konferencyi przeciwgruźliczej w Stokholmie (8—19. VII. b. r.) będą. 1) Opieka w rodzinach gruźliczych, szczególnie opieka nad dziećmi zdrowemi. 2) Sprawozdanie komisyi sanatoryów. 3) Środki swoiste w rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy. 4) Gruźlica w szkole. 5) Postęp walki z gruźlicą w różnych krajach.

Mianowani: Doc. Dr Wł. Szumowski lekarzem zdrojowym w Szczawnicy; Dr Wł. Kluger asystentem kliniki lek. w Krakowie;

patolog Doc. Dr Mönckeberg w Giessen profesorem nadzwyczajnym.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 16. czerwca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Janiszewski: 1) Kilka uwag o środkach zapobiegawczych przeciwko płonicy. 2) V. wykład z seryi wykładów o gruźlicy: Prof. Kader: Chirurgiczne leczenie gruźlicy nerek.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Firma Merck wydała, jak corocznie, t. zw. sprawozdanie roczne, obejmujące nowości w przemyśle farmaceutycznym. Sprawozdanie uwzględnia obszernie piśmiennictwo najnowsze, wskazania, skład chemiczny, sposób sporządzenia i t. d. Już sam rozmiar dziełka (409 stronic) świadczy o wielostronnej działalności firmy i o szerokich granicach pracy. *MR.*

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE

do kąpieli. 222

SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg. | ŁOG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

W KRYNICY dom pod „Orłem". Dr Zygmunt Wąsowicz ordynuje jak w latach poprzednich do końca września. 313 (Choroby wewnętrzne i kobiece).

Woda Krościeńska

ze zdroju Stefana

znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Zmarli: Dr Józef Koralkiewicz w 70 r. ż. w majątku swym Nowej Wsi pod Wołominem na Mazowszu. Rodem z Mińskiego, kształcił się w Mińsku litewskim, poczem przebył studya uniwersyteckie w Charkowie, gdzie też uzyskał w roku 1861 stopień lekarza. Niezmiernie prawy i czysty charakter, szlachetność i skromność obok wielkiej pracowitości jednały ś. p. Koralkiewiczowi powszechny szacunek. Spokój Jego popiołom! *M. D.*

Dr Stanisław Łuczyński, lekarz kolei warsz.-wied., w 40. r. ż. w Łowiczu;

Dr Cezary Staniewicz, emerytowany lekarz zakładów rządowych petersburskich, członek zarządu wileńskiego Towarzystwa przyjaciół nauk, czynny na wielu polach pracy obywatelskiej, w 69 r. ż. w Wilnie;

chirurg Prof. Cavaillon w Lyonie, znany szeroko dyrektor oddziału dla dzieci umysłowo upośledzonych w Bicêtre pod Paryżem Dr Bourneville.

Redakcya otrzymała: Crandon, Place i Brown: Noma. Boston 1909. — Bychowski: O niektórych wskazaniach do radykalnej i paliatywnej trepanacyi w nowotworach mózgu. Odb. »Gaz. lek.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Słowiańskie miejsce kąpielowe na Morawach

LUHACZOWICE (LUHAČOVICE)

ma bardzo wygodne połączenie kolejowe z Warszawą, Krakowem i Lwowem przez Przerów — Węg. Gradisko — Ujezd — Luhaczowice.

Stacya kolei na miejscu. Kuracyuszów było w roku 1908 **5053**, z tego dużo Polaków.

Środki lecznicze: 4 źródła alkaliczno-muriatyczne, kąpiele naturalne z kwasem węglowym (jak w Nauheim), inhalatorium (jak w Reichenhall), kąpiele słoneczne, leczenie wodą, kąpiele w rzece.

14 lekarzy z tych niektórzy mówią po polsku.

Wskazania: chroniczne choroby dróg oddechowych, serca, żołądka, kiszek, wysięki, kamienie żółciowe, cukrzyca, niedokrewność, blednica, neurastenia. 308

Zabawy: orkiestra pierwszorzędna ze 20 sił, codziennie od 6—8 i od 4—6, biblioteka, czytelnia (polskie gazety i książki), teatr.

Prospekty polskie, czeskie, ruskie i niemieckie. — **Zapytania** w kwestyi mieszkań etc. odwrotną pocztą przez Dyrekcyę.

Czeskie towarzystwo akcyjne.

Kapitał akcyjny 2,000,000 Koron.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 19. czerwca 1909. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu mikrobiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego (Dyrektor Prof. Dr J. Nowak).

Uwagi praktyczne w sprawie odczynu Wassermanna

podali

Dr Ludwik Rajchman i Dr Zygmunt Szymanowski

asystenci Zakładu.

I.

Odczyn Wassermanna, jak wiadomo, daje dodatnie wyniki nietylko w różnych okresach kiły i cierpień na tle kiły powstających, ale też w przebiegu świdrowic (*trypanosomiasis*) zwierzęcych i ludzkiej (przypadek dodatniego odczynu płynu mózgowo-rdzeniowego w śpiączce afrykańskiej), w surowicy psów dotkniętych piroplasmozą, w przypadkach trądu, nielicznych zimnicy, oraz płonicy. Zwłaszcza w sprawie płonicy ukazał się cały szereg prac, które wyłącznie jednak dotyczyły zachowania się odczynu w samym przebiegu choroby. Nawiasem zaznaczyć należy, że przy dokładnem przestrzeganiu ścisłości techniki i umiejętnej kontroli liczba dodatnich wyników odczynu Wassermanna przy płonicy okazuje się znikomo małą. Praca Hechta, Lateinerównej i Wilenki[1]), wzorowo wykonana i operująca największym materyałem, daje wyraźne w tej mierze wnioski. Na 116 badanych przypadków otrzymali wspomniani autorowie tylko 3 razy wyniki dodatnie, z których dwa dotyczą badań pośmiertnych.

W żadnej jednak pracy nie zwrócono uwagi na zagadnienie, praktycznie donioślejsze a mianowicie, czy przebyta płonica nie pozostawia w surowicy trwałych zmian, któreby mogły po upływie dłuższego przeciągu czasu dać dodatni odczyn Wassermanna z którymkolwiek z używanych do odczynu antygenów, — oczywiście u osobników bezwzględnie wolnych od kiły, zarówno nabytej, jak dziedzicznej.

Dla zbadania tej sprawy zebraliśmy szereg przypadków, w których wywiady nie przedstawiały żadnych wątpliwości. Wszyscy badani przechodzili płonicę w dzieciństwie i sami ofiarowali krew do zbadania, wiedząc, do jakiego celu służy.

[1]) Zeitschrift für Immunitätsforschung. Originale T. II. str. 356. — Praca ta zawiera całkowite piśmiennictwo w sprawie odczynu Wassermanna w przebiegu płonicy.

Co się tyczy metody badania, używaliśmy następujących odczynników:

I. Antygeny. Dwa różne wyciągi alkoholowe z wysuszonej i sproszkowanej wątroby płodu kiłowego. Wyciągi były sporządzone w stosunku 1:10 i rozcieńczane następnie wodą fizyologiczną w stosunku 1:20.
2) Wyciąg alkoholowy ze świeżej wątroby płodu kiłowego.
3) Wyciąg alkoholowy z serca morskiej świnki.
4) »Sztuczny antygen« Sachsa i Rondoniego (o nim poniżej).

II. Surowice badane po starannem oddzieleniu od skrzepów i odwirowaniu od krwinek inaktywowaliśmy przy 56° przez $1/2$ g.

III. Komplement (morskiej świnki) zupełnie świeży, zazwyczaj w 50% rozcz.

IV. Amboceptor: surowica królika uodpornionego krwinkami wołu, wysuszona o mianie $1/2000$.

V. Krwinki wołu, parokrotnie przemyte 9‰ rozczynem soli kuchennej — w 5% rozczynie.

Czas wiązania komplementu wynosił 1—$1\frac{1}{2}$ godz.; po dolaniu krwi i amboceptora zostawialiśmy próbę w termostacie aż do czasu całkowitego rozpuszczenia we wszystkich rurkach kontrolnych, wyniki zaś odczytywaliśmy nazajutrz po 12-godzinnem trzymaniu w lodowni.

Oczywiście w każdej seryi badanej dla kontroli badaliśmy jednocześnie kilka surowic kiłowych i prawidłowych.

Badaliśmy dwanaście surowic. W żadnym przypadku z żadnym antygenem nie otrzymaliśmy związania komplementu. Wszędzie była hemoliza całkowita, gdy tymczasem ze wszystkiemi surowicami kiłowemi, użytemi do kontroli, występował odczyn wybitnie dodatni.

Gdy więc w przebiegu płonicy odczyn występuje w przypadkach bardzo nielicznych, zaś po przebytej płonicy nigdy nie występuje, sądzimy, że niema danych, aby przestać z tego powodu poczytywać odczyn Wassermanna za klinicznie swoisty dla kiły.

II.

Gdy ustalono, że wyciągi z prawidłowych narządów mogą zastępować całkowicie »antygen krętkowy« Wassermanna, liczni autorowie poszukiwali, jakie substancye odgrywają czynną rolę w »antygenach«. Możność wyciągania zapomocą alkoholu kazała ciała te zaliczyć do lipoidów i istotnie np. Porgesowi i Meyerowi udaje się zastąpić w pewnej mierze antygen z narządów przez lecytynę, Levaditi i Yamanouchi, kierowani faktem, że alkoholowe wyciągi »antygenu« są nierozpuszczalne w eterze, czynią próby z solami żółciowemi, Fleischmann z cholestearyną, Sachs i Altmann z oleinianem sodu i t. d.

W następnej pracy (zamieszczonej w I. zesz. »Zeitschrift für Immunitätsforschung«) z zakładu Ehrlicha w Frankfurcie, Sachs i Rondoni proponują wprost dla ujednostajnienia metodologicznego używać stale zamiast typowych antygenów — rozczynu alkoholowego lecytyny, kwasu oleinowego i oleinianu sodu, przyrządzonego w pewien specyalny sposób w 2 odmianach [2]). Autorowie zwracają szczególną uwagę na sposób przyrządzania, a nawet rozcieńczania w fizyologicznym rozczynie soli.

Oczywiście zastąpienie wyciągów z narządów przez płyny o zupełnie określonym składzie chemicznym, dające się sporządzić każdej chwili w dowolnej ilości, miałoby pierwszorzędną doniosłość praktyczną. To też zaraz po ukazaniu się powyższej pracy sporządziliśmy płyny Sachsa i Rondoniego, stosując się ściśle do ich przepisów. Niestety wyniki prób zupełnie nie odpowiedziały oczekiwaniom.

W granicach podanych przez Sachsa i Rondoniego (0,4; 0,2; 0,1 rozcz. 1:5) najczęściej nie otrzymywaliśmy wcale związania komplementu z surowicą kiłową, która w tym względzie zachowywała się zupełnie tak samo, jak surowica prawidłowa.

Natomiast większe ilości tych samych płynów dawały zahamowanie hemolizy zarówno w kiłowych jak i w prawidłowych surowicach. Surowice kiłowe były oczywiście sprawdzane typowym antygenem.

Dla przykładu przytaczamy wynik kilku odczynów z licznego szeregu dokonanych.

		Kiła pewna		Surowica prawidłowa		Kontrola rozczynu
		I.	II.	I.	II.	
Rozczyn Sachsa A. 1 : 5	0·4	—	—	—	—	—
	0·2	—	—	—	—	—
	0·1	—	—	—	—	—
Rozczyn Sachsa A. 1 : 3	0·6	++	++	++	++	–
	0·4	+	+	+	+	—
	0·2	+	+	+	+	—

Rozczyny B. zachowały się analogicznie.

[2]) Sachs i Rondoni. Zeitschrift für Immunitf. T. I. H. I. str. 145.

Mieszanina A.		Mieszanina B.	
Oleinian sodu	2,5	Oleinian sodu	1,0
Lecytyna	2,5	Lecytyna	1,0
Kw. oleinowy	0,75	Kw. Oleinowy	1,5
Woda destyl.	12,5	Woda destyl.	5,0
Alkohol ad	1000,0	Alkohol ad	1000,0

Oleinian sodu — Kahlbaum Berlin.
Ovolecytyna Merck Darmstadt.
Kw. oleinowy (Marka »Kahlbaum«) Kahlbaum.

Mieszaninę A. rozcieńcza się, dolewając do 1 cm³ rozczynu 4 cm³ soli fizyologicznej kroplami; mieszaninę B. również w stosunku 1 : 5, lecz w zwykły sposób.

Nie przesądzając więc wcale wartości »sztucznego antygenu »Sachsa i Rondoniego w stosunku do innych »sztucznych antygenów«, stwierdzić możemy, że »antygen« ten nie przedstawia żadnych zalet w porównaniu do alkoholowych wyciągów zarówno z narządów kiłowych, jak z serca morskiej świnki. Już gdy praca nasza była na ukończeniu, podał Facchini [3]) wyniki swych badań w tym samym kierunku. Dochodzi on do wniosku, że rozczyn *B.* nie nadaje się zupełnie dla serodyagnostyki kiły, rozczyn zaś *A.* również nie jest pewny, dając niekiedy związanie komplementu z surowicą prawidłową. Dochodzi zatem do podobych, jak my, wniosków.

W końcu poczytujemy sobie za miły obowiązek wyrazić serdeczne podziękowanie kol. Radlińskiemu, Nüssenfeldowi i Epsteinowi za łaskawe dokonywanie nakłucia żylnego u badanych przez nas osób.

Bronchoskopia i leczenie na tej drodze dychawicy oskrzelowej.

Podał

Docent pr. Dr Franciszek Nowotny

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Oprócz mnie stosowało tracheo- i bronchoskopię górną wraz z działaniem kokainy i adrenaliny jeszcze dwu lekarzy:

1) Trétróp (Centralblatt f. Laryngol. Nr 1. 1909. Jahresversammlung der belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft 27—29 Juni 1908. Brüssel) przytacza przypadki dychawicy, uleczonej tą metodą i twierdzi, iż tak ze względu na dobre wyniki, jak i łatwość metody użycie jej jest wskazane.

2) Galebsky z Petersburga opisuje 2 przypadki dychawicy oskrzelowej, w których użył tejże metody (klinika Simanowskiego).

a) Chora 40-letnia z objawami ciężkiej duszności, rozlanym nieżytem oskrzeli, przeważnie w lewem płucu. Bronchoskopia wykazała wyraźną różnicę pomiędzy błoną śluzową prawego a lewego oskrzela. Błona śluzowa lewego oskrzela była silnie zaczerwieniona i nieco obrzmiała. Po samym zabiegu, przy którym użyto rozczynu 20% kokainy z adrenaliną — polepszenie. Po tygodniu, gdy napady duszności znowu silnie wystąpiły, powtórna bronchoskopia, jednak bez poprawy, co Galebsky tłómaczy tem, iż endoskopia wykonana była w czasie miesiączkowania.

b) W drugim atoli przypadku, tyczącym się chorej 30-letniej, już jednorazowa bronchoskopia z zapędzlowaniem oskrzeli kokainą i adrenaliną dała zupełne wyleczenie.

Endoskopia nie wykazała w tym przypadku zmian na błonie śluzowej. Cierpienie trwało lat siedem, objawiało się napadami duszności, czasem bardzo silnymi i trwającymi 48 godzin. W ostatnich czasach dostawała chora napadów duszności nawet na wolnem powietrzu i przy najmniejszym już ruchu. Chora przeszła wszystkie prawie sposoby leczenia tak ogólne, jak i miejscowe, jak przypalania dolnej małżowiny nosowej i odcięcie przedniej jej części. Przez 1½ miesiąca po endoskopii była chora zupełnie wolna od napadów duszności.

Według wiadomości listownej stosował Galebsky obok tych dwu przypadków dychawicy oskrzelowej tracheo-

[3]) Zeitschrift für Immunitätsforschung. Bd. II. str. 257.

i bronchoskopię górną jeszcze u dwu kobiet, żalących się na duszność, z rozpoznaniem histeroneurastenii.

U obu tych kobiet stwierdzono wzmożenie odruchów ścięgnistych, dermografię, kulę histeryczną (*globus hystericus*), wzdęcie żołądka i jelit, zboczenia w miesiączkowaniu. Jedna z tych chorych cierpiała obok tego na bicie serca; tętno 90, nierówne, rozdwojenie pierwszego tonu nad końcem serca. Z powodu ciągłych skarg na brak powietrza przystąpił Galebsky u obu tych chorych do tracheo- i bronchoskopii górnej. Zmian anatomicznych nie stwierdził żadnych, pomimo tego obie chore czuły znaczne i trwałe polepszenie. U jednej chorej wykonano zabieg ten trzechkrotnie, u drugiej dwukrotnie; użyto przytem do znieczulania błony śluzowej rozczynu kokainy z adrenaliną.

Osiem przypadków leczonych i spostrzeganych przezemnie, dwa przypadki Galebskyego i wreszcie przypadki Tretrópa z dodatnim wynikiem, pozwalają na pewne wnioski tak co do skutków leczniczych, jak i wskazówek, które postacie dychawicy nadają się do tego sposobu leczenia, które zaś nie.

Dodatni wynik był w 7 przypadkach leczonych przezemnie, ujemny w jednym. U chorego tego atoli wedle wywiadów (badanie fizyczne nie wykazywało żadnych zmian w płucach) nie rozpoznawałbym cierpienia, zwanego dychawicą napadową (*asthma bronchiale*). Wprawdzie chory ten wspominał o duszności częściowo stałej, częściowo napadowej, występującej w nocy lub też po każdym silniejszym ruchu, jednak opis napadu nie zgadza się z objawami, spotykanymi zawsze wśród napadu dychawicy. Jedynym objawem było tylko uczucie duszności, nie było zaś ani kaszlu ani wykrztuszania, szmery oddechowe stale były prawidłowe, brak wreszcie innych objawów przemawia za dusznością na tle histeryi. Za tem przemawia badanie fizyczne podczas dnia; otóż chory po wysiłku fizycznym zapewniał mnie o zwiększeniu się duszności, tymczasem badanie stwierdzało zupełnie prawidłowe szmery oddechowe. Przypadek ten odpowiadałby dwu przypadkom Galebskyego z rozpoznaniem histeroneurastenii. We wszystkich innych siedmiu przypadkach, spostrzeganych przezemnie, stwierdzić muszę wynik w mniejszym lub większym stopniu dodatni. Wyleczenie zupełne, trwające już dwa lata, nastąpiło w przypadku III. Niestety chora opłacić to musiała tracheotomią. Znaczna atoli duszność, połączona z sinicą, prawie zupełna niedrożność lewego oskrzela, wzbudzały we mnie przypuszczenie zwężenia tegoż oskrzela, tak iż ze względu na groźny stan użyłem zabiegu pewniejszego i, w razie istnienia rzeczywistego zwężenia oskrzela zbliżającego pole operacyjne.

Chorego pierwszego wprawdzie nie mogę uważać za zupełnie uleczonego, jeżeli atoli zważymy, iż chłopiec ten przedtem nie był wogóle zdolny do żadnej pracy, ani nawet do swobodnego poruszania się, to wynik leczenia uważać musimy za bardzo korzystny. Chory przez dwa lata blizko czuł się zupełnie zdrowym, mógł się poruszać swobodnie, a nawet wykonywać zajęcie, ze względu na jego stan płuc bardzo niekorzystnie oddziaływające. Pewne pogorszenie wystąpiło dopiero w ostatnich kilku miesiącach i znowu wybitna poprawa pod wpływem trzechkrotnej tracheoskopii. Chory, który przed przybyciem na klinikę z powodu swego cierpienia odcięty był od świata, obecnie żyje prawie zupełnie swobodnie i pracuje. Lekki stan nieżytowy płuc, który się ciągle utrzymuje, może być dla chorego obecnie już tylko pewną niedogodnością, nie robi zaś już z niego kaleki.

Przypadek siódmy daje również dowód skuteczności tracheoskopii, brak tu tylko dłuższej obserwacyi. Badanie płuc poza napadami stwierdzało furczenia, świsty, rzężenia. Objawy te po napadzie zawsze się zwiększały. Już po pierwszej tracheoskopii polepszenie było wyraźne, zwiększyło się ono po drugiej, wreszcie po trzeciej i czwartej objawy opisane zupełnie ustąpiły. Najpierw ustąpiły rzężenia, potem furczenia, świsty i gwizdy; równocześnie ze stopniowem ustępowaniem tych objawów napady duszności tak co do czasu trwania, jak i co do nasilenia, zmniejszały się, aż wreszcie zupełnie ustąpiły. W przypadku drugim chora podawała poprawę i to znaczną, jak długo atoli poprawa ta trwała, trudno powiedzieć, chora bowiem potem już się nie zgłosiła.

Poprawa była i w przypadku czwartym. Z powodu iż chory osłabł podczas tracheo- i bronchoskopii, kokaina z adrenaliną zadziałać mogły tylko na płuco prawe. Zaraz też po bronchoskopii dokonane badanie wykazało ustąpienie zupełne świstów, gwizdów, furczeń ze strony prawej, natomiast po lewej, gdzie brakło tego działania, objawy nieżytowe utrzymały się w całej pełni. Pomimo tego chory odczuwał znaczną ulgę. W przypadku VIII obserwacya trwała zbyt krótko, by stąd wysnuwać jakieś wnioski. Należy zwrócić uwagę na ważny w przypadku IV. fakt, stwierdzający, iż ustąpienia objawów nieżytowych nie mamy do zawdzięczenia jakiemuś odruchowemu zadziałaniu samego zabiegu, lecz wprost działaniu kokainy z adrenaliną; objawy zwężenia oskrzeli płuca lewego, na które nie stosowano tych środków, pozostały w tymże samym stopniu natężenia. Piątego chorego obserwowałem tylko 4 dni. Przedmiotowo i podmiotowo stwierdziłem znaczne polepszenie.

Osłabnięcie chorego znaczenia żadnego nie ma; na cały szereg endoskopii trafiło się ono raz jedyny; przypisać to należy nerwowości chorego izraelity, tak że z tem liczyć się zupełnie nie potrzebujemy.

Jak wytłómaczyć sobie ustępowanie zmian zupełne lub też częściowe w przebiegu dychawicy napadowej w naszych przypadkach? Zdaniem mojem działanie to zawdzięczamy dwom czynnikom: 1) działaniu kokainy z adrenaliną, 2) działaniu bronchoskopii samej, powodującemu silne bardzo wykrztuszanie śluzu z dróg oddechowych. Kokainy używamy w rozczynie 25% do pędzlowania tchawicy i oskrzeli, obok tego w trzech ostatnich przypadkach zapuszczałem wprost do oskrzeli drugorzędnych kokainę 2% w ilości po 0·04. Adrenaliny używamy z kokainą w stosunku 1:10; wywołuje ona zmniejszenie się obrzmienia i przekrwienia błony śluzowej. Przy znacznem zaś nagromadzeniu się śluzu bronchoskopia wywołuje nadzwyczaj silne wykrztuszanie, tak iż w krótkim przeciągu czasu drogi oddechowe uwolnione zostają z masy śluzu. Żaden środek wykrztuśny nie może zadziałać w tym kierunku tak silnie i tak szybko, jak bronchoskopia.

Zmiany anatomiczne, napotykane w przypadkach powyższych, były następujące: W przypadku Pieniążka, tyczącym się dziecka $2^1/_2$-letniego, było zaczerwienienie i silne obrzmienie błony śluzowej dolnej części tchawicy, klina podziałowego, wejścia do oskrzeli, obok tego wejście do oskrzeli zatkane było częściowo śluzem. Przy nieznacznej szerokości światła oskrzeli u dziecka w tym wieku obrz-

mienie tego stopnia wraz ze śluzem, zatykającym oskrzele, wywołać musiało zwężenie znaczne, i to z objawami zwężenia obu oskrzeli głównych. U dorosłych z tym stopniem obrzmienia oskrzeli głównych nie spotykamy się; obraz podobny, choć w mniejszym stopniu, zauważyłem w kilku przypadkach duszności napadowej na klinach drugo- i trzeciorzędnych; obrzmienie to i tu było tak silne, iż wywoływało zupełną czasem niedrożność drugo- lub trzeciorzędnego oskrzela.

W 3 przypadkach zmian błony śluzowej nie zauważono; było to w przypadku H. Schröttera, jednym Galebskyego i jednym moim. W przypadku Schröttera bronchoskopię wykonano poza napadem, przypadku swojego nie uważam właściwie za dychawicę napadową, w przypadku Galebskyego pomimo braku zmian polepszenie nastąpiło. Brak atoli zmian w tchawicy lub oskrzelach głównych nie wyłącza zmian w oskrzelach drobnych, dla oka naszego niewidocznych. Zresztą w przypadkach czysto napadowej duszności, która nie mogła jeszcze wywołać zmian stałych następowych, obraz poza napadem będzie ujemny.

Zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej oskrzeli różnego natężenia zauważyłem w dalszych swoich czterech, Galebsky w swoim jednym przypadku, w dwu przypadkach tylko zaczerwienienie. W dwu wreszcie z mych przypadków, a mianowicie w przypadku I. i VII, zauważyłem wyraźne zaczerwienienie i obrzmienie klinów drugo- i trzeciorzędnych. Ważne jest spostrzeżenie Galebskyego, iż odpowiednio do zmian osłuchowych znalazł on zmiany błony śluzowej, ograniczające się tylko do jednego oskrzela. W swoim zaś jednym przypadku stwierdziłem znacznie obniżoną pobudliwość błony śluzowej tchawicy i oskrzeli.

W 7 przypadkach stwierdzić można było znaczną ilość śluzu w drugach oddechowych. W jednym ilość śluzu była bardzo nieznaczna, śluz był zasychający i przylegający do ścian oskrzeli.

Ponieważ atoli w tym przypadku osłuchiwanie stwierdzało zupełną prawie niedrożność oskrzeli płuca lewego i gałęzi, prowadzącej do płatu dolnego płuca prawego, a zmian odpowiednich, tłómaczących ten stan w oskrzelach głównych ani drugorzędnych nie znalazłem, przeto musimy przypuścić niedrożność i to prawie zupełną oskrzeli drobnych. Wywołana ona być musiała już to ich obrzmieniem, jużto nagromadzeniem się na ich ścianach lepkiego śluzu, który zwężał lub nawet w zupełności zatykał światło oskrzeli. Wynik leczniczy w tym przypadku odnieść muszę tak do zadziałania rozczynu kokainy z adrenaliną, jak i do nagłego przebicia się powietrza przez zatkane dotąd śluzem drobne oskrzelka. Obrzmiałe i wypełnione lepkim, przylegającym do ścian śluzem oskrzela nie przepuszczały albo zupełnie powietrza, albo przedostawało się ono tylko z trudem. Kokaina z adrenaliną, spływając do drobnych oskrzeli, zmniejszała obrzmienie i przekrwienie, czop śluzu nie zatykał już tak szczelnie światła oskrzeli, tak, że wchodzące podczas bronchoskopii z pewną siłą powietrze poprostu rozerwało warstwy śluzu, który już obecnie oblepiał jedynie ściany oskrzeli, pozostawiając światło wolne i nie przeszkadzając już ich wdechowemu rozszerzaniu się.

W ten sposób naraz wytworzyła się drożność oskrzeli, równocześnie zaś przerwano wzajemne szkodliwe oddziaływanie zalegającej wydzieliny, która wypełniając całkowicie światło, nie pozwalała na wdechowe rozszerzanie się oskrzela. Że był to tylko lepki śluz, dowodzi, iż badanie nigdy nie wykazywało rzężeń, tylko świsty i gwizdy. Drożność oskrzeli, prawidłowy przepływ powietrza przez nie, usuwając śluz, przekrwienie i obrzmienie, w jednej prawie chwili mogły przywrócić stosunki prawidłowe.

Że działanie to nie jest odruchowe, że zwężenie nie ustępuje nagle skutkiem ustąpienia odruchowego skurczu mięśni gładkich oskrzeli, najwyraźniej dowodzi przypadek czwarty. U tego chorego wprowadzono bronchoskop tylko do oskrzela prawego i tam też tylko zapuszczono kokainę z adrenaliną. Z powodu osłabnięcia chorego bronchoskopu do oskrzela lewego wprowadzić nie było można. Badanie płuc, po endoskopii dokonane, wykazało zupełne ustąpienie objawów zwężenia oskrzeli i objawów nieżytowych tylko po stronie prawej, po lewej pozostały one w całej swej sile.

Streszczając wyniki leczenia sposobem przezemnie podanym, postawić sobie musimy pytanie, czy wogóle i w jakich przypadkach leczenie dychawicy napadowej metodą tracheo- i bronchoskopii jest wskazane.

W przypadkach czysto napadowej duszności, gdzie poza napadami stan płuc jest zupełnie prawidłowy, nie spodziewałbym się, wedle przypadków dotychczasowych — wyników, przynajmniej wybitnych. U tych chorych atoli wystarczają zazwyczaj środki narkotyczne, które albo w zupełności usunąć mogą napad lub też przynajmniej natężenie jego zmniejszyć. Szczególnie zaś wtedy nie byłaby wskazana tracheo- i bronchoskopia, gdy napady występują rzadko, trwają krótko i natężenie ich jest nieznaczne.

W przypadkach duszności czysto nerwowej w przebiegu histero-neurastenii, jak w dwu przypadkach Galebskyego i jednym moim, bronchoskopia, jeżeli działa, to poddawczo, jako silny bodziec zewnętrzny. I tu będą wyniki różne; w moim przypadku wynik ujemny, w obu Galebskyego dodatni.

Wynik dodatni stwierdzić można było we wszystkich przypadkach dychawicy przewlekłej. Podmiotowo wywoływała ona obok duszności stałej różnego natężenia, napady duszności, przedmiotowo dawała objawy nieżytu przewlekłego. Cechą jego zaś było silniejsze, niż przy zwykłych nieżytach, obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej i wydzielina przeważnie gęsta, lepka, dająca przy osłuchiwaniu głównie świsty, gwizdy, rzadko zaś rzężenia; w jednym zaś przypadku, a mianowicie trzecim, wydzielina wywoływała prawie zupełną niedrożność większej liczby gałązek oskrzelowych. W tych to przypadkach wynik leczniczy był stale dodatni. Były to wszystko przypadki ciężkie, wywołujące niemożność pracy, swobodnego poruszania się i t. d. Chorzy ci, widząc bezskuteczność używanych zazwyczaj środków lekarskich, chętnie się poddawali tracheoskopii, a nawet jak w przypadku I. III. i VII., sami, widząc polepszenie, domagali się usilnie dalszych endoskopii.

W tych to przypadkach leczenie dychawicy oskrzelowej na drodze tracheo- i bronchoskopii jest wskazane.

Nasuwałoby się pytanie, o ile endoskopia może oświetlić istotę cierpienia, zwanego dychawicą napadową. Aż do niedawnego czasu istniały co do tego dwie krańcowo przeciwne teorye. Jedni usiłowali tłómaczyć obraz chorobowy tonicznym kurczem mięśni oskrzeli; drudzy twierdzili, iż napad dusznicy powstaje skutkiem nagłego zwężenia świa-

tła oskrzeli, wywołanego już to samem obrzmieniem błony śluzowej, jużto równoczesnem nagromadzeniem się wydzieliny szklistej, lepkiej na powierzchni błony śluzowej. Niektórzy wreszcie przyczynę napadu upatrywali w skurczu mięśni przepony. W ostatnich czasach nastąpiło pewne zbliżenie się, pewne wyrównanie w poglądach na te dwie krańcowe teorye. I tak obecnie nawet zwolennicy teoryi Biermera przyjmują, że samym skurczem mięśni okrężnych oskrzeli nie da się wytłómaczyć obraz dychawicy, że musimy równocześnie także przyjąć obrzmienie, zaczerwienienie błony śluzowej oskrzeli z wytworzeniem się wydzieliny szklistej. Traube uważał za przyczynę dusznicy napadowej ostry nieżyt oskrzelków (*catarrhus acutissimus*), a to z tego powodu, że cierpieniu temu dosyć często towarzyszy kichanie. Störck przyjmował ostry nieżyt oskrzelków, z równoczesnym skurczem przepony, który to atoli skurcz nie jest koniecznie potrzebny do wywołania napadu. Przy badaniu bowiem wziernikiem zdołał on stwierdzić podczas napadu dusznicy wyraźne zaczerwienienie błony śluzowej krtani i tchawicy aż do prawego oskrzela. Za przyczynę napadów uważano wreszcie jużto kryształki Charcota, odkryte przez Leydena w plwocinie podczas napadu, jużto skrętki Curschmanna. Według Goldschmidta dychawica jest cierpieniem przedewszystkiem nerwowem, polegającem na skurczu mięśni oskrzeli. Równocześnie przyjmuje on atoli osłabienie mięśni wydechowych, nad którymi mięśnie wdechowe podczas napadu biorą przewagę. Względne to osłabienie mięśni wydechowych ma być tak znaczne, że już nieznaczne ich przeciążenie, jak przy kaszlu, kichaniu, śmianiu się, a nawet kilka kroków zrobionych na równej drodze, zdoła zburzyć równowagę mechanizmu oddychania na niekorzyść mięśni wydechowych. W celu zaś wytłómaczenia równoczesnego rozdęcia płuc, przypuszcza Goldschmidt, iż skurcz nie obejmuje naraz wszystkich oskrzelków, lecz gdy jedne skutkiem skurczu mięśni nie dozwalają na dostęp powietrza do odpowiedniej części płuc, inne są drożne dla powietrza i w obrębie ich następuje rozdęcie płuc.

Pieniążek porzuca w zupełności teoryę skurczu i przyjmuje, że istota dychawicy polega na zmianach błony śluzowej oskrzeli, podobnych do spraw nieżytowych. Różnica jest ta, że w dychawicy błona śluzowa obrzmiewa o wiele silniej i że w przebiegu dychawicy nigdy nie dochodzi do tak silnej wydzieliny, jak przy nieżycie oskrzeli. Obrzmienie też w przebiegu dychawicy powstaje o wiele szybciej i obejmuje równocześnie o wiele większe i od siebie oddalone części błony śluzowej, nie potrzebując stopniowo (*per continuitatem*), ogarniać coraz dalszych przestrzeni, co spotykamy przy zwykłych nieżytach. Ma to być sprawa, leżąca w pośrodku pomiędzy czystem obrzmieniem a nieżytem, zbliżająca się raz więcej do jednego, drugi raz do drugiego. Że dychawica napadowa i nieżyt oskrzelowy nie są to sprawy zupełnie różne, dowodzi tego ta okoliczność, że w jednem i drugiem cierpieniu spotykamy te same zmiany anatomopatologiczne, że zmiany te występują w tym samym porządku, tylko ich natężenie jest różne. Przyczynę napadu w dychawicy upatruje Pieniążek w działaniu nerwów naczynioruchowych, podobnie jak to spotykamy w cierpieniu, znanem pod nazwą *oedema angioneuroticum* Strübinga lub w pokrzywce. Prawdopodobnie biorą tu udział także nerwy wydzielnicze. Nerwy te mogą już pod wpływem słabego bodźca (np. pewnych zapachów) wywołać obrzmienie błony śluzowej i to o wiele szybciej i z większem natężeniem, niż zwykłe bodźce zapalne. Za tym sposobem powstania napadu duszności przemawia także spostrzeżenie Pieniążka, iż podczas napadu obok obrzmienia błony śluzowej dolnych małżowin nosa, zauważyć także można często surowicze obrzmienie końców przednich małżowin średnich, które to obrzmienie po napadzie znika. Obrzmienie to może wystąpić nietylko na błonie śluzowej prawidłowej, pod wpływem nerwów naczynioruchowych; może ono wystąpić także w przebiegu nieżytowych zmian oskrzeli. Wynikiem tego będzie, iż lekki już nieżyt oskrzeli u pewnych osobników, skłonnych do dychawicy, wywołać może niestosunkowo wielką duszność. Dosyć często wreszcie spotykamy kombinacyę przewlekłego nieżytu oskrzeli z dychawicą napadową; kombinacya ta może być przypadkowa lub też nieżyt oskrzeli wystąpi jako wynik długotrwałej dychawicy. Spotkamy się wtedy z obrzmieniem błony śluzowej niestosunkowo znacznem, przy małej wydzielinie, równocześnie z powodu występującego od czasu do czasu silniejszego obrzmienia wystąpią typowe napady dychawicy. Tem działaniem nerwów naczynioruchowych w przebiegu przewlekłego nieżytu oskrzeli tłómaczą się te różne odmiany dychawicy napadowej i długość jej trwania. Znaczną duszność, wywołaną silnem i długotrwałem obrzmieniem błony śluzowej oskrzeli, a występującą w przebiegu ostrych nieżytów u ludzi, nie cierpiących zresztą na typową dychawicę napadową, w ten sposób, t. j. zaburzeniami w nerwach naczynioruchowych, tłómaczyćby należało. Jakiego rodzaju są te zaburzenia, trudno rozstrzygnąć. Pieniążek jest skłonny przyjąć, że powstają one skutkiem porażenia nerwów naczynioruchowych najdrobniejszych rozgałęzień żyłek oskrzelowych, w następstwie czego powstaje rozszerzenie żył, zastój krwi, przesięk do błony śluzowej i obrzmienie. Przyjmuje on także, że błona śluzowa w wielu, a nawet może we wszystkich przypadkach dychawicy, jużto samoistnie, jużto pod wpływem długotrwałych przewlekłych nieżytów, jest stale grubsza, stale obrzmiała, tak, że już nieznaczna przyczyna, zwiększając obrzmienie, zwęża tak znacznie światło oskrzeli, iż wywołać może znaczną bardzo duszność.

Odliczając przypadek Schröttera, Galebskyego i jeden mój, którego zresztą nie uważam za dychawicę, zawsze spotykałem zmiany na błonie śluzowej; objawiały się one zaczerwienieniem jako objawem stałym, obrzmieniem klinu podzialowego tchawicy, częściej klinów drugo- lub trzeciorzędnych i błony śluzowej tchawicy i oskrzeli. Zmian w oskrzelkach tą drogą stwierdzić nie można, przyjąć atoli należy, iż będą one analogiczne do zmian w oskrzelach głównych. Obok tego wykazała endoskopia nagromadzenie znacznych ilości śluzu. Mielibyśmy więc już trzy czynniki, t. j. zaczerwienienie, obrzmienie błony śluzowej, nagromadzenie się śluzu.

Gdyby napad duszności wywołany był skurczem mięśni gładkich oskrzeli, to przedewszystkiem spodziewaćby się można, iż endoskopia raczejby nasilenie jego zwiększyła, gdyby zaś pod wpływem endoskopii odruchowo nastąpić miał skurcz mięśni, to skurcz ten ustąpićby powinien szybko i równomiernie na całej przestrzeni płuc. Endoskopia tym-

czasem wykazała, że zmniejszanie się duszności występuje powoli, odpowiednio do uwalniania dróg oddechowych z nagromadzonego tamże śluzu i do działania kokainy z adrenaliną. W przypadku też pierwszym, opisanym przezemnie, wyraźnie stwierdzić można było, iż w pierwszej chwili po wprowadzeniu tracheoskopu duszność się wzmogła, ustępowała ona zaś powoli i stopniowo odpowiednio do uwalniania się oskrzeli z nagromadzonego śluzu i równoczesnego działania kokainy z adrenaliną. Działaniu kokainy z adrenaliną przypisać musimy wynik w przypadku trzecim. Mniej wybitnie spostrzegać to można było w innych przypadkach, co się tłomaczy tem, iż chorzy w chwili bronchoskopii nie odczuwali tak znacznej duszności, jak pierwszy.

Obserwacya chorych podczas bronchoskopii pozwoli nam także wyłączyć hipotezę o osłabieniu mięśni wydechowych, podczas niej bowiem występuje prawie zawsze silny kaszel z obfitem wydzielaniem śluzu.

Te dwa czynniki, t. j. uwolnienie dróg oddechowych z nagromadzonego śluzu i ustąpienie obrzmienia pod wpływem kokainy z adrenaliną, dostatecznie chyba tłómaczą ustąpienie duszności.

Ważne jest tu spostrzeżenie w przypadku czwartym, gdzie zadziałano tylko na oskrzele prawe, w jego też tylko obrębie ustąpiły objawy nieżytowe płuc, równocześnie odpowiednio do tego zmniejszyła się duszność.

Za zwykły nieżyt oskrzelowy przypadków opisanych uważać nie można; sprawa nieżytowa, szczególnie jeżeli trwa dłużej (sprawa chorobowa trwała u chorych moich czasem szeregi lat), wywołuje pewne zmiany anatomiczne, które w jednej chwili nie mogą ustąpić. Jeżeli atoli przyjmiemy w przypadkach tych kombinacyę dychawicy napadowej z nieżytem oskrzeli, to wtedy wyniki leczenia przy pomocy endoskopii staną się zrozumiałe, jeżeli odrzucimy oczywiście teoryę skurczu mięśni, a przyjmiemy teoryę obrzmienia. O ile z jednej strony dychawica przyczynia się do powstania nieżytu, to z drugiej strony nieżyt ułatwia powstanie napadów dychawicy. Jeżeli rozerwiemy ten związek, to równocześnie ustąpi szkodliwe oddziaływanie na siebie obu tych spraw. W przypadku pierwszym bieg cierpienia przedstawiałbym sobie, jak następuje: u chorego tego już w pierwszych latach dzieciństwa rozwinął się nieżyt oskrzelowy; chorobowo zmieniona błona śluzowa oskrzeli stanowiła już »miejsce mniejszej odporności« tak, że nieznaczny już bodziec zewnętrzny, wywołując nagle odruchowo silniejsze obrzmienie, łatwo wyzwalał napad dychawicy. Teraz następowało już szkodliwe wzajemne oddziaływanie obu tych cierpień, z jednej strony napady dusznicy szkodliwie oddziaływały na zmienioną już chorobowo błonę śluzową oskrzeli, z drugiej tenże nieżyt ułatwiał powstanie napadów. Tracheo- i bronchoskopia uwolniły drogi oddechowe z masy zalegającego śluzu, pod wpływem zaś kokainy i adrenaliny zmniejszyło się obrzmienie. W ten sposób rozerwano węzeł, łączący oba te cierpienia. Objawy nieżytu oskrzeli — choć w nieznacznym stopniu — jeszcze pozostały; duszność ustąpiła całkowicie. Druga już bronchoskopia stwierdziła ustąpienie obrzmienia w oskrzelach dla oka naszego widocznych; analogicznie do tego przypuszczać należy równoczesne zmniejszenie się obrzmienia i w oskrzelkach.

Na podstawie wyżej przytoczonych faktów uważałbym cierpienie, znane pod nazwą dychawicy napadowej, jako w istocie swej nie różne od nerwowego nieżytu (nieżyt wiosenny). Różnica leżałaby w tem, że w przebiegu tego ostatniego cierpienia pod wpływem różnych bodźców zewnętrznych zajęte zostają raz te, to znowu inne części błony śluzowej, a więc nietylko drogi oddechowe. Za pokrewne temu cierpieniu uważałbym: *Rhinitis vasomotoria nervosa*, *Hydrorrhoea nasalis*, nieżyt po zażyciu pewnych lekarstw, jak np. wymiotnicy i t. p.; cierpienia te różnią się tylko natężeniem i siedzibą zmian.

Pojęcie dychawicy napadowej określiłbym w sposób następujący: Dychawica napadowa jest cierpieniem nerwowem, odruchowem; wystąpienie jej związane jest z pewną chorobliwą pobudliwością narządu ośrodkowego w znaczeniu usposobienia (predyspozycyi); jest cierpieniem, gdzie pod wpływem najrozmaitszych bodźców, działających na różne punkta obwodowe, pod wpływem odruchowego zadziałania na nerwy naczynioruchowe występuje nagle przekrwienie, obrzmienie i wysięk na powierzchnię błony śluzowej oskrzeli. Dychawica przewlekła podtrzymywana jest przez nieżyt przewlekły, który niejednokrotnie uważać należy za cierpienie pierwotne.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Combe. **Zwalczanie drobnoustrojów gnicia azotowego w kiszkach przez wprowadzanie drobnoustrojów przeciwniczych.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 19). Dla t. zw. samozatrucia cechujące jest zmniejszanie się ilości drobnoustrojów sacharolitycznych w kiszce grubej, a wzmaganie się proteolitycznych, będących przyczyną gnicia. Dyeta mleczna i roślinna zawiera znacznie mniej ciał azotowych, a przez wytwarzanie kwasu mlecznego zmniejsza gnicie. Prócz regulacyi dyety możemy wpływać na florę kiszek przez sztuczne wprowadzanie hodowli drobnoustrojów, które wypierają bakterye gnilne. U niemowlęcia n. p., jak to wykazał Tissier, bardzo często przyczyną nieżytów kiszek jest *bacillus perfringens*, wywołujący pienistą, zielonawą biegunkę. W przypadkach takich znika z kiszek *bac. bifidus*. Wtedy najlepsze wyniki lecznicze oddaje dyeta; ograniczająca, ilość białka na korzyść węglowodanów (mleko, mączka), i zwalczanie *b. perfringens* przez antagonistę zapomocą podawania hodowli *bac. acidi paralactici Kosai*. Niestety zakażenie kiszek na tle proteolitycznych drobnoustrojów zwykle bywa mieszane, t. j. nie możemy wykazać pewnego dominującego gatunku drobnoustrojów. W tych przypadkach radzi Miecznikow wprowadzanie do ustroju w większej ilości drobnoustrojów, wytwarzających kwas mleczny *in statu nascendi*, dyetę mleczno-mączną, dalej wprowadzanie naturalnych zaczynów mlecznych (kefir) lub sztucznie sporządzonych fermentów mlecznych. Naturalne zaczyny mleczne są następujące: 1) Zwykłe skisłe mleko (zawiera obficie kwas mleczny i bursztynowy, a mało drobnoustrojów). 2) Wschodnie skisłe mleko (zawiera obficie sacharolityczne drobnoustroje, zwłaszcza t. zw. *bacillus massol*, zwalczający energicznie bakterye gnilne). 3) Bułgarskie mleko Joghourt (sporządzane z fermentu Maya), zawierające prócz wspomnianego wyżej drobnoustroju także pewną dwoinkę i paciorkowca sacharolitycznego. Przetwór ten w przemyśle wyrabiają także w postaci »bacilline Maya« w Montreux i »lakticose« w Genewie. Joghourt ma smak bardzo przyjemny, jest dobrym środkiem odżywczym, działa lekko przeczyszczająco i moczopędnie i odkaża znakomicie kiszki. Spożywa się go naczczo (300 grm) i wieczorem tyleż, ewentualnie wśród dnia z potrawami.

O wiele jednak pewniej zwalczać można gnicie w kiszkach przez wprowadzanie czystych hodowli drobnoustrojów. Odbywa się to zapomocą laktobacyliny Miecznikowa, biolaktylu Fourniera i paralaktycznego bulionu Tissiera. Głównym składnikiem laktobacyliny Miecznikowa jest wspomniany lasecznik Massol obok *bac. acidi lactis aerogenes*, a to z powodu, że sam *b. mas-*

sol rozkłada także tłuszcz i nadawałby mleku nieprzyjemny smak łojowaty. Laktobacylinę podaje się albo w płynie mlecznym, albo w bulionie, w proszku lub też w postaci pastylek. Biolaktyl Fourniera jest mieszaniną prątka Massol z paciorkowcem mlecznym, a paraliktyczny bulion Tissiera jest hodowlą prątka *b. acidi paralactici Kosai* z prątkiem *b. bifidus Tissier.* Przy używaniu wspomnianego bulionu poleca Tissier dyetę wyłącznie roślinną (kakao, chleb, jarzyny, owoce, miód i t. p.). Doświadczenia z tymi przetworami, przeprowadzone przez autora, przemawiają bardzo na ich korzyść, przyczem nie potrzeba zupełnie zachowywać dyety jarskiej, jak to radzi Tissier. Działanie drobnoustrojów mlecznych trwa zwykle jeszcze do dwóch tygodni, po przerwaniu ich używania. *A.*

Frank i Frink. **Przemiana materyi u dnawych i usiłowania wpłynięcia na nią.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1909, Nr 11). U dnawych nawet przy dyecie, nie zawierającej zasad purynowych, stwierdzamy próbą mureksydową nawet po dwóch miesiącach trwania dyety kwas moczowy we krwi; w związku z tem zaburzeniem przemiany wywóz kwasu moczowego po podaniu zasad purynowych nie odbywa się szybko, jak u człowieka zdrowego w przeciągu najwyżej 48 godzin, ale przeciąga się do kilku dni. Wartości spotykane u dnawych przy oznaczaniu kwasu moczowego w moczu są nizkie, najwyżej dochodzą do najniższych ilości, wydalanych przez człowieka zdrowego. Opierając się na tych znanych i stwierdzonych faktach, starali się autorowie stwierdzić wpływ 2—3 tygodniowego leczenia wodą wiesbadeńską na przemianę materyi u 3 osób, obarczonych dną. Dwu z tych chorych było robotnikami w kopalni ołowiu. Ilość podawanej wody wynosiła $2^1/_2$ litra na dobę. Próby wypadły niepomyślnie; tak przed, jak i po leczeniu stwierdzono charakterystyczne dla dny zaburzenia w wydalaniu kwasu moczowego, które po leczeniu ani co do natężenia, ani co do czasu nie uległy zmianie. *Dr Skórczewski.*

Prof. Kleine. **Dodatnie próby zakażenia świdrowcem Brucego przez muchę „glossina palpalis".** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 11). Autorowi powiodło się wywołać doświadczalnie chorobę »nagana« u zwierząt przez muchę *glossina palpalis*, uprzednio zakażoną świdrowcem Brucego. Zakażenie wywołano przez karmienie trzydniowe (raz dziennie) 50 much na zwierzętach zakażonych. Po 3 dniach zaczęto muchy karmić codziennie na innem zdrowem zwierzęciu. Jednak dopiero od 39. do 50. dnia zwierzęta ulegały zakażeniu, w 5—12 dniach po karmieniu stwierdzano świdrowce we krwi. Autor jest zwolennikiem teoryi o płciowym rozwoju świdrowców w ciele muchy (Koch) i tem tłómaczy sobie tak późno występującą możność zakażenia. Doświadczenie autora jest stanowczem stwierdzeniem możliwości zakażenia się świdrowcem Brucego za pośrednictwem *glossina palpalis.* Przy sposobności nadmienia autor o trudnościach, jakie przechowywanie rzeczonych much przedstawia. Przechowywał je w naczyniach nad brzegiem rzeki, w krzakach lub wilgotnych miejscach, karmił je raz dziennie, przyczem stwierdził, że krew ciepłokrwistych jest ich ulubioną strawą. Tylko w ostateczności karmią się te muchy krwią kajmanów. Stąd też sądzi K., iż dla pokonania »nagany« znacznie mniejsze znaczenie ma tępienie kajmanów, niż osuszanie brzegów rzek i wycinanie krzewów wzdłuż nich rosnących. Obecnie stara się autor rozporządzać materyałem much, niewątpliwie wolnych od zakażenia, to znaczy wyhodowanych przez siebie z poczwarki. Napotyka to jednak na znaczne trudności. *Dr Skórczewski.*

Hoffmann. **Nawrót trzeciaczki po zimnicy podzwrotnikowej.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 11). Autor obserwował u 15-letniego marynarza, leczonego z powodu zimnicy podzwrotnikowej, po 10. dniach nawrót w postaci typowej trzeciaczki. Badanie krwi stwierdziło w pierwszej chorobie jedynie pasorzyty zimnicy podzwrotnikowej z gametami, w drugiej jedynie pasorzyty trzeciaczki. Nakłucia śledziony z powodu niebezpieczeństwa, wynikającego z zabiegu, H. zaniechał. Autor sprzeciwia się zapatrywaniu Plehna co do możliwości przechodzenia postaci podzwrotnikowej w trzeciaczkę, uważa je za nieudowodnione, i skłonny jest tłómaczyć swój przypadek zakażeniem mieszanem, w którem pasorzyty to jedne, to drugie z powodu przyczyn zewnętrznych rozwijają się silniej. Za zapatrywaniem tem przemawia ta okoliczność, że leczeniu chininą podczas pierwszej choroby nie poddały się pasorzyty trzeciaczki, które są wobec niej znacznie odporniejsze, a pasorzyty postaci podzwrotnikowej znikły z krwi zupełnie. *Dr Skórczewski.*

Prof. Nocht. **Leczenie zimnicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1909, Nr 12). Poza chininą nie mamy leków dla zimnicy swoistych; stąd leczenie polega tylko na stosowaniu chininy. Autor przekonał się, stosując codziennie dawki jednogramowe naraz u 173 chorych, następnie u 203 chorych dawki 0·2 gr 5 razy dnia, iż leczenie małemi dawkami nietylko dłużej nie trwało, ale o 5 dni krócej, gorączka szybciej znikała, a również pasorzyty zimnicy łatwiej ginęły ze krwi. Ponieważ przy stosowaniu małych dawek objawy poboczne, jak szum w uszach i t. d., są znacznie rzadsze, przeto autor u wszystkich chorych stosuje obecnie dawki małe. Około 7 dni podaje N. chininę codziennie, następnie przerwa, 3, 4, 5, 6, a wreszcie 7 dni, między 2 przerwami 3-dniowe podawanie 5 dawek 0,2 gr chininy dziennie. Najchętniej używa N. chininy czystej, lub chlorku chininy; słabsze w działaniu, choć lepsze w smaku są garbnikan chininy i euchinina. Zastąpić chininę można jedynie błękitem metylenowym, również w dawkach 0,1—0,2 pięć razy dnia. W czasach ozdrowienia dobre usługi oddaje żelazo i arsen. Podskórnie lub śródmięśniowo wstrzykuje N. chlorek chininy według przepisu Giemsy: *Chinin. murial. 10,00 Aq. dest. 18,00, Aethylurethan 5,00.* Uretan działa w tym rozczynie rozpuszczająco na chininę. Przeciw wymiotom poleca N. nalewkę jodową (1 kropla na szklankę wody), chloroform, przepłukiwanie żołądka, obok leczenia swoistego. Po wyleczeniu zimnicy pozostałe objawy nerwowe w postaci bezsenności, apatyi i t. p. leczy się najlepiej pobytem w górach. Materyał autora dotyczy prawie wyłącznie zimnicy podzwrotnikowej. *Dr Skórczewski.*

Rolly. **O pożytku i szkodliwości ciepłoty gorączkowej w przebiegu chorób zakaźnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 15). Aby rozjaśnić tę sprawę, musiano się uciec do doświadczeń na zwierzętach i obserwować je podczas ogrzewania w zamkniętej przestrzeni, bez poprzedniego zakażenia, po poprzedniem zakażeniu, wreszcie zwierzęta jedynie zakażone, nieogrzewane. Pokazało się, że podniesiona ciepłota ma na ogół więcej stron dodatnich, niż ujemnych dla zakażonego ustroju. Zwyrodnienie miąższowe narządów wewnętrznych odnieść bowiem należy przeważnie, jeśli nie wyłącznie, do samego zakażenia, a nie do podwyższonej ciepłoty. Tosamo da się powiedzieć o zmianach czynności układu nerwowego i porażeniu ośrodków naczynioruchowych. Tworzenie się substancyi ochronnych (bakteryolizyny, antytoksyny) jest w wyższej ciepłocie raźniejsze, tożsamo żerna (fagocytarna) zdolność ciałek białych, ta jednak właściwość słabnie przy bardzo podniesionej ciepłocie (powyżej 40°). Z drugiej jednak strony nie ulega wątpliwości, że podwyższona ciepłota sama przez się wyczerpuje serce i ośrodek oddechowy i przyczynia się do rozpadu ciałek czerwonych. Należy więc ze względu na tę okoliczność indywidualizować i wobec osłabionego serca i wyczerpanego ośrodka oddechowego starać się obniżyć nieco ciepłotę (środki przeciwgorączkowe i zabiegi wodolecznicze), co zwłaszcza, gdy chodzi o wyższe stopnie ciepłoty, jest i ze względu na sprawę fagocytozy nieobojętne.

Dr M. Godlewski.

Krencker. **Aglutynacya durowa w przebiegu gruźlicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 20). Autor spostrzegał niejednokrotnie zjawisko to w daleko posuniętej gruźlicy płuc, przestrzega zatem przed przywiązywaniem do tej próby bezwzględnej pewności rozpoznawczej. *Dr M. Godlewski.*

Huismans. **O zwolnieniu tętna i zbiorze objawów Stokes-Adamsa.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 11 i 12). O zwolnieniu tętna mówimy wtedy, jeżeli liczba uderzeń na minutę jest niższa od 60. Rozróżnić należy zwolnienie prawdziwe (*bradycardia vera*) od rzekomego (*b. spuria*), gdzie skutkiem słabych skurczów serca, niektóre fale giną i do obwodu nie dochodzą. Prawdziwe zwolnienie tętna, występujące po chorobach zakaźnych w okresie zdrowienia, nie jest jeszcze co do swej przyczyny wyjaśnione. Gdy jedni widzą w niem objaw podnoszącego się skutkiem zdrowienia ciśnienia, to inni utrzymują, że zwolnienie to jest wyrazem działania toksyn na narząd nerwowy serca, lub skutkiem ostrego zapalenia mięśnia sercowego, wywołanego przez samą chorobę zakaźną.

Zbiór objawów Stokes-Adamsa jest wywołany przerwą w przenoszeniu się skurczu z przedsionków na komory. Skutkiem tego zwolnienie ruchów serca dotyczy wyłącznie skurczu komór; przedsionki, — co widać, gdy obserwujemy żyły szyjne, — kurczą się prawidłowo, znacznie częściej, niż komory. Przyczyną sprawy mają być zmiany włókien Hisa, ośrodków nerwowych serca, lub zmiany w ścianie komory. Wpływ czynności nerwu współczulnego widoczny jest z tego, że wpływy psychiczne często wywołują napad. Drgawki i utrata przytomności jest częstym, ale nie stałym objawem. W czasie wolnym od napadu częstość tętna może być nawet prawidłowa, częściej bywa tętno zwolnione. Zwolnienie to potęguje się w czasie samego

napadu. Zależność sprawy od zmian czynności kory mózgowej, wywołanej stwardnieniem tętnic mózgu, zdaje się nie być bez wpływu na powstawanie tego rzadkiego zbioru objawów.
Dr M. Godlewski.

Raab. **W sprawie ostrego rozszerzenia serca skutkiem wyczerpania.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 11). Dawne twierdzenie, którego i dzisiaj Schott jeszcze uparcie się trzyma, że serce na trudy fizyczne oddziaływa rozszerzeniem, podały w wątpliwość doświadczenia Moritza, dowodzące zmniejszenia się, i to znacznego, serca po silnem fizycznem zmęczeniu. Badania, przedsięwzięte przez Raaba, potwierdzają w zasadzie poglądy Moritza, że zwłaszcza podatne serca ludzi młodych zmniejszają się w tych warunkach. Nie podziela jednak Raab zdania Moritza, aby tego rodzaju ćwiczenie serca było zawsze dla niego korzystne. Jeśli bowiem serce przez poprzednie leczenie nie jest przygotowane, to nieraz po zmniejszeniu pojemności serca następuje jego rozszerzenie. Nie da się też wyłączyć, że niektóre serca oddziaływają na trudy fizyczne wprost rozszerzeniem. Ciekawa jest skłonność do rozszerzenia serca u ludzi nerwowych.
Dr M. Godlewski.

Hering. **O przemiennej niedomykalności zastawki dwudzielnej i o t. zw.** *cor alternans.* (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 11). Jak to wykazały badania Galliego, występuje przy t. zw.: *cor alternans* naprzemian silniejsza i słabsza fala tętna. W czasie jedynie powstawania fali słabszej powstaje szmer skurczowy nad podstawą serca. Galli przypuszcza, że powodem jego jest słabsze kurczenie się mięśni brodawkowych, co wywołuje chwilową niedomykalność zastawki dwudzielnej. Zdaniem Heringa twierdzenie to uważać należy za nieudowodnione; niedostateczne bowiem kurczenie się pierścienia komorowo-przedsionkowego może równie dobrze dać powód do tego samego objawu.
Dr M. Godlewski.

Bruns. **Od jakich czynników zależy wielkość serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 20). Fizyologicznie istnieje ścisły związek serca z rozwojem mięśni. Stosunek ten może być zachwiany, skutkiem nadmiernego rozrostu serca w stosunku do rozwoju narządu mięśniowego; jest to jednak objaw chorobowy, niefizyologiczny. Nadmierne wprowadzanie płynów, nawet przez czas dłuższy (moczówka prosta), samo przez się nie stanowi przyczyny przerostu serca, potrzeba do tego jeszcze innych czynników, a mianowicie, aby płyn ten zawierał substancye, podnoszące parcie (alkohol zawarty w piwie), i to tylko łącznie z innymi warunkami, zwiększającymi pracę serca, jak zbyt forsowne odżywienie i wyczerpująca praca fizyczna. Tym wszystkim czynnikom razem wziętym należy dopiero przypisać przerost serca u piwoszów (Bierherz). W okresie pokwitania, gdy narządy wewnętrzne są bardzo pobudliwe, mogą warunki usposabiające do często się ponawiającego bicia serca wywoływać jego przerosty (Wachstumhypertrophie). Zrosty i rozedma wywołują przerosty serca prawego, co autor dokładnie tłómaczy. Mniej stosunkowo znany, chociaż nierzadki, jest przerost prawego serca przy wolu, usposabiającym niewątpliwie skutkiem wywołanego zwężenia tchawicy — do rozedmy. *Dr Maryan Godlewski.*

Rossbach. **W sprawie stwardnienia brzusznej części aorty.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 19). U 43-letniej kobiety spostrzegał autor bole stałe w brzuchu, nasilające się od czasu od czasu. Zawroty głowy częste. Niemożność dłuższego chodzenia z powodu bolu w kończynach, w tychże stałe uczucie ciężkości. Sekcya wykazała rozległe zmiany miażdżycowe, dotyczące wyłącznie brzusznej części aorty, oraz tętnicy biodrowej wspólnej, jakoteż znaczny przerost serca, który należy odnieść wyłącznie do zmian miażdżycowych w aorcie, gdyż w nerkach nie było przewlekłych zmian zapalnych. *Dr M. Godlewski.*

Dreesmann. **Rozpoznawanie i leczenie zapaleń trzustki.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 14). Autor stoi na stanowisku, że rozpoznanie tego cierpienia w największej liczbie przypadków jest możliwe. Choroba rozpoczyna się nagle bolami w okolicy żołądka. Bole te rozpromieniają się najczęściej ku stronie lewej, do krzyża, lewej łopatki, często do lewej nogi. Ucisk okolicy trzustki jest bolesny, wzmagają się też bole podczas trawienia. Wymioty żółciowe są częste, wyjątkowo spotyka się drgawki, a nawet objawy skazy krwotocznej. Tętno słabe, cera ciemno-ziemista, stan z reguły bezgorączkowy, stolec zaparty, a jeśli odchodzi, to zawiera dużo tłuszczu niezmienionego (*steatorrhoea*), włókna mięsne niestrawione i 'ferment' trzustkowy. Brzuch wzdęty; guz, który nie łatwo wyczuć, pochodzi od wysięku zapalnego surowiczo-krwawego w okolicy chorego narządu. W jamie brzusznej często płyn tej samej przyrody. Objawy przewlekłego zapalenia trzustki zdają się być mniej charakterystyczne. — Rokowanie bardzo wątpliwe; leczenie operacyjne. *Dr M. Godlewski.*

Cecani. **Sól (kuchenna) jako przyczyna mocznicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 10). Najnowsze badania (Ostwald, Loeb) wykazują, że żywe komórki ustroju potrzebują, jako środowiska, płynu, w którem nie jedna, ale kilka soli chemicznych w pewnym stosunku jest rozpuszczonych. Jeżeli rozpuszczona jest jedna tylko sól, to jest to środowisko nieodpowiednie, zwłaszcza zaś chlorek sodu okazuje w tym względzie szczególnie zabójcze właściwości. Szkodliwe działania jednak usuwają cząsteczki innych rozpuszczonych soli ($CaCl_2$ i HCl). Istnieje pewien antagonizm między działaniem jonów metali (kationy) i metaloidów (aniony), a wynikiem jego jest stworzenie ustrojowi żyjącemu korzystnego podłoża. Taka też korzystna dla ustroju sytuacya istnieje niewątpliwie w ustroju zdrowym, inaczej jednak ma się rzecz w stanach chorobowych.

Najnowsze badania, zwłaszcza autorów francuskich, wykazały niezbicie, że przy podupadaniu czynności nerek, cierpi przedewszystkiem ich zdolność wydzielania chlorku sodowego, pomimo, że zdolność wydzielania innych soli, albo żadnemu, albo przynajmniej słabszemu zaburzeniu ulega. Powstają więc warunki nieprawidłowe, gdyż komórki ustroju znajdują się w środowisku, dla siebie nieodpowiedniem, przesyconem niejako solą kuchenną, której zabójczego wpływu nie zobojętniają już rozpuszczone inne sole, gdyż te sole wydzielają się prawidłowo. Autor wyraża przypuszczenie, że nieprawidłowa skutkiem już nieodpowiedniego podłoża czynność komórek, zwłaszcza układu nerwowego, dać może powód do groźnych objawów, znanych z obrazu mocznicy. *Dr M. Godlewski.*

Hildebrandt. **O pojawianiu się i znaczeniu urobiliny.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 14 i 15). Pod wpływem redukcyjnego działania bakteryi przewodu pokarmowego wytwarza się z bilirubiny urobilina. Jedynie w wyjątkowych razach przy ropnem zapaleniu dróg żółciowych przemiana ta odbywa się nie w przewodzie pokarmowym, ale w samych drogach żółciowych. Urobilina, doprowadzona przez żyłę wrotną do wątroby, ulega tamże wessaniu. Czy, jak twierdzi Beck, zostaje znowu przez komórki wątrobne zmieniona na urobilinę, rozstrzygnąć na pewne dotąd się nie udało. W warunkach tedy prawidłowych pojawiają się w moczu tylko drobne ślady urobiliny.

Inaczej ma się rzecz wtedy, gdy wskutek zmian chorobowych komórki wątroby utracą możność wchłaniania doprowadzanej im przez żyłę wrotną z przewodu pokarmowego urobiliny; pojawi się ona wtedy w moczu w większej stosunkowo ilości, dając po zmieszaniu moczu w próbówce w równych częściach z 10% alkoholowym rozczynem octanu cynkowego po 24 godzinach wyraźną fluorescencyę. Stąd to stwierdzamy zwiększenie się urobiliny w miąższowem zwyrodnieniu wątroby w przebiegu chorób zakaźnych, dalej zwiększa się urobilina w marskości wątroby; natomiast sprawy, zmieniające miąższ wątroby na nieznacznej tylko przestrzeni (ropień, nacieki białaczkowe), nie dają do tego powodu. We wszystkich tych razach spotykamy zwiększenie się urobiliny w moczu, skutkiem tego, że zmienione komórki miąższu wątrobowego utraciły zdolność wchłaniania urobiliny (istotna niedomoga wątroby). Ale jest jeszcze inna przyczyna zwiększania się urobiliny w moczu. Wszelkie stany chorobowe, które wiodą do zwiększonego rozpadu krwinek, dają tym sposobem powód do zwiększonej produkcyi bilirubiny w żółci (*polychromia*). Wątroba, zupełnie nawet prawidłowa, nie może wchłonąć urobiliny, powstającej z bilirubiny w nadmiernej ilości. Tu więc wydzielanie się większej ilości urobiliny w moczu jest wypływem jedynie względnej niedomogi wątroby.

Brak zupełny urobiliny w moczu spotykamy wtedy, gdy produkcya bilirubiny skutkiem zaniku komórek miąższu wątroby jest upośledzona (zanik żółty wątroby, znaczne zmiany skrobiowate) lub, gdy żółć, a z nią i bilirubina i biliwerdyna zupełnie się do przewodu pokarmowego nie dostaje (niedrożność dróg żółciowych), wreszcie gdy w przewodzie pokarmowym brak bakteryi redukujących (u osesków). Badaniu moczu co do bilirubiny przypisuje autor wogóle pierwszorzędne znaczenie.
Dr M. Godlewski.

Schurig. **Przyczyna, wywołująca zmiany krzywicze, spostrzegane na klatce piersiowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 10). Ponieważ piastunka nosi dziecko na ręce lewej i ponieważ to dziecko ma skłonność pochylać się ku przodowi, podtrzymuje je stale prawa ręka piastunki w ten sposób, że wielki jej palec ugniata na prawą pachę dziecka, a reszta palców spoczywa na przedniej i lewej bocznej powierzchni klatki

piersiowej dziecka. Stąd powstaje wgniecenie od silnie gniotącego palca wielkiego piastunki, widoczne nieraz jeszcze u dorosłego niżej sutka prawego. *Dr M. Godlewski.*

Neurologia i psychiatria.

Plaut i Fischer. **Związek kiły ze zniedołężnieniem poraźnem.** (*Allgem. Zeitschr. f. Psych.* T. 65, Z. 2). Pod powyższym tytułem podali autorzy wspólny referat na rocznem Zgromadzeniu niemieckiego Tow. psychiatrycznego w Kolonii w d. 23. i 24. kwietnia r. b. Plaut, który opracował stronę kliniczną i rozpoznawczą sprawy, dochodzi do następujących wniosków: 1) Bez kiły poprzedzającej niema zniedołężnienia poraźnego. 2) Nie jest nieprawdopodobnem, że jeszcze podczas wybuchu zniedołężnienia w ciele chorego znajduje się zarazek kiłowy, t. j. że paralitycy są przenosicielami krętków. 3) Niema wystarczających powodów do przyjęcia t. zw. »syphilis à virus nerveux«. 4) Okoliczność, że u kiłowych, którzy w przyszłości zapadają na zniedołężnienie poraźne, przebieg kiły jest zwykle łagodny, pozwala przypuszczać, że jednym z warunków następczego zjawienia się zniedołężnienia jest niedostateczna działalność czynników ochrony przeciw zarazkowi. 5) Próby ustalenia związku pomiędzy dziedzicznością, względnie zwyrodnieniem, a usposobieniem do zniedołężnienia dotychczas są niewystarczające, i zachodzi wogóle pytanie, czy istnieje w danym przypadku jakiekolwiekbądź usposobienie mózgowe. 6) Wpływy zewnętrzne, jakoto alkoholizm, uraz, czynnościowe natężenia, nie odgrywają tutaj żadnej zasadniczej roli, a są jedynie czynnikami wywołującymi, powodując obniżenie cielesnej i psychicznej odporności. 7) Różnolitość objawów nerwowych polega, zdaje się, nie na różnicach jakościowych krętków, ale jedynie na różnicy oddziaływania zakażonego narządu, na pewnem »przeinaczeniu« (Umstimmung) oddziaływania. Przeinaczenie to prowadzi do objawów trzeciorzędnych już w niewielkiej ilości odsetek, a prawdopodobnie dopiero dalsze przeinaczenie do zniedołężnienia poraźnego. Nic więc dziwnego, że taka mała liczba kiłowych ulega zniedołężnieniu poraźnemu. 8) Prawdopodobnem jest, że zjawienie się zniedołężnienia poraźnego poprzedzają przygotowawcze przewlekłe sprawy kiłowe, nie mamy jednak dotychczas żadnych pewnych danych co do ich lokalizacyi. Długa przerwa pomiędzy zakażeniem, a wybuchem porażenia może w tem przypuszczeniu znaleźć wytłómaczenie. 9) Brak działania rtęci przy zniedołężnieniu poraźnem nie może przemawiać przeciw ścisłemu związkowi tego schorzenia z kiłą, ponieważ farmakologiczne działanie rtęci wogóle nie jest znane. 10) Rozstrzygnięcie sprawy, czy zmiany poraźne są zmianami kiłowemi, zależy w pierwszym rzędzie od anatomów. 11) Wyniki badania serodyagnostycznego przemawiają za bardzo ścisłym związkiem pomiędzy porażeniem postępowem i kiłą, ponieważ jednak obecnie niemożliwem jest określenie biologiczne substancyi oddziaływających, pozostaje więc oczekiwać rozstrzygnięcia z tej strony. Fischer, przedstawiając anatomiczną stronę zagadnienia, dochodzi do wniosków następujących: 1) Zmiany mózgowe w porażeniu postępowem są dobrze znane, jednakowoż jedynie ich zespół przemawia z całą pewnością za tą chorobą. 2) Sprawa histopatologiczna polega na zaniku miąższu (Parenchymschwund) w połączeniu z przewlekłem zapaleniem, przyczem jedno od drugiego jest niezależne. 3) Histopatologia powinna przedewszystkiem rozstrzygać o klinicznem pojęciu zniedołężnienia poraźnego. 4) Klinicznie można odróżniać 4 odmiany zniedołężnienia: zniedołężnienie zwykłe, typu Lissauera, czyli ogniskowe, nietypowe i trwałe (stationäre). 5) Tymczasowo anatomiczne zmiany przy zniedołężnieniu mogą być uważane za niebezpośrednio-kiłowe.

Nelken (Burghölzli).

Meyer E. **Przyczynek do badania płynu mózgowo-rdzeniowego.** (*Neur. Centr.* 1909, Nr 8). M. zbadał cytodyagnostycznie 100 przypadków, przeważnie zapomocą metody francuskiej, chemicznie zapomocą siarczanu magnowego lub próby Nonnego. Wyniki: Porażenie postępowe 41 przypadków; 2 razy wątpliwa pleocytoza przy dodatnim odczynie białkowym ośrodkowego układu nerwowego. Kiła 5 przypadków, pleocytoza i odczyn białkowy wszędzie dodatni; w 3 przypadkach próba Nonnego bardziej wybitna, niż próba z siarczanem magnu. 13 przypadków ze starą lub świeżą kiłą, bez schorzenia organicznego: pleocytoza i odczyn białkowy dodatni tylko w jednym przypadku (zniedołężnienie przedwczesne, kiła III-rzędna narządów wewnętrznych, po roku śmierć wskutek udaru mózgowego). 10 przypadków psychoz i nerwic bez kiły: wynik wszędzie ujemny: na 12 przypadków w 4 wynik dodatni, przyczem w 2 przyp. pleocytoza ujemna, odczyn białkowy dodatni, a w jednym pleocytoza dodatnia, próby Nonnego nie robiono. Miażdżyca tętnic: 3 przypadki; w jednym próba dodatnia z siarczanem amonu, zresztą wszystkie próby ujemne. Guz mózgu, 1 przypadek (pewny), 2 próby; próba z siarczanem magnu obydwa razy dodatnia, pleocytoza, raz niepewna, raz pewna. M. radzi stosować badanie cytodyagnostyczne, zwłaszcza wespół z fazą I. Nonnego. Odczyn Wassermanna stosował M. tylko w 1 przypadku kiły ośrodkowego układu nerwowego, przyczem dostał zarówno z surowicy, jak i z płynu mózgowo-rdzeniowego wynik dodatni. *Nelken* (Burghölzli).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 3. maja 1909.

1) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. T. Koźniewskiego p. t.: **Jodowe pochodne alkaloidów chinowych.** Przez działanie roztworu jodu w CS_2 na alkoholowe roztwory wolnych zasad: cynchoniny i chinidyny (konchininy) autor otrzymał dwujodowe pochodne powyższych alkaloidów, ciała trwałe, krystaliczne, koloru czerwonawo-pomarańczowego. W alkoholowych rozczynach związki te reagują z jodkami alkilów, dając pochodne, należące do szeregu nadjodków. Z reakcyi tej dają się wysnuć pewne wnioski co do konstytucyi nadjodków. Dalej autor otrzymał analogiczne dwujodopapawerynę, dwujodoberberynę, dwujodotebainę. Reakcya ta daje więc szereg alkaloidów, zawierających rdzeń chinolinowy, izochinolinowy lub fenantrechinolinowy. Morfina, kodeina, weratryna, kolchicyna, akonityna nie okazują tej reakcyi.

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. D. Borkowskiego i Z. Szymanowskiego p. t.: **Aglutynacya i hemoliza krwinek zapomocą soli metali ciężkich.** Badania, oparte na obfitym materyale, wykazały, że pomiędzy zdolnością aglutynacyjną i hemolityczną soli metali ciężkich, a powinowactwem chemicznem, wartościowością i koncentracyą odpowiadającą elektrolitycznemu ciśnieniu ionów nie zachodzi związek. Najwybitniejszą zdolnością hemolityczną odznaczają się sole srebrowe; w pewnej określonej dla każdej soli srebra koncentracyi zaglutynowane ciałka nie opadają na dno. Zaglutynowane ciałka pomimo zmienionej czekoladowej barwy, okazują obecność oksyhemoglobiny. KCN w stężeniach mniejszych, niż te, które wywołują hemolizę, ma własność uczulania krwinek, to znaczy czyni je wrażliwemi na działanie związków normalnie pod tym względem obojętnych.

(Treść 5 innych prac, przedstawianych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 2. czerwca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 41.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Lewkowicz wygłosił odczyt: **O gruźlicy u dzieci.**

Dyskusya: Kol. Eisenberg podnosi wielkie znaczenie spraw odporności i nadwrażliwości, omawianych przez prelegenta, dla pojmowania mechanizmu zakażenia gruźliczego u człowieka, sądząc, że przedstawiają one najważniejsze zagadnienie dla przyszłych badań. Badania Detrego, Fingera i Landsteinera wykazały, że zupełna odporność chorych kiłowych wobec powtórnego zakażenia właściwie nie istnieje, że występują tylko zmiany poronne o charakterze tych zmian, które w danym okresie choroby samoistnie się ujawniają. Możnaby tedy, jak to E. zaznaczył już w swoim odczycie, uważać objawy wtóro- i trzeciorzędne, jako objawy »innoczynności« ustroju zakażonego wobec przerzutów własnego zarazka. Podobnie i w gruźlicy ustrój zakażony oddziaływa na ponowne zakażenie inaczej, niż dziewiczy (Koch, Bail, Römer, Marmorek i inni), a zmienione to oddziaływanie objawia się albo względną odpornością wobec ponownego zakażenia (przewlekłość zmian), albo gwałtowną nadwrażliwością (»suchoty galopujące«), zależnie od ilości, a może i jadowitości powtórnego zakażenia. Na podstawie teoryi Wolff-Eisnera i Nicollea możnaby zagadkowe współistnienie odporności i wrażliwości w stanie »innoczynności« (allergii) wytłómaczyć w ten sposób, że ustrój pod wpływem zakażenia wytwarza ciała bak-

teryobójcze. Gdy powtórnie wprowadzimy małą ilość zarazka, ustrój rychło go zabije (rozpuści?), a wyzwolone przytem jady wśródkomórkowe w nieznacznej ilości niewiele mu zaszkodzą. Gdy zaś wprowadzimy wielką ilość zarazka, znowu zostanie on rychło zabity, ale tym razem znaczną ilość wyzwolonego jadu zabije sam ustrój (analogia z. t. »jałową śmiercią« świnek, uodpornionych przeciw cholerze, przy zakażeniu wielkiemi dawkami). Jeżeli w myśl tych poglądów, jak również w myśl nowszych poszukiwań anatomopatologicznych i klinicznych przyjąć, że gruźlica wieku dojrzałego jest tylko ostatnim aktem dramatu, który się rozpoczął w dzieciństwie, to oczywiście w tym kierunku trzeba będzie przedewszystkiem skierować usiłowania zapobiegawcze i lecznicze. Możnaby może pomyśleć o wzmożeniu naturalnych objawów samoobrony ustroju przez odpowiednie uodpornianie (nową tuberkuliną Kocha?), możliwie najwcześniej i najostrożniej. Może w ten sposób uda się uzyskać odporność trwałą, mogącą przetrwać aż do wieku dojrzałego i zabezpieczającą ustrój przed zgubnymi skutkami ponownego zakażenia w tym wieku. (Streszczenie własne).

Prof. Kader zwraca uwagę na rokowanie w gruźlicy; gruźlica dziecinna daje dobre rokowanie. Dalej zwraca uwagę na zabieg podany przez Hanscha. Kol. Herman Hirsch zapytuje, czy tuberkulina, nie odpowiednia do szczepu zarazków, nie może przynieść szkody. Co do rozpoznania gruźlicy gruczołów, to mowca zwraca uwagę na wielką wrażliwość prób Pirqueta, Calmettea, tak, że próby te nie mogą dawać miary. Kol. Eisenberg odpowiada, że co do biologii szczepów zarazków, sprawa dotąd jest hypotetyczną. W najnowszych czasach proponowano stosowanie t. zw. »Mischtuberkulin«. Mowcy nie zdaje się jednak, by tuberkulina obcego typu mogła szkodzić. Kol. Merz kładzie nacisk na rentgenoskopię, która dobitnie wykazuje zmiany w gruczołach oskrzelowych. Prof. Lewkowicz daje wyjaśnienia w sprawie odporności. Rokowanie jest w pierwszych latach niekorzystne, w latach szkolnych zaś o wiele lepsze, niż u dorosłych. Co do działania tuberkuliny, to mowca godzi się na pogląd kol. Eisenberga.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XX. Posiedzenie naukowe z dnia 4. czerwca 1909.

I. Kol. Prof. Łukasiewicz przedstawia: *a)* chorego, 62. l., **z mnogimi mięsakami skóry** (*sarcomaidiopathicum multiplex cutis* Kaposi). Sprawa trwa przeszło od roku; w przypadku tym należy podnieść dobre wyniki leczenia arszenikiem. Kol. Reis przedstawia fotografie stereoskopowe z powyższego chorego. *b)* 42-letnią chorą **z pęcherzycą** (*pemphigus pruriginosus ad foliaceum tendens*). Stosowanie kąpieli dziegciowej dało tu bardzo dobre wyniki. W dyskusyi potwierdza kol. Prof. Rydygier, z własnego doświadczenia, znakomite działanie tychże kąpieli.

II. Kol Hołodyński przedstawia 62-letniego chorego, u którego nastąpiło **samoistne wessanie zaćmy** starczej przy nieuszkodzonej torebce na lewem oku. W dyskusyi mówi kol. Reis o lentotoksynach Römera, jako przyczynie zaćm soczewkowych, oraz o stosowanem przez niego podawaniu soczewek zwierzęcych, a to celem niszczenia owych lentotoksyn. Kol. Doc. Szulisławski wspomina o samoistnem usunięciu obustronnej zaćmy u chorego wskutek zwichnięcia soczewek, które nastąpiło po nagłym urazie.

III. Kol. Toczyski przedstawia chorą 30-letnią, **rażoną piorunem**. Zmiany na powiece górnej, rogówce i brwi po stronie lewej (przebicie powieki, zranienie rogówki i spalenie brwi). W dyskusyi powątpiewa kol. Prof. Schramm, czy znalezione zmiany pochodzą od pioruna, piorun bowiem nie wywołuje ran dartych bez oparzenia, — a przekonał się o tem mowca na ludziach, którzy napewno byli rażeni piorunem. To zdanie popiera kol. Prof. Kadyi. Za tem, że zmiana przedstawiona pochodzi od uderzenia piorunu, przemawia, zdaniem kol. Prof. Macheka, wejrzenie rany; co do braku oparzenia, to mowca zwraca uwagę, że chora zgłosiła się w kilka dni po wypadku. Również tak samo sądzi kol. Obtułowicz.

IV. Kol. Prof. Machek przedstawia 2 przypadki, w których **wydobyto z oka odłamki żelaza** (odpryski narzędzi) zapomocą elektromagnesu Haaba. Jeden odprysk ważył 0,004 gr., drugi 0,016 gr.

V. Kol. Rydygier (jun.) przedstawia fotografie Röntgena, bardzo dobrze zrobione, gdzie wskutek błędnej interpretacyi rozpoznano u dziecka zapalenie stanu biodrowego i zupełnie niepotrzebnie w tym kierunku dziecko to leczono.

VI. Kol. Prof. Rydygier mówi **o wczesnych operacyach wyrostka robaczkowego** i okazuje 3 wyrostki, gdzie mimo bardzo krótkiego czasu od wystąpienia pierwszych objawów zmiany anatomiczne były już bardzo rozległe. Przypadki te wykazują, jak może uratować chorego wczesna operacya.

VII. Kol. Prof. Herman omawia przez siebie operowany **przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego**, w którym operacya, wykonana po 12 dniach choroby, wykazała obecność rozległego cuchnącego ropnia, idącego aż do nerki prawej i samoistne oddzielenie się całego zgorzelinowego wyrostka tuż przy jego nasadzie. Było tu zatem wszystko przygotowane do radykalnego wyleczenia.— Nawiązując do przedstawianych przypadków okazuje kol. Prof. Schramm wyrostki w ostatnich dniach przez siebie operowane. W jednym, u 17-letniego chorego, gdzie ani ciepłota ani tętno nie wskazywały na stan groźny, mimo rady internistów, by czekać, wykonał mowca operacyę i przekonał się, że wyrostek okazywał rozległe świeże nacieki ropne, grożące każdej chwili przebiciem.

VIII. Kol. Słęk (z Przemyśla) przedstawił szereg bardzo ciekawych, a przez siebie wyciętych **wyrostków robaczkowych** i omówił historyę chorób odpowiednich przypadków. Między innymi przedstawia wyrostek na końcu znacznie przewężony, w samym zaś końcu zawierający ropniak wielkości maliny, a w nim całe gniazdo glistnic (*oxyuris vermicularis*). W dyskusyi zwraca uwagę kol. Prof. Rencki na występowanie tętna dwubitnego w przypadkach ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, poddaje myśl, czy mierzenie ciśnienia krwi nie dałoby pewnych wskazań operacyjnych. Kol. Jasiński prócz innych przypadków wspomina o wydzieleniu się w 10 dni po operacyi całej kątnicy z kawałkiem jelita cienkiego 40 cm długim i następowem samoistnem wytworzeniem się enteroanastomozy. Kol. Prof. Barącz podnosi, że operacye wyrostka »à froid« dają ten sam odsetek śmiertelności, co w okresie ostrym.

IX. Kol. Jedlicka omawia sposób **wywoływania niedokrwienia** metodą Momburga, polegający na okręceniu 3 razy naokoło ciała poniżej łuku żebrowego węża gumowego. Jak doświadczenie wykazuje, ucisk taki na część brzuszną tętnicy głównej może trwać bez powikłań 45 minut. W dyskusyi zabiera głos kol. Prof. Sołowij co do wartości tego sposobu przy atonii macicy, kol. Prof. Bar**ą**cz wskazuje na niebezpieczeństwo jego przy zwapnieniach tętnicy głównej. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie w d. 2 marca 1909.

I. Tuchendler Antoni przedstawił chorego z cierpieniem odbytnicy, u którego drogą wziernikowania (rektoskopii) rozpoznał **brodawczaka tej kiszki.** Mówca pokazał obecnym we wzierniku ów nowotwór wielkości małej wiśni, usadowiony w kiszce prostej z lewej strony u dołu, w odległości 9 cm. od otworu stolcowego. Rozpoznanie w tym przypadku możliwe było jedynie drogą wziernikowania, gdyż badanie palcem ze względu na wysoką siedzibę guza było dostępne tylko dla tych badających, którzy dzięki odpowiedniej długości własnego palca mogli guza dosięgnąć; to też jedni z leczących chorego guz znajdowali, inni nie. Przypadek dotyczył chorego 70-letniego, który oddawna skarżył się na zaparcie stolca, a w ostatnich 5—6 tygodniach miał bole w odbytnicy, dolnej części brzucha, bóle opasujące i krwawienia. Przypuszczano sprawę chorobową odbytnicy przyrody złośliwej, lecz rozpoznanie ustalić pozwoliło jedynie wziernikowanie, które mowca zaleca najgoręcej, jako środek rozpoznawczy jedynie pewny, nawet przy niezbyt wysokiej siedzibie spraw chorobowych w odbytnicy.

II. Świątecki Jan wygłosił rzecz: **Przypadek zapalenia nerki i miedniczki** (*pyelonephritis abscedens miliaris*) **wyleczony odłuszczeniem torebki nerkowej.** Wspomniawszy o dwóch przypadkach Israela, wyleczonych przez nefrotomię i dwóch przypadkach Edebohlsa, w których zastosowano obłuszczenie nerki, zasianej prosowatymi ropniami, przytacza prelegent przypadek własny, dotyczący 22-letniego żołnierza. Choremu, przebywającemu w szpitalu z powodu przetoki cewki moczowej po wrzodzie miękkim, zaszył mowca przetokę i założył cewnik na stałe do pęcherza. Po pięciu dniach jednak z powodu obfitego ropienia z cewki usunął mówca cewnik i polecił wypuszczanie moczu nadal cewnikiem; na trzeci dzień chory nagle po wstrząsającym dreszczu zaczął silnie gorączkować

i skarżyć się na ból w okolicy nerki lewej; w moczu pokazała się ropa. Gorączka o typie stałym, trzymała się przez cały tydzień na wysokości 40° C, wobec czego prelegent po tygodniu przez cięcie lędźwiowe naciął wzdłuż torebkę właściwą i odłuszczył ją palcem od nerki: na powierzchni nerki, w jej części środkowej zauważył dwa ogniska, każde wielkości rubla srebrnego, zasiane mnóstwem drobnych ropni: tamponada rany gazą jodoformową. Od chwili zabiegu znaczne polepszenie stanu ogólnego; chory w ciągu 3 dni następnych jeszcze gorączkował, aczkolwiek słabiej (38,5 –39,0). Od 4-go dnia stan stale bezgorączkowy, a w cztery tygodnie później zagojenie rany. Chory w ciągu 3 miesięcy jeszcze był pod obserwacyą prelegenta i w ciągu tego czasu mocz chorego zawierał ledwie dostrzegalne ślady białka i w bardzo skąpym osadzie nabłonek z miedniczki nerkowej, oraz nieliczne ciałka ropne. Prelegent ogłasza swój przypadek celem spopularyzowania obłuszczenia nerki przy ostrych sprawach zapalnych; zaznacza przytem, że jeśli nie wycinać torebki, to cały zabieg sprowadza się do zwykłego nacięcia i może być dokonany bardzo szybko, w ciągu paru minut; wycinanie torebki uważa prelegent za zupełnie zbyteczne.

W dyskusyi podnosi Krause, iż w przypadku Israëla, przytoczonym przez prelegenta, gdzie był dość długo trwający bezmocz, obłuszczenie ma swoje zastosowanie i działanie tego rękoczynu łatwo sobie wytłómaczyć; to samo odnosi się do przypadku Edebohlsa, który użył tegoż sposobu przy zapaleniu nerek w okresie ostrym i przewlekłym. Mówca sam miał sposobność wykonać obłuszczenie przy przewlekłem zapaleniu nerek z dość dobrym wynikiem. W przypadku zaś prelegenta trudno sobie przedstawić działanie, a więc i cel obłuszczenia: małe ropnie nerek, jak wielu innych narządów, mogą uledz wessaniu i operacya staje się zbyteczną.

Stankiewicz Czesław zaznacza, iż przed 8—9 laty usunął drogą cięcia brzusznego nerkę prawą, dotkniętą ropowatymi ropniami (*pyelonephritis abscedens miliaris*). Nerka leżała w miejscu rozdziału aorty brzusznej. Przebieg pooperacyjny nic szczególnego nie przedstawiał. Po upływie kilkunastu tygodni chora zmarła przy objawach zajęcia drugiej nerki; oględziny pośmiertne stwierdziły obecność i w tej nerce licznych drobnych ropni. Operacya Edebohlsa nie była wówczas znana. W podobnym przypadku mówca wykonałby obecnie zabieg, proponowany przez prelegenta.

Sławiński twierdzi, iż *pyelonephritis abscedens miliaris* stanowi częste powikłanie zakażeń dróg moczowych, jak w przypadku prelegenta — i stąd nosi nawet nazwę: *ren chirurgorum*. W danym przypadku niewiadomo, dlaczego zabiegowi poddano jedną nerkę. Dalej, wyniku pomyślnego niepodobna kłaść na karb danego zabiegu. Obniżenie ciepłoty po dniach kilku i poprawa stanu ogólnego zależeć mogły np. od upustu krwi podczas zabiegu, jak również wskazywać na uporanie się ustroju z zakażeniem. Wpływ bezpośredni operacyi powinien był się uwydatnić na moczu, tymczasem o zmianach w nim wiemy dotychczas, że w dwa miesiące po operacyi mocz zawierał jeszcze ślady białka.

Prezes Gabszewicz zaznacza, że odłuszczanie torebki i przy przewlekłem zapaleniu nerek może dawać wynik dodatni; za dowód służyć może chora, operowana przez mówcę przed laty 5, którą pokazywał w Towarzystwie w roku 1905. Chora ta 3 lata przeleżała w łóżku, miała ogólne obrzęki ciała, wolny płyn w jamie brzusznej, białka około 6‰, wałeczki i czerwone ciałka krwi w moczu. Wszelkie stosowane środki nie pomagały. Po odłuszczeniu torebki na obu nerkach z jej wycięciem, już po paru tygodniach stan chorej zaczął się poprawiać. W 1/2 roku po zabiegu operowana mogła pracować, czuła się dobrze, pomimo iż w moczu było białka koło 1‰, oraz wałeczki. W ostatnich czasach mówca widuje chorą, ma się ona dobrze, obrzęki nie występują, nawet po ciężkiej pracy; w ostatnim roku jedynie ślady białka w moczu. W przytoczonym przypadku przejście od stanu zupełnie złego do poprawy bardzo wybitnej, trwającej już około lat pięciu, należy przypisać wyłącznie dokonanemu zabiegowi.

Świątecki w odpowiedzi zaznacza, że rozumowanie Krausego podzielali wszyscy chirurgowie przed Israëlem, a nawet z początku i on sam, lecz doświadczenie nauczyło, że drobne ropnie mogą znikać po nacięciu nerki, o opróżnieniu bowiem wszystkich ropni przez jedno cięcie mowy być nie może; widocznie ropnie takie wsysać się muszą, tak jak to się dzieje z innymi produktami zapalnymi, a nawet w dużych ropniach (jak np. w jamie brzusznej); chodzi tylko o stworzenie odpowiednich warunków. Przytoczony przez prelegenta przypadek nie należy do banalnych zapaleń miedniczek, cechujących się niewielką bolesnością w okolicy nerki, niewysoką, krótkotrwałą gorączką; takie przypadki kończą się zazwyczaj wyzdrowieniem przy podawaniu salolu, urotropiny i t. p. Czy w takich przypadkach dochodzi do wytwarzania się ropni w nerce, powiedzieć trudno, boć ani operacyi, ani badań porównawczych nie robi się zazwyczaj. Mówca ma wrażenie, że przypadek jego bez zabiegu zakończyłby się śmiercią, tak jak zakończyły się nią dwa inne, spostrzegane niegdyś na oddziale ś. p. Krajewskiego. Sławińskiemu odpowiada prelegent, że sprawa zapalna może się ograniczyć tylko do jednej nerki, o czem już w odczycie wspomniał, przytaczając przypadki Israëla; poznać zaś, która nerka jest chora, łatwo i bez cewnikowania moczowodów: rozstrzyga tu bolesność i powiększenie nerki.

III. Erbrich wygłosił rzecz: **O stosowaniu tracheoskopii i bronchoskopii oraz o znaczeniu klinicznem tej metody badania.** Zaznaczywszy na wstępie, iż pośród różnych endoskopii tracheo- i bronchoskopia zjawiły się względnie najpóźniej i podawszy krótki rys historyczny stosowania tej metody badania, podniósł prelegent zasługę Kiliana z Freiburga, który wprowadził t. zw. tracheo- i bronchoskopię górną, polegającą na wprowadzaniu odpowiednich wzierników (bez uciekania się do poprzedniej tracheotomii) i oświetleniu wnętrza tchawicy i oskrzeli przez usta. Metoda ta znalazła uznanie powszechne i w wielu bardzo przypadkach oddała nader poważne usługi.

Przedstawiwszy odpowiednie przyrządy do badania tchawicy i oskrzeli, oraz do wydobywania z nich ciał obcych, przechodzi prelegent do wskazań: te są — zdaniem jego — najróżnorodniejsze. Przedewszystkiem najważniejszą i nieocenioną wartość ma bronchoskopia przy wydobywaniu ciał obcych z tchawicy i oskrzeli, usuwaniu nacieków twardzielowych z dróg oddechowych, o wiele rzadziej nowotworów, blizn kiłowych lub gruźliczych. Wydobycie ciał obcych z oskrzeli miał prelegent sposobność wykonać w dwóch przypadkach. Pierwszy przypadek dotyczył dziewczynki 6-letniej, która przed 7 miesiącami wciągnęła do tchawicy szpilkę. Chorą umieszczono na oddziale chirurgicznym kol. Karczewskiego. Prześwietlenie zapomocą promieni Roentgena wykazało obecność szpilki w tchawicy, łebkiem ku dołowi. Pomimo wykonania tracheotomii dolnej nie udało się wydobyć szpilki. Trzeciego dnia po wykonanej tracheotomii za pomocą bronchoskopii wydobył prelegent szpilkę z lewego oskrzela, dokąd przesunęła się ona po tracheotomii.

W drugim przypadku dziewczynka 7-letnia wciągnęła do dróg oddechowych spinkę, używaną do spinania arkuszy papieru. Spinka pozostawała w oskrzelach 4 tygodnie i wywołała powstanie rozległego nacieczenia górnego płatu płuca lewego. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało na kliszy obecność spinki w klatce piersiowej między 5 i 6 żebrem w linii podłużnej na lewo od kręgosłupa. Po dokonaniu tracheotomii środkowej (*cricotracheotomia*) zaraz zastosowano bronchoskopię i wydobyto spinkę, która znajdowała się w drugorzędnem oskrzelu lewem, zajmując w niem położenie poprzeczne w miejscu podziału drugorzędnego oskrzela na trzeciorzędne. Zabieg trwał 3 godziny w uśpieniu chloroformowem. Spinkę wydobyto zapomocą odpowiedniego haczyka. Dalej przytacza prelegent przypadek, gdzie stosował bronchoskopię u chorego z twardzielą górnych dróg oddechowych. Pomimo rurki tracheotomijnej, którą chory nosił przeszło 2 lata, w ostatnich dwóch miesiącach zaczęła go trapić stale wzmagająca się duszność. Jak się okazało, duszność zależała od nacieku twardzielowego błony śluzowej na początku oskrzela lewego tuż pod podziałem tchawicy. Po usunięciu nacieku duszność ustała i chory z rurką tracheotomijną po kilku dniach opuścił szpital. W danym przypadku nacieki twardzielowe, usadowione w nosie, w jamie nosowo-gardłowej i krtani pod strunami, nie objęły śluzówki tchawicy i powstały dopiero w oskrzelu. Wspomniane przypadki, jako też znaczna ilość różnorodnych innych opisanych w dość już pokaźnej literaturze, wyraźnie przemawiają za doniosłem znaczeniem tracheo- i bronchoskopii.

W dyskusyi uzupełnił Karczewski pierwsze spostrzeżenia prelegenta danemi następującemi: Chora 6-letnia, przywieziona do szpitala w styczniu r. b., przed 7 miesiącami połknęła dużą szpilkę. Zaraz po wypadku dostała napadu kaszlu i duszności, trwających parę minut, przyczem wykrztusiła sporo śluzu z nieznaczną domieszką krwi. Pokarmy zarówno stałe, jak płynne, połykała bez trudności; natomiast unikała pochylenia głowy i sypiała stale w położeniu półsiedzącem. Co 2—3 dni, w ostatnim zaś czasie codziennie, miewała parominutowe napady duszącego kaszlu. W ostatnich tygodniach straciła apetyt i szybko chudła.

Przy badaniu — bladość, liche odżywienie. Laryngoskopii, z powodu niespokojnego zachowania się dziecka, nie udało się wykonać. Zdjęcie rentgenowskie stwierdziło obecność szpilki, ułożonej ukośnie w stosunku do linii środkowej ciała, w kierunku z prawej strony od góry ku dołowi na lewo. Ostry koniec szpilki, zwrócony ku górze, odpowiadał pierwszemu, główka szpilki — piątemu kręgowi grzbietowemu. Nie ulegało wątpliwości, że szpilka tkwi w drogach oddechowych, niezawodnie w tchawicy. Na naradzie kol. Erbrich zalecał wykonać przedwstępną tracheotomię dolną w przypuszczeniu, że może uda mu się dosięgnąć szpilki. Po nacięciu skóry i rozdzieleniu mięśni, pokrywających tchawicę, z poza mostka zaczęły wydostawać się pęcherzyki powietrza i powstała odma podskórna, która w ciągu kilku minut zajęła szyję, twarz i górną część klatki piersiowej. Z chwilą otwarcia tchawicy dalsze tworzenie się odmy podskórnej ustało. Badanie tchawicy zgłębnikiem metalowym obecności szpilki nie wykryło. Po tracheotomii dziecko gorączkowało w ciągu dni 7; odma podskórna zmniejszała się stopniowo. Ponowne prześwietlanie promieniami Roentgena w dniu 12/II wykazało, że szpilka opuściła się ku dołowi, przesunęła się całkowicie na lewo i przybrała położenie prawie prostopadłe do środkowej linii ciała. W dniu 13/II chorą zachloroformowano, rurkę tracheotomijną usunięto i znieczulono tchawicę. Przy pomocy bronchoskopu kol. E. szpilkę wydobył. Bezpośrednio po tym zabiegu wystąpiły objawy lekkiego zatrucia kokainą (szybkie tętno, sinica kończyn, poty). Objawy te ustąpiły nazajutrz, odtąd szybka poprawa. W dniu 27/II chora wyszła ze szpitala z zagojoną raną tracheotomijną.

Prezes Gabszewicz w uzupełnieniu drugiego spostrzeżenia Erbricha, dodaje, że widział chorą na 8 dni przed wydobyciem ciała obcego z oskrzela. Z wywiadów dowiedział się, że chora 3 tygodnie temu połknęła spineczkę do papieru. Objawów ze strony dróg oddechowych na razie nie było. Dopiero po kilku dniach wystąpiło kłucie w lewym boku, kaszel i gorączka, która trwała bez przerwy dwa tygodnie. Przy badaniu stwierdzono przytłumienie w lewej połowie klatki piersiowej, sięgające z przodu do 3-go żebra, z tyłu poniżej 5-go żebra; brak oddechu. Zapomocą przyrządu Potaina udało się wydobyć z opłucnej zaledwie łyżkę płynu surowiczo-krwawego, mimo przekłuwania paru międzyżebrzy. Nie przypuszczając aspiracyi ciała obcego do oskrzela, sądził G., że ma do czynienia z włóknikowem zapaleniem opłucnej.

Sekretarz stały Sokołowski podnosi, że obraz kliniczny uwięźnięcia ciała obcego w oskrzelu należy nieraz do najtragiczniejszych, zwłaszcza u dzieci. Chorzy, po niesłychanie ciężkiej egzystencyi z powodu kaszlu, duszności, bolów, czasami po 5—6 latach wypluwają ciało obce; częstokroć jednak giną wskutek różnych powikłań płucnych. W bronchoskopii znaleźliśmy środek, oszczędzający choremu nieraz długie lata cierpień, a często ratujący mu życie. U Kiliana widział S. całe niemal muzeum ciał obcych. Metoda bronchoskopii wymaga jednak wielkiej wprawy i umiejętności.

Z. Dobrowolski podkreśla, że po tracheotomii dzieci częstokroć wykrztuszają ciało obce z oskrzeli samodzielnie i bronchoskopia staje się wtedy zbyteczną. Nieraz wykrztuszenie takie zdarza się i bez tracheotomii, przy nieznacznej interwencyi ze strony lekarza. D. spostrzegał przypadek, w którym łupinka od orzecha utkwiła w drogach oskrzelowych 6-letniej dziewczynki, powodując w następstwie zapalenie płuc zrazikowe; w przypadku tym wykrztuszenie ciała obcego nastąpiło po upływie 3 lat od czasu wypadku przy napadzie kaszlu po zakokainizowaniu krtani. Nieraz po utknięciu ciała obcego w oskrzelu występują natychmiast objawy tak groźne, że niema nawet czasu na wykonanie tracheo-bronchoskopii. Dla objaśnienia przytacza D. dwa takie przypadki ze swojej praktyki. Niezbędność uprzedniej tracheotomii przed wykonaniem bronchoskopii u dzieci zraża częstokroć rodziców do tego zabiegu. Pod tym względem ezofagoskopia ma wyższość nad bronchoskopią. D. zwraca jeszcze uwagę na charakter kaszlu przy uwięźnięciu ciała obcego w oskrzelu: kaszel ten jest kurczowy, zbliżony do krztuścowego. Wreszcie przypomina D. przypadek, operowany przez Grużewskiego, w którym kłos zboża dostał się do dróg oddechowych i po dłuższem przebywaniu w nich znalazł się w ropnym wysięku opłucnej.

L. Lubliner stosuje tracheo-broncho- i ezofagoskopię od lat pięciu. L. sądzi, że w przypadku Erbricha użycie haczyka do podważenia szpilki, tkwiącej w oskrzelu już parę tygodni, byłoby niewłaściwe, gdyż mogłoby rozbić skruszałą szpilkę na drobne cząstki i utrudnić przez to jej wydobycie. Przyrząd do odcinania nacieków twardzielowych, przedstawiony przez prelegenta, uważa L. za bardzo pożyteczny i dobrze obmyślany.

Tuchendler opisuje spostrzegany przez siebie przypadek ciała obcego w przełyku, w którym rozpoznanie było możliwe jedynie drogą wziernikowania. W przypadku tym ciało obce (sztuczna szczęka z 3 zębami) tak się usadowiła w przełyku, że najgrubsze zgłębniki swobodnie przechodziły do żołądka.

Adolf Mesz przypomina o przypadku Wilda w Zurychu. W przypadku tym sztuczna szczęka z 4 zębami uwięzła w lewem oskrzelu; usunięto ją drogą tracheobronchoskopii, gdyż rentgenogram dał cień w okolicy prawego, nie zaś lewego oskrzela.

Judt zaznacza, że drogą promieni Roentgena wykrywać się dadzą w drogach oddechowych i ciała obce niemetalowe (ciała roślinne, szkło i t. p.), o ile ich ciężar gatunkowy przewyższa ciężar tkanki płucnej. Zdarza się tylko, że nacieczenie płucne lub silny rozwój gruczołów utrudnia wynajdowanie rentgenograficzne tych ciał obcych. Analogicznie — nie można wykazywać na rentgenogramie kamieni żółciowych, ponieważ ciężar gatunkowy cholestearyny jest nie o wiele niższy, niż ciężar tkanki wątrobnej, natomiast możliwe jest otrzymywanie konturów nerki, o ile torebka jej jest bardzo gruba. Z drugiej strony w przypadkach rzadkich można przeoczyć drobne ciała obce metalowe w oskrzelach, o ile znajdują się one w płaszczyznach, łączących mostek z kręgosłupem, i jeżeli pominąć prześwietlanie w kierunkach bocznych i ukośnych.

Zdaniem Sławińskiego i badanie rentgenograficzne daje czasem pole do wniosków zawodnych. Na dowód przytacza S. przypadek, w którym rentgenografią stwierdzono cień w drugiem międzyżebrzu lewem i na tej zasadzie wnoszono, że ciało obce leży w lewem oskrzelu; tymczasem podczas operacyi znaleziono je pomiędzy tchawicą, a kręgosłupem.

Polikier w dwu przypadkach zdołał wyczuć ciało obce w przełyku przez powłoki zewnętrzne. Uwięźnięte ciało obce (pieniądz) w obu przypadkach powodowało groźne objawy wskutek naciskania na tylną ścianę krtani. Po wymacaniu z zewnątrz ciała obcego w przełyku, P. naciskaniem od dołu ku górze i ku tyłowi zdołał wypchnąć je do jamy ustnej. Opis podobnego zabiegu znalazł w rozprawie z oddziału Broca w Paryżu. Wykonywanie tego prostego zabiegu zalecałby w takich przypadkach przed przystąpieniem do metod bardziej złożonych.

Antoni Majewski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 7 kwietnia 1909.

Przewodniczący kol. Krusche.

1. Kol. Goldman przedstawia dziecko po dokonanej przez siebie **torakoplastyce** sposobem Küster-Simona.

2. Kol. Brudziński przedstawia dwa przypadki **choroby Littlea.**

3. Przyjęto nowych członków (balotowanie): kol. Kopciński, Chodźko, Gepner, Sokolowski, Krzyżanowski, Zylberstrom, Lewitan.

4. Kol. Goldberg przestawia przerost **serca ze złogami kostnymi.**

Posiedzenie z dnia 21 kwietnia 1909.

Przewodniczący kol. Krusche.

1. Kol. Perlis przedstawia **chorą z bliznami po oparzeniu, leczoną** wstrzykiwaniami **tiosinaminy.** 16-letnia dziewczyna, u której po oparzeniu benzyną utworzyły się na lewem ramieniu i przedramieniu obszerne blizny o charakterze bliznowców (keloidów). Stosowanie śródmięśniowych wstrzykiwań w pośladki 10% roztworu tiozynaminy bardzo dodatnio wpłynęło na przeistoczenie tkanki bliznowatej. Zgrubienia począwszy od brzegów zanikają pasmami, również pośrodku blizn tworzą się wysepki delikatnego, rozciągliwego naskórka. Po 16 wstrzyknięciach, co drugi dzień dokonywanych, blizny zanikły w znacznej części i wessanie nadal postępuje bardzo szybko.

2. Tenże przedstawia chorego operowanego z powodu **niedrożności jelit.** Chory 20-letni, od dzieciństwa cierpiał na uporczywe zaparcie. W przeciągu ostatniego półrocza dwukrotnie zapadał na niedrożność jelit z towarzyszącymi jej bardzo silnymi bolami w brzuchu, wymiotami, zaparciem, brakiem wiatrów i bębnicą. Objawy te za każdym razem ustępowały po 6—8 dniach. Obecnie zachorował przed 4 dniami. Cierpienie rozpoczęło się silnymi bolami w brzuchu bez określonego umiejscowienia, zaparciem, brakiem wiatrów, a od drugiego dnia częstymi wymiotami. Wszystkie te objawy trwają dotąd. Tętno drobne, ledwie wyczuwalne, czkawka, nieustanne wymioty; brzuch ogromnie wzdęty, stłumienie wątroby zniesione. Stan ogólny bardzo ciężki. Tegoż dnia — laparotomia. Podczas uśpienia częste

wymioty, ku końcowi operacyi — zapad. Po przecięciu otrzewnej z jamy brzusznej zostaje wprost wypchnięta na zewnątrz okrężnica poprzeczna, rozdęta do rozmiarów ramienia muskularnego człowieka. Pętlica ta przedstawia się w postaci litery U, z bardzo zbliżonemi ku sobie odnogami. Pomiędzy odnogami temi na krezce — znaczne, mocne, bogato unaczynione, poprzecznie przebiegające zrosty. Zrosty te rozdzielono nożem po podwiązaniu licznych naczyń. Okrężnica jednakowoż po tym zabiegu nie wyprostowała się; wprowadzenie do odbytnicy rurki gumowej i nakłócie trójgrańcem na zapadnięcie się jelita również nie wpłynęło. Wskutek tego okrężnicę otwarto cięciem poprzecznem na przedniej powierzchni, poczem po odejściu ogromnej ilości gazów i niewielkiej ilości płynnej treści, okrężnica się zapadła i po obszyciu dwupiętrowym szwem Czerny-Lemberta bez trudności do jamy brzusznej wprowadzoną została. Podobne zrosty, lecz miękkie i łatwo na tępo dające się oddzielić, otaczały okrężnicę wstępującą, również mocno, acz w mniejszym stopniu rozdętą i przegiętą. Wolnego płynu w jamie brzusznej nie było, badanie zaś okolicy kątnicy i pętli esowatej nie wykazało nic nieprawidłowego. Sciana brzuszna zaszyta została zupełnie. Po 24 godzinach — wypróżnienie. 8 dnia szwy usunięto. Zagojenie doraźne. W dalszym przebiegu czynności jelit były zupełnie prawidłowe. Czwartego dnia po operacyi wystąpiły objawy zawału krwotocznego w prawem płucu z następową ograniczoną zgorzelą z zejściem pomyślnem.

Przypadek opisany po za szczegółami samego zabiegu jest ciekawy ze względu na etyologię. Körte opisał mianowicie przypadki podobnych zrostów na krezce w postaci licznych, mocnych blizn, powstałych wskutek poprzednio przebytej niezupełnej niedrożności jelit, a zależnych od budowy anatomicznej krezki, mianowicie w przypadkach krezki wspólnej (*mesenterium commune*), wskutek czego jelita grube, a szczególniej okrężnica, mają bardzo znaczną ruchomość, powodującą i usposabiającą do skręceń i niedrożności.

3. Kol. Goldman wygłosił odczyt: **Posocznica z punktu widzenia chirurgii.**

4. Kol. Sterling wygłosił odczyt: **Posocznica w przebiegu chorób wewnętrznych.** Częstość przypadków posocznicy w ciągu ostatnich miesięcy spostrzeganych w Łodzi, pobudziła do opracowania tego tematu. Ogólna patogeneza zakażeń. Obecność drobnoustrojów swoistych we krwi, w której się one nie rozmnażają (*bac. typhi abd., diploc. Fraen.*), nazywa się bakteryemią. Obecność drobnoustrojów chorobotwórczych we krwi, jeśli ta im służy za podłoże odżywcze, nazywamy posocznicą (wyjątek: zimnica, gorączka porotna, gruźlica). Na obraz chorobowy posocznicy składają się objawy, zależne od działalności drobnoustrojów w ognisku pierwotnem, w ognisku przerzutowem i we krwi; często dominują objawy dwu ostatnio wymienionych przyczyn, lub nawet tylko ostatnio wymienionej. Przerzuty ropne powstają tą samą drogą i są wywoływane przez te same pasorzyty, co i posocznica; stąd zamiast wyrazu ropnica (*pyaemia*) lepiej mówić posocznicoropnica (*sepsis purulenta*).

Jako gatunek chorobowy do medycyny wewnętrznej wprowadził posocznicę Leube. Różnorodność etyologiczna, rozmaitość usadowień i nietypowość stąd powstających objawów utrudnia ułożenie obrazu chorobowego w wyraźne ramy. Główne cechy tej jednostki klinicznej, to współistnienie szeregu objawów takich, jak: objawy ogólnego niedomagania aż do prostracyi, gorączka bez typu, silna akcya serca przy tętnie źle napiętem, często niemiarowem, rozrzucone ogniska zapalne w płucach, bolesność stawów i uciskowa kości i wiele innych.

Ugrupowanie różnych postaci posocznicy przez Jürgensa, stosownie do siedziby przerzutów. Ugrupowanie tych postaci zależnie od pierwotnego usadowienia się. Podział na *sepsis phanerogenetica i kryptogenetica*. Niedoskonałość tej ostatniej klasyfikacyi, opartej na wysunięciu cechy ujemnej, t. j. niemożności wykrycia ogniska pierwotnego. Rola samozakażenia w powstawaniu posocznicy, czyli jej powstawanie bez pierwotnego ogniska chorobowego. *Infectio terminalis*, jako wyraz samozakażenia. Wyliczenie drobnoustrojów, które dotąd wykryto, jako przyczynę posocznicy.

Przebieg kliniczny posocznicy. Udział różnych układów w tym przebiegu.

Rozpoznawanie na zasadzie badania bakteryologicznego krwi ledwie w 50% przypadków (w których do badań użyto po 20 cm³ krwi) dało wyniki dodatnie. Stąd konieczność opierania się na obrazie klinicznym. Dwie cechy główne: niestosunek między objawami miejscowymi a ogólnymi i powstawanie nowych ognisk zakażenia.

Rozpoznawanie różniczkowe: Od gośćca stawowego różni się posocznica cięższym stanem ogólnym, trwaniem gorączki pomimo poprawy sprawy stawowej, małym wpływem salicylanów, brakiem charakterystycznej woni potu. Od duru brzusznego odróżniamy posocznicę na zasadzie następujących objawów: tętno miękkie, drobne, często już w początku choroby jest właściwe posocznicy; taksamo i przyspieszone oddychanie; różyczka zjawia się w durze w określonym okresie choroby, przy posocznicy podobnie, jak i inne objawy skórne — zjawia się niezwiązana żadnym terminem. Głównie rozstrzygają: 1) Odczyn Gruber-Widala (resp. aglutynacya hodowli α i β paratyfusu); leukopenia przy durze, hyperleukocytoza — przy posocznicy; 2) odczyn dwuazowy — przy durze. Zimnicę, gorączkę powrotną rozpoznajemy przez badanie krwi, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych — przez badanie płynu rdzeniowego. Przy gruźlicy prosówkowej występuje na plan pierwszy duszność, sinica, zapalenie oskrzelków, objawy swoiste na dnie oka — różne od znajdowanych w posocznicy, wreszcie — wywiady. Niekiedy wątpliwość może wzbudzać włośnica i niedokrwistość, przebiegająca z gorączką. Najtrudniej odróżnić posocznicę od ciężkich postaci grypy.

Błędy rozpoznawcze najczęstsze widzimy w przypadkach przebiegających z jednem umiejscowieniem, np. rozpoznawanych jako samorodne zapalenie mózgu, płuc, opłucnej. Co do osierdzia, to złośliwe jego zapalenie (*endocarditis maligna*) jest posocznicą; stare opisy tej sprawy dają nam zarazem dosłowny obraz tego, co dziś opisujemy jako posocznicę.

W szeregu własnych spostrzeżeń, obecnie obserwowanych, uderzyła prelegenta: 1) częstość przypadków posocznicy u osób z istniejącą wadą serca (5 na 19); 2) częste zapalenie całego oka, rozwijające się odrazu w ciągu 12—15 godzin (2 na 19): 3) zupełny brak powikłań ze strony nerek. (Streszczenie własne).

5. Kol. Perlis przedstawił dwa względnie dość spore **kamienie ślinne,** wydobyte z rozszczepionego przewodu prawej ślinianki podszczękowej.

6. Tenże przedstawił preparat **tłuszczako-włókniaka** (*fibro-lipoma pendalum*), usuniętego u 18-letniej dziewczyny. Guz ten, wielkości sporej pomarańczy, wagi około funta, wyrastał na zewnętrznej stronie prawej dużej wargi sromnej i zwisał pomiędzy udami chorej na grubej, bogato unaczynionej szypułce, długości 14 ctm. Guz ten chora zauważyła przed dwu laty; pomimo dość szybkiego powiększania się i przeszkody przy chodzeniu, przez zbytnią wstydliwość cierpienie swe ukrywała. Owrzodzenie powierzchni guza, krwawienia i bóle skłoniły chorą obecnie do szukania pomocy.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Galicyjska kasa dla chorych lekarzy odbyła Walne Zgromadzenie we Lwowie d. 29. V. b. r. Liczba członków kasy zwiększyła się w ciągu roku 1908 o 12 i wynosi obecnie 192. Dochody w r. 1908 wynosiły 18.858·39 K., w tem wkładki za rok 1908 10.322·87 kor., wpływy z zaległości 978·64 kor., subwencye Izb lekarskich 720 kor., pozostałość z poprzedniego roku 2357·97 kor. Na zasiłki dla chorych kolegów wydano w r. 1908 9.331 kor. (za 918 dni po 8 kor. i za 497 dni po 4 kor.), do funduszu rezerwowego przelano 4.323·29 kor., administracya kosztowała tylko 349·17 kor. — Kasa przetrwała więc niewątpliwie pomyślnie najtrudniejszy okres — początkowy — i obecnie prawidłowo się rozwija. Do zarządu na r. b. wybrani zostali jednomyślnie: Dr Lilien, Kwiatkiewicz, Szydłowski, Czarnik, Pilewski, Gabel, Szymański, Moszkowicz, Schellenberg, Skałkowski. Prezesem kasy jest każdorazowy prezydent Izby lek. wschodnio-gal., obecnie Dr Festenburg; wiceprezesem, wybranym przez Izbę wschodnio-gal., Dr T. Stachiewicz; Izba lek. zachodnio-gal. nie wybrała drugiego wiceprezesa (Głos lek. 12). *R.*

Związek lekarzy okręgowych galicyjskich zwołuje zebranie konstytuujące na 10. lipca b. r. do Lwowa. Zebranie odbędzie się o 5 popołudniu w sali Towarzystwa lek. gal. (Dominikańska 11). Dotychczas zgłosiło gotowość przystąpienia do Związku 97 kolegów. *R.*

Związek lekarskich kas chorych, działających w Austryi (3 kasy wiedeńskie, lwowska, 2 praskie — czeska i niemiecka, gracka), uchwalono założyć na zjeździe prezesów kas w d. 30. V. b. r. w Wiedniu. Celem związku będzie: 1) strzeżenie interesów kas, 2) utworzenie wspólnego funduszu, 3) zawieranie umów z sanatoryami, szpitalami i t. p., 4) zakładanie »domów

lekarskich« w zdrojowiskach, 5) zbieranie danych statystycznych. Najbliższe zebranie odbyć się ma w jesieni r. b. *R.*

Polski komitet badania i zwalczania raka, utworzony przy Towarzystwie higienicznem w Warszawie, rozsyła obecnie do lekarzy w Warszawie i na prowincyi odezwę, nawołującą do zbierania statystyki raka; dotychczas zorganizował już komitet zbieranie tej statystyki w szpitalach warszawskich. Rozsyłany przez komitet kwestyonaryusz opiewa jak następuje: »Imię i nazwisko chorego. Płeć. Wiek. Rasa. Miejsce zamieszkania (gubernia, powiat, miasto, osada, wieś, opis topograficzny i higieniczny domu, w którym chory mieszka). Gdzie chory mieszkał przez ostatnie 5 lat? Warunki bytu (zajęcie, odżywianie i t. p.). Anamneza, odnosząca się tylko do będącej przedmiotem niniejszego opisu choroby. Czy rodzice lub krewni nie chorowali na raka? Czy w najbliższej rodzinie lub pomiędzy domownikami nie było chorych na raka? Symptomatologia. Pierwotne usadowienie raka. Przebieg choroby. Czy są przerzuty i w których narządach? Czas trwania od początku choroby. Czy była robiona operacya? Stan zdrowia po operacyi. Czy nastąpił nawrót po operacyi i w jakim czasie? Uwagi: (przypuszczalna przyczyna raka, częstość zachorowań na raka w tej miejscowości i t. p.). Uwaga. Tylko te przypadki raka narządów wewnętrznych należy podawać do statystyki, w których choroba trwa przynajmniej 4 miesiące«. Wypełnione kwestyonaryusze należy zwracać komitetowi w terminach półrocznych. *R.*

Kwestyonaryusz w sprawie cierpień t. zw. metasyfilitycznych rozsyła Redakcya »Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych« (Mazowiecka 4, Warszawa), prosząc o nadsyłanie odpowiedzi najdalej do 1. XI. b. r. Kwestyonaryusz obejmuje następujące pytania: Rodzaj choroby (wiąd, porażenie postępujące)? Kiedy się rozpoczęła? Czy były w wywiadach okoliczności obciążające układ nerwowy (dziedziczność, alkoholizm i t. d.)? Czy chory przebywał kiłę i jaki był jej przebieg? Czy kiła oddziaływała bezpośrednio na układ nerwowy? Jakie było leczenie swoiste (rtęć, jod, sposób i długość leczenia, oddziaływanie na ustrój). *R.*

Jakie skutki wywołuje zniesienie policyjno-sanitarnego nadzoru nad prostytucyą, wskazuje ogromne rozszerzenie się kiły we Fryburgu, o którem donosi Prof. Jakobi (Münch. med. Woch. Nr 23). Z powodu budowy nowego dworca towarowego w dzielnicy, zajmowanej dawniej przez domy publiczne, zniesiono te domy, a zarazem i nadzór sanitarno-policyjny, wynikiem czego było znaczne rozszerzenie się kiły wśród mężczyzn we Fryburgu. *X.*

Sanatoryów przeciwgruźliczych w Danii jest 12 z 972 łóżkami; jedno łóżko przypada na 2700 mieszkańców. Dni leczenia w sanatoryach było w r. z. 200.000.

Epidemie durowe w Rosyi srożą się obecnie bardzo silnie. Dr D w o r e t z k y z Moskwy podaje (Münch. med. Woch.), że np. w gubernii jekaterynosławskiej zachorowało od grudnia 1908 do lutego 1909 2893 osób na dur brzuszny, 2146 na osutkowy, a 1124 na powrotny. W Kijowie w styczniu było 9169 przypadków duru, w gubernii woroneżkiej 4757 przypadków duru brzusznego, 1224 osutkowego i 244 powrotnego. W samym Petersburgu od stycznia do połowy marca r. b. zgłoszono 433 przypadki duru brzusznego, 52 osutkowego i 917 powrotnego. Liczni lekarze padli już w tych epidemiach ofiarą swego zawodu. Epidemie te biorą początek głównie z więzień, które są stale przepełnione i pod względem urządzeń i higieny znajdują się w opłakanym stanie. Nic też dziwnego, że np. w r. 1906 zachorowało 29.533 więźniów na cierpienia przewodu pokarmowego, 16.786 na powikłania płucne, a 30.949 na ostre choroby zakaźne. Prawie co dziesiąty więzień jest chory. Lekarze więzienni mają ręce związane i nawet nie wolno im zupełnie robić raportów o stanie zdrowia więźniów. *X.*

Liczba lekarzy w Szwecyi jest stosunkowo bardzo mała (1:4200 mieszkańców), a przyczyną tego jest długie trwanie studyów lekarskich (9—10 lat) i wielkie koszta wykształcenia lekarskiego na uniwersytecie. *X.*

W nowszych szkołach w Anglii mają wszystkie sale szkolne drzwi do wielkiej hali, która w czasie niepogody służy do rozrywek i ruchu. W suterenach prawie wszędzie są urządzone łazienki, a w gmachach szkół średnich prócz tego i osobne jadalnie. Na każdem piętrze znajdują się liczne umywalnie. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6. VI. do 12. VI. 1909 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Bohorodczany (Jabłonka 1), Borszczów (Jezierzany 1), Buczacz (Płoszcza 2, Rzepińce 1, Pomorze 2), Brzeżany (Budyłów 2), Drohobycz (Dołhe ad Rybnik 4), Gródek jag. (Sławczany 6, Wola dobrostańska 19), Horodenka (Hawrylak 6, Targowica 5, Czortowiec 5 Niezwiska 1, Tyrakowce 1), Jarosław (Cieplice 3), Jaworów (Lubienie 1), Kołomyja (Słobódka polna 6, Gwoździec stary 2, Soroki 2), Lisko (Lutowiska 1, Smolnik ad Baligród 1), Nadwórna (Pniów 9), Podhajce (Sokolniki 4), Rzeszów (Rzeszów 12), Sanok (Radoszyce 1, Duszatyn 1), Śniatyn (Trościaniec 3, Hańkowce 1), Sokal (Hochołów 2), Stanisławów (Chomiaków 3), Tarnobrzeg (Nadbrzezie 1), Zaleszczyki (Capowce 6, Korzyłowce 2). O s p y sprawdzono 2 przypadki w m. Rzeszowie. *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. VI. do 12. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 5, płonicy 10 † 3 (4 † 2), odry 2, duru brzusznego 3 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 1. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 6. V. do 12. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 2, płonicy 22 † 1 (5 † —), odry 1 (1), duru brzusznego 3 † 1 (1 † —). *Dr Legężyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 16. V. do 29. V. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 13 † 1, odry 4, płonicy 8 † 1, róży 15, duru osutkowego 79 † 6, duru brzusznego 18 † 2, duru powrotnego 19 † 1, błonicy 3. (*Gaz. lek.* 24).

W sprawie walki z gruźlicą.

Otrzymaliśmy następującą odezwę:

Spustoszenia, szerzone przez gruźlicę, najstraszniejszą zarazę nowoczesną, wywołały we wszystkich cywilizowanych społeczeństwach ruch obronny. Walka z gruźlicą, prowadzona z coraz większem wytężeniem, wydaje też coraz świetniejsze wyniki w tych wszystkich krajach, które zrozumiały jej doniosłe znaczenie społeczne. Walka ta bowiem ma znaczenie nietylko humanitarne; jądrem sprawy są tu zagadnienia ekonomiczne. Chodzi nietylko o zmniejszenie śmiertelności z gruźlicy, zabierającej corocznie więcej ofiar, niż groźne epidemie, ale także o podtrzymanie zdolności do pracy u chorych na gruźlicę, o zmniejszenie ciężaru, jaki na społeczeństwo nakłada utrzymywanie jednostek do pracy niezdolnych, o zapobieżenie, by ten, najmniej produktywny w gospodarce społecznej wydatek — nie wzrastał. Dlatego to walka z gruźlicą zszeregowała na całym świecie w jeden zastęp wszystkich, komu losy społeczeństwa nie są obojętne.

U nas walka z gruźlicą jest zadaniem społeczno-narodowem tem ważniejszem i pilniejszem, że częstość gruźlicy jest u nas większa, niż gdziekolwiek w Europie, że przez to w ogólnym bilansie gospodarczym ponosimy straty niestosunkowo wielkie, pozwalając sobie niejako na zbytek, tem gorszy, im społeczeństwo nasze w porównaniu do innych biedniejsze; że — wreszcie — złemu prawie wcale dotąd nie staraliśmy się zaradzić, pozostając przez to niezmiernie w tyle poza postępem kultury. Nie stać nas wprawdzie na fundowanie setek sanatoryów i kilkudziesięciomilionowe roczne wydatki, jak w Niemczech, które przez to drugie tyle milionów corocznie w gospodarce swej oszczędzają; wszelako oprócz sanatoryów są inne jeszcze, a bodaj ważniejsze środki walki z gruźlicą: miejsca porady dla chorych lub zagrożonych gruźlicą (dyspensatorya), schroniska leśne, szkoły w lesie i cały szereg podobnych, stosunkowo niekosztownych urządzeń, a obok tego jak najszersze rozpowszechnienie w społeczeństwie wiadomości, jak przed gruźlicą w życiu codziennem chronić się, i jak zwalczać ją można.

Zadania te, zbyt długo już leżące u nas odłogiem, wzięło na siebie »Towarzystwo walki z gruźlicą«, zawiązane we Lwowie, a obecnie za staraniem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego tak przekształcone, że działalność swą rozciągnąć może na cały kraj. W mieście naszem powstaje »Koło« tego Towarzystwa, mające podjąć walkę z gruźlicą w naszym grodzie. Do udziału w pracach tego Koła wzywając najszersze sfery, przedewszystkiem prosimy o udział w zebraniu konstytuującem, które się odbędzie w dniu 21/VI b. r. o godz. 6 w. w sali Rady miejskiej, z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie. 2) Wybór przewodniczącego zebrania. 3) Objaśnienie celu i sposobu działania Towarzystwa. 4) Wybór zarządu Koła krakowskiego. 5) Wnioski.

Dr. E. Bandrowski, Dr T. Browicz, Dr N. Cybulski, M. Dattner, J. Dobrzański, Dr St. Domański, J. K. Federowicz, Dr K.

Fierich, X. Dr F. Gabryl, J. Götz Okocimski, Dr W. Hausner, P. Kosobucki, Dr R. Landau, Dr L. Leo, Dr J. Łazarski, J. Maciołowski, Dr Z. Marek, Dr K. Morawski, S. Odrzywolski, Dr Fr. Paszkowski, Dr J. Piltz, K. Rolle, J. Sare, Dr R. Sikorski, Dr S. Skrzyński, T. Sołtysik, Dr E. Stahr, Dr W. Staniszewski, J. Strzyżowski, Dr H. Szarski, Hr. Z. Tarnowski, Dr L. Wachholz, Dr W. Wasung, X. Dr Cz. Wądolny, Hr A. Wodzicki, Dr B. Wicherkiewicz, Z. Żuławski.

W imieniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Komisya wybrana celem opracowania statutu Towarzystwa walki z gruźlicą:

Dr Gustaw Bielański, Dr Eugeniusz Borzęcki, Dr Stanisław Ciechanowski, Dr Stanisław Dobrowolski, Dr Leon Konrad Gliński, Dr Maciej Jakubowski, Dr Tomasz Janiszewski, Dr Walery Jaworski, Dr Bolesław Korolewicz, Dr Kazimierz Kostanecki, Dr August Kwaśnicki, Dr Jan Landau (sen), Dr Ksawery Lewkowicz, Dr Julian Nowak, Dr Stanisław Pareński.

Niema wątpliwości, że za przykładem Lwowa i Krakowa pójdą wszystkie większe nasze miasta i że wkrótce cały kraj pokryje się siecią kół Towarzystwa walki z gruźlicą, a w akcyi tej powinni przodować, rzecz prosta, lekarze.

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Peszcie

(24. sierpnia do 4. września 1909).

Polski komitet Zjazdu odbył posiedzenie w d. 11. czerwca b. r. w Krakowie. Na posiedzeniu tem na zapytanie głównego komitetu wykonawczego co do tego, czy Zjazdy międzynarodowe mają się w przyszłości odbywać co 3, czy co 5 lat, czy też zmiennie (co 5 lat, jeżeli dwa Zjazdy następują po sobie na tymsamym kontynencie, a co 3, — jeżeli odbywają się na różnych kontynentach), — uchwalono w zasadzie oświadczyć się za stałym 5-letnim odstępem między Zjazdami. Uchwalono dalej zgodzić się na projekt głównego komitetu wykonawczego, aby sprawami Zjazdów kierowała stała komisya Zjazdów międzynarodowych, do której prócz prezesów i sekretarzy generalnych Zjazdów mają należeć delegaci komitetów narodowych, po jednym z każdego. Delegatem swym do tej komisyi wybrał komitet polski swego prezesa, r. dw. Prof. Wicherkiewicza. Następne posiedzenie komitetu polskiego uchwalono zwołać w czasie Zjazdu internistów polskich.

Komitet polski podaje do wiadomości kolegów, którzy zgłosili wykłady na Zjazd, że główny komitet peszteński zarządził, aby prelegenci dla użytku prasy lekarskiej nadsyłali przed Zjazdem wprost do głównego komitetu (Budapest, VIII. Esterhazy-utcza 7), wydrukowane własnym kosztem (po francuzku, niemiecku, włosku, lub angielsku) streszczenia swych wykładów w dostatecznej (około 50) liczbie egzemplarzy. Komitet polski zwraca zarazem uwagę kolegów, że wprawdzie minął już termin zgłaszania wykładów, że jednak można liczyć na to, że jeszcze teraz napływające zgłoszenia będą uwzględnione.

Według ogłoszonego już programu rozpocznie się Zjazd uroczystem posiedzeniem d. 29. sierpnia b. r. o godz. 11 rano w salach miejskich, gdzie również odbędzie się ogólne zgromadzenie końcowe, 4. września o godz. 10 rano. W czasie Zjazdu odbędzie się 6 posiedzeń ogólnych, których miejsce i czas poda »Dziennik Zjazdu« w Nrze 1., a na których odbędą się wykłady Bacceliego, Bashforda, Grubera, Kutnera, Laverana i Loeba. Nadto odbędą się dwa posiedzenia wspólne dla roztrząśnięcia tematów: 1) Zapalenie wyrostka robaczkowego. 2) Odporność. Prace Zjazdu odbywać się będą w 21 sekcyach. W czasie Zjazdu przyznane będą 2 nagrody międzynarodowe: za pracę oftalmologiczną i otologiczną (nagroda Lenvala). Ze Zjazdem połączone będzie zgromadzenie »Międzynarodowego Związku prasy lekarskiej«.

Po Zjeździe odbędą się wycieczki naukowe do zdrojowisk węgierskich i do uzdrowisk nadmorskich w Dalmacyi i Grecyi (i do Konstantynopola), zorganizowane przez międzynarodowy komitet podróży lekarskich, oraz przez takiż komitet niemiecki.

Koleje państwowe węgierskie przyznały uczestnikom Zjazdu 50% opust cen jazdy, kolej koszycko-bogumińska 33%.

Mieszkanie na czas Zjazdu należy zamawiać koniecznie naprzód, i to najpóźniej do 1. sierpnia b. r., zwracając się do »Bureau central des voyages, Budapest IV. Vigadó-tér 1.«, któremu komitet główny powierzył całą tę sprawę. Ponieważ zachodzi obawa braku pomieszkań, przeto komitet polski osobno jeszcze czyni starania, aby zapewnić w tym względzie uczestnikom polskim ułatwienia.

Udział w Zjeździe zgłaszać należy wprost do głównego komitetu w Peszcie (Budapest VIII. Esterhazy-utcza 8) i tam też przesyłać wkładkę w kwocie 25 koron (damy towarzyszące uczestnikom płacą po 12½ K.).

Komitet polski uprasza jednak wszystkich kolegów, wybierających się na Zjazd, aby także komitetowi polskiemu o zamierzonym swym udziale w Zjeździe donieść zechcieli.

Szczegółowy program, zawierający dokładne informacye praktyczne, wysyła na żądanie główny komitet w Peszcie, jakoteż sekretaryat komitetu polskiego (Kraków, Wielopole 4).

Prof. Dr Ciechanowski, sekretarz. *Prof. Dr Wicherkiewicz*, prezes komitetu polskiego.

Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich.

D. 11, 12, 13 października r. b. odbędzie się w Warszawie Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich. Na tematy dwóch pierwszych posiedzeń ogólnych wybrano: 1) Metody badania w psychologii, neurologii i psychiatryi. 2) Terminologia polska w psychologii i psychiatryi.

Na ogólne tematy sekcyi neurologicznej wybrano: 1) Nowotwory mózgu i rdzenia. 2) Padaczka.

Na tematy ogólne sekcyi psychiatrycznej wybrano: 1) Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy psychozą maniakalno-depresyjną i otępieniem wczesnem. 2) Klasyfikacya różnych postaci idyotyzmu.

Na tematy ogólne sekcyi psychologicznej zaproponowano: 1) Badanie inteligencyi. 2) Stany podświadome.

Poza tem wygłaszane będą odczyty w obydwóch sekcyach na tematy, zgłaszane przez uczestników Zjazdu. Zawiadomienie o odczytach powinno być dokonane przed 1. sierpnia. Krótkie streszczenia odczytów należy nadsyłać najpóźniej do 15. września. Wysokość składki wynosi rb. 10; przesyłać ją należy na ręce skarbnika, Dra A. Ciąglińskiego (Warszawa, Kopernika 11).

Komitet organizacyjny Zjazdu stanowią pp.: Bregman, Ciągliński (skarbnik), Dawid, Dydyński, Flatau (wiceprezes), Gajkiewicz (prezes), Goldflam, Koelichen, Kopczyński, Korniłowicz, Łapiński (sekretarz), Męczkowski, Nussbaum, Radziwiłłowicz, Segal, Sterling (sekretarz), Szycówna, Weryho (wiceprezes), Wizel.

Adres biura Zjazdu: Warszawa, Niecała 7, lokal Towarzystwa lekarskiego.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 16. VI. 1909 posiedzenie, na którem Dr T. Janiszewski wypowiedział »Kilka uwag o środkach zapobiegawczych przeciwko płonicy«, a Prof. Kader wyłożył rzecz p. t. »Chirurgiczne leczenie gruźlicy nerek«. W dyskusyach przemawiali: Dr Bielański, Blassberg, prym. Borzęcki, Dr Eisenberg, Gertler, H. Hirsch, Rafał Landau, Doc. Latkowski, Prof. Lewkowicz, Doc. Mięsowicz, Dr Stahr, Weinsberg i prelegenci.

— Prof. Dr Józef Łazarski wybrany został rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego na r. 1909/10.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Maryan Adam Sokołowski z Wieliczki i January Julian Zubrzycki z Limanowej.

— Z powodu nieco liczniejszych przypadków płonicy w mieście wydał fizyk miejski, Dr Janiszewski, treściwe popularne »Pouczenie o szkarlatynie«.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia odbyła w d. 12. VI. b. r. posiedzenie, na którem omawiano sprawę sposobu oceniania wymiaru taks leczenia w szpitalach powszechnych, sprawę nauki szycia w szkołach ludowych ze względu na wzrok dzieci, wydano opinię w sprawie zamierzonej budowy szpitala powszechnego w Buczaczu, wydano opinię w sprawie budowy w Winnikach, powiatu lwowskiego, prywatnych domków drewnianych dla leczenia chorób, a zwłaszcza gruźlicy, wreszcie powzięto

uchwałę w sprawie taksy leczenia w szpitalu powszechnym w Brodach, Dolinie, Jaśle i Stryju.

— Zwołana przez Wydział krajowy ankieta w sprawie Rad powiatowych uchwaliła 8. VI. co do zakładania domów dla kalek, starców, sierot i t. p. zakładów zaopatrzenia, następującą rezolucyę: »Zjazd oświadcza się za jak najrychlejszem wprowadzeniem w życie schronisk dla sierot, oraz domów dla starców i kalek, rodzimego typu, we wszystkich powiatach kraju. Zjazd oświadcza, że gdy ustawowo jest obowiązkiem gmin opiekować się swoimi ubogimi, Rady powiatowe mogą i powinny wspierać zakładanie domów zaopatrzenia dla sierot i opuszczonych dzieci, oraz domy ubogich, pośrednio przez odpowiednie zużytkowanie gminnych funduszów ubogich, jakoteż dobroczynności prywatnej. Wyłącznie siłami finansowemi powiatów takie zakłady utrzymywane być nie mogą«. Uchwała ta może wpłynąć na powstawanie w kraju naszym tak potrzebnych schronisk dla chorych nieuleczalnych.

— Prof. Jurasz wybrany został przez Towarzystwo laryngologiczne niemieckie pierwszym prezesem Zjazdu Towarzystwa, mającego się odbyć w r. 1910. Prof. Jurasz jest założycielem tego Towarzystwa (Tyg. lek. 23).

Warszawa. W dniu 3. VI. b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego, na którem zostały wygłoszone m. i. następujące komunikaty: Dr Wł. Janowski: »Bezpośrednie zapisywanie ruchów lewego przedsionka serca przez przełyk«. Dr K. Rzętkowski (gość): »W sprawie chemizmu mięśnia sercowego w stanach jego niedomogi« oraz »Badania nad leukocytozą w stanach zakaźnych«.

— W dniu 27. V. r. b. w lokalu Towarzystwa naukowego warszawskiego odbyło się posiedzenie komisyi meteorologicznej przy Wydziale III. Towarzystwa. Porządek dzienny obejmował naprzód sprawę utworzenia w okolicach Warszawy obserwatoryum meteorologicznego i astronomicznego. Po wszechstronnem rozpatrzeniu sprawy, opracowano program dalszego działania ku urzeczywistnieniu tej myśli. Następnie p. St. Landau mówił o zamierzonych pomiarach silnie przenikającego promieniowania ziemi, a p. Wł. Gorczyński o nowych wynikach z dziedziny promieniowania słonecznego, oraz o sieci meteorologicznej szwedzkiej.

— Dr Franciszek Kijewski, wybitny chirurg, obchodził w d. 5. VI. jubileusz 25-letniej pracy zawodowej.

— Prócz budujących się dwóch przytułków położniczych, projektuje inspektor szpitali budowę obszernego przytułku na Pradze. Po ukończeniu tych przytułków będzie miała Warszawa 150 łóżek dla położnic. (Med. i Kron. lek. 24).

— Towarzystwo higieny praktycznej im. Bolesława Prusa zamierza z wiosną 1910 urządzić wystawę dydaktyczną »Czystość a zdrowie« naprzód w Warszawie, a potem w miastach prowincyonalnych.

— Kasa im. Mianowskiego ogłosiła sprawozdanie za rok 1908. W roku tym liczyła Kasa członków założycieli 88, honorowych 158, rzeczywistych 652. Majątek kasy, zwiększony znów przez kilka zapisów, doszedł 559.216 rb. 41 kop., dochody wynosiły 44.718 rb., rozchody 37.073 rb., z czego 32.036 rb. wydano na zapomogi naukowe. Nauki lekarskie, wogóle popierane przez Kasę stosunkowo skromnie, tym razem mniej jeszcze może były uwzględnione, niż poprzednio. Na badania naukowe przyznano zapomogi Dr H. Landauowi, K. Szokalskiemu i J. Sosnowskiemu (ogółem 700 rb.), na wydawnictwa naukowe wypłacono z dawniej przyznanych zapomogi Dr Wł. Biegańskiemu i K. Rzętkowskiemu (razem 878 rb.); doliczywszy do tego nawet wypłacone Drowi St. Serkowskiemu za dzieło p. t. »Mleko i mleczarstwo» 300 rb., oraz zapomogi na badania antropologiczne i embryologiczne (950 rb.) wypada dopiero 2820 rb., a doliczając jeszcze przyznane, ale niewypłacone Drowi Dmochowskiemu 1000 rb. na wydanie II. części »Dyagnostyki anatomopatologicznej« — 3820 rb., t. j. ledwo 1/10 ogólnej sumy zapomóg.

Z różnych stron. IX. lekarska podróż naukowa rozpocznie się 3. września po Zjeździe w Budapeszcie, a skończy 20. września (w Hamburgu). Zwiedzone zostaną następujące miejscowości: Piszczany, Trenczyn, Siofok, Balaton-Fuered, Abacya, Wenecya, Genua, Algier, Gibraltar, Antwerpia, Hamburg i t. p. Zgłaszać należy się do centralnego komitetu na rece Dra Oliven (Berlin N. W. 6. Louisenplatz). *N.*

— Na konkursie na profesora chirurgii klinicznej w Tomsku uzyskał bardzo znaczną większość głosów rodak nasz Dr Węgłowski, docent pryw. w Moskwie.

— Uniwersytet w Genewie obchodzi w pierwszych dniach lipc. 350. rocznicę założenia. Na uroczystość przybędzie 250 delegatów 190 rozmaitych instytutów naukowych i wszechnic całego świata.

Mianowani: Doc. Hibler profesorem nadzw. anatomii patol. w Innsbrucku.

Zmarli: chirurg Doc. Kaczkowski w Kijowie;

Dr Emil Warmiński w 29. r. ż. w Poznaniu; Dr Kazimierz Włoczewski, lekarz kolei nadwiślańskich w 37. r. z. w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny.
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 23. czerwca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: VI. wykład z seryi wykładów o gruźlicy: Doc. Mięsowicz. Klinika gruźlicy.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Źródło Cachat w Evian (Francya) odkryte w r. 1790, nad brzegiem jeziora genewskiego, ulubione miejsce kąpielowe. Zawiera dwuwęglan wapnia i magnezyę, ciepłota 12° C., smak wody miły i orzeźwiający (woda stołowa). Działa wzmacniająco, niejako odtruwająco. Źródło to polecane głównie przy przewlekłej dnie, cierpieniach nerek, zaburzeniach przewodu pokarmowego i dróg moczowych, cierpieniach wątrobowych. Obrót roczny 10 milionów flaszek. *Ll. W.*

Mączka Nestle'go wskazana u dzieci: 1) celem t. zw. dokarmiania (allaitement mixte), 2) przy sztucznem żywieniu, jako bezwzględnie wolny od chorobotwórczych zarazków, najlepszy środek zastępujący mleko matki, 3) w okresie odłączania, 4) w przypadkach podupadłego odżywienia u starszych dzieci (niedokrwistość, osłabienie). *M. W.*

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 26. czerwca 1909. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu anatomii patol. Uniwers. Jagiell. w Krakowie. (Dyrektor: Prof. Dr Browicz).

Skręt osiowy macicy ciężarnej.

Napisał

Doc. Dr L. K. Gliński.

Jak wiadomo, już w warunkach fizyologicznych macica w całości (t. j. razem z szyją) jest lekko skręcona ku stronie prawej i leży w ten sposób, że jej lewy brzeg jest mniej lub więcej wyraźnie zwrócony ku przodowi; skręcenie to macicy występuje wybitnie zwłaszcza w późniejszych okresach ciąży i zgodnie z Küstnerem oznaczamy je nazwą *rotatio*. Na to już prawidłowe położenie macicy zgodnie zwracają uwagę wszyscy położnicy i ginekologowie, zwłaszcza w nowszych podręcznikach (Küstner[1]), Rosthorn[2]), Schauta[3]) i t. d.), a Küstner powiada wprost: »Auch der normal gelegene Uterus ist rotiert; eine wenn auch unbedeutende Dextrorotation gehört zur Norm«.

Ta fizyologiczna »rotacya« macicy może wzrastać w następstwie zrostów około- i przymacicznych, często łącząc się przytem z tyłopochyleniem, wzgl. tyłozgięciem macicy. Ponieważ jednak, jak wiadomo, trzon macicy jest łatwiej, szyja jej zaś jest trudniej poruszalna, przeto już nawet przy zwykłej rotacyi trzon macicy częstokroć bywa choć o mały kąt skręcony także względem szyi macicy i taki stan macicy stanowi już niejako przejście do nieprawidłowego zboczenia w położeniu macicy, czyli do t. zw. skrętu macicy około swej osi (»Achsendrehung«; wprowadzona pierwotnie przez Schultzego dla oznaczenia tego zboczenia nazwa *torsio*, jako mogąca dać powód do pomyłek, została obecnie prawie przez wszystkich autorów już zarzucona). Przez taki więc nieprawidłowy osiowy skręt macicy (Achsendrehung) w ścisłem tego słowa znaczeniu w odróżnieniu od fizyologicznej rotacyi rozumiemy zmianę w ustawieniu trzonu względem szyi macicznej, przyczem szyja macicy leżeć może nawet zupełnie prawidłowo, trzon jej zaś jest o mniej lub więcej znaczny kąt skręcony, jak to najczęściej się zdarza, ku stronie prawej.

[1]) Küstner w podręczniku Veita: Handb. der Gynäkologie 1907 Tom I, str. 109 i nast.

[2]) Rosthorn w podręczniku v. Winckela: Handb. der Geburtshülfe 1903, Tom I, część I, str. 466.

[3]) Schauta, Lehrb. der gesammten Gynäkologie 1907, część II., str. 154 i nast.

Te nieprawidłowe skręty osiowe macicy, jak to zgodnie stwierdzają autorowie, występują zwykle w przypadkach mięśniaków macicy lub guzów jajnikowych, i znane są już oddawna. Już Virchow[4]) w swem dziele o nowotworach przytacza opis takiego skrętu macicy mięśniakowej. Z naszych autorów opisywali podobne przypadki Ciechanowski[5]) i Świtalski[6]), przyczem ten ostatni pierwszy i prawie jedyny z dotychczasowych autorów, zajmujących się tą sprawą, zdołał rozpoznać skręt macicy jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. B. J. Schultze[7]) zebrał z dotyczącego piśmiennictwa do początku r. 1906 53 przypadków skrętów macicy mięśniakowej, a dodać należy, że skręty macicy przy guzach jajnikowych są równie częste (Küstner[8]) Löhlein[9]), Ciechanowski[10]) i t. d.). Wogóle więc jakkolwiek nieprawidłowe skręty osiowe macicy nie należą do zjawisk częstych, są jednakże już dość dobrze ogólnie znane; mimoto uważam za niezbędne podać do ogólnej wiadomości spostrzegany niedawno przezemnie przypadek, ponieważ, jak to zobaczymy dalej, różni się on pod wielu względami od wszystkich dotychczas ogłoszonych drukiem przypadków i z tego powodu przyczynić się może do tem dokładniejszego poznania tej ciekawej, dotychczas przeważnie dość lekceważonej sprawy.

Spostrzeżony przezemnie przypadek dotyczył 33-letniej wieloródki, żony handlarza, która znajdowała się w 9-tym miesiącu księżycowym ciąży; kobieta ta pewnego dnia około godziny 12 w nocy nagle dostała silnych bolów w brzuchu i wymiotów, po trzech zaś godzinach wśród bolów, drgawek i wymiotów zmarła. Wezwany lekarz przybył na miejsce dopiero po śmierci chorej i tyle tylko zdołał się dowiedzieć od otoczenia zmarłej, że przynajmniej pozornie była ona poprzednio zupełnie zdrowa, a nawet jeszcze wieczorem tego dnia sama nosiła wodę konewkami i jadła ziemniaki i kapustę[11]).

[4]) Virchow. Die krankhaften Geschwülste, Tom III., str. 162 i 163.

[5]) Ciechanowski. Ein Fall von Achsendrehung des Uterus. Deutsche med. Wochenschrift 1897, Nr 27.

[6]) Świtalski: Skręcenie szypuły torbiela jajnikowego. Rocznik Tow. ginek. krak. Zeszyt VII za r. 1896.

[7]) B. J. Schultze. Die Axendrehung (Cervixtorsion) des myomatösen Uterus. Samml. klin. Vorträge Nr 410 (Serie XIV, H. 20).

[8]) Küstner. Centralbl. f. Gynäkol. 1887.

[9]) Löhlein. Gynäkol. Tagesfragen 1895, IV. Heft.

[10]) Ciechanowski l. c.

[11]) Przedsiębrane później przezemnie próby zebrania dokładniejszych wywiadów nie doprowadziły do żadnych wyników, ponieważ mąż zmarłej — handlarz koni — zaraz po śmierci żony wyprowadził się w niewiadomym kierunku, sąsiedzi zaś zmarłej na wszelkie pytania dawali tylko bałamutne odpowiedzi i nie umieli mi podać nic więcej ponad przytoczone wyżej

Ze względu na to, iż przypadek ten zaszedł właśnie w czasie, kiedy w Galicyi obawiano się wtargnięcia cholery od strony Królestwa Polskiego i Rosyi, na życzenie lekarza powiatowego wykonałem badanie pośmiertne zwłok, zwłaszcza, że, sądząc z bliskości granicy i z opowiadań sąsiadów zmarłej, w przypadku tym rzeczywiście mogły były nasuwać się pewne podejrzenia w kierunku możliwości cholery.

Stwierdzić odrazu należy, że przy badaniu pośmiertnem zwłok zmarłej nie znalazłem nic takiego, coby mogło uzasadniać przypuszczenie cholery, a i badanie bakteryologiczne, dokonane przez Doc. Dra Drobę, również dało w tym kierunku wynik najzupełniej ujemny.

Najważniejsza zmiana, jaką w tym przypadku przy badaniu pośmiertnem zwłok stwierdziłem, polegała na nieprawidłowem położeniu macicy. Zaraz po otwarciu jamy brzusznej wpadała w oczy bardzo znacznie powiększona, kulistego kształtu, ciemno-sino zabarwiona macica. Dokładniejsze badanie stwierdziło, że nie leżała ona prawidłowo, lecz była w obrębie szyi skręcona około swej osi i to w ten sposób, iż jej boczna ściana prawa, zatoczywszy w kierunku wskazówki zegarka łuk 270° (t. j. $^3/_4$ koła), znalazła się zwróconą całkowicie ku przodowi, podczas gdy jej lewa ściana boczna, zakreśliwszy łuk podobny, zwróciła się ku kręgosłupowi; oczywiście przy tem ułożeniu macicy właściwa jej przednia ściana zwrócona była ku stronie lewej, tylna zaś — ku stronie prawej. Miejsce skrętu macicy przypadało na jej szyję, która w tym przypadku była stosunkowo długa (około 6 cm) i miała ściany dość cienkie (ściana przednia 4—5 mm, ściana tylna — 6—7 mm). Przy skręcaniu się macicy uległy również znacznemu przesunięciu i części dodatkowe, tak że jajnik prawy znalazł się po stronie lewej ku przodowi, jajnik lewy — po stronie prawej więcej ku tyłowi.

Po odkręceniu macicy do jej położenia właściwego, wylała się z niej przez szyję dość znaczna ilość płynnej krwi. W macicy znaleziono płód płci żeńskiej, około 43 cm długi, 2450 gramów ważący. Łożysko znajdowało się na właściwej przedniej ścianie macicy, zachodząc nieco na jej stronę prawą i na dno; dolna część łożyska i błony płodowe w dolnym odcinku macicy były na dość rozległej przestrzeni odklejone, pomiędzy nimi zaś a ścianą macicy nagromadzona była bardzo znaczna ilość skrzepów krwi. Ściany macicy, odpowiednio do okresu ciąży, były znacznie zgrubiałe, ciemno-sino zabarwione; przy ich rozcinaniu z przeciętych jednocześnie naczyń żylnych wylewała się znaczna ilość krwi płynnej. Dodać należy, że poza opisanemi zmianami macica miała naogół wejrzenie prawidłowe, w szczególności zaś (mimo dokładnego w tym kierunku badania) nigdzie w jej ścianach nie znaleziono nawet drobnych guzków nowotworowych (włókniako-mięśniaków). Również i w częściach dodatkowych nie stwierdzono obecności żadnych guzów nieprawidłowych, były one natomiast bardzo silnie przekrwione.

Obok opisanego zboczenia w położeniu macicy zwracał w tym przypadku na siebie uwagę jeszcze drugi szczegół, a mianowicie znaczny, choć nierównomierny rozstęp mięśni prostych w dolnej części brzucha, dochodzący miejscami 6 i więcej cm szerokości. Jednocześnie istniała w tym przypadku znacznych rozmiarów przepuklina pępkowa, do której od strony jamy brzusznej przez szerokie wrota swobodnie wchodziła pięść; do ściany worka przepuklinowego był przyrośnięty koniec sieci.

W najniżej położonych częściach jamy brzusznej znajdowało się parę łyżek cieczy surowiczej jasnej. Mięsień sercowy był uderzająco wiotki, na przekroju blady, jednostajnie gliniasty; badanie mikroskopowe stwierdziło w nim obraz daleko posuniętej fragmentacyi. Płuca były blade, prawie zupełnie suche; w innych narządach zwracała uwagę tylko ich bladość — wyraźne niedokrwienie. Badanie mikroskopowe wątroby i nerek nie stwierdziło w nich nic nieprawidłowego.

Uwzględniając przytoczony pokrótce wynik badania pośmiertnego, zwłaszcza zaś obecność znacznego krwotoku w macicy obok jednoczesnego braku zmian w innych narządach (prócz cech ogólnej niedokrwistości i fragmentacyi mięśnia sercowego), dojść musieliśmy do wniosku, że właściwą przyczyną zejścia w tym przypadku była ostra niedokrwistość, powstała skutkiem znacznego krwotoku pomiędzy ścianę macicy ciężarnej, a błony płodowe; przyczyną zaś tego krwotoku stało się skręcenie się macicy ciężarnej około jej osi w obrębie szyi, co dało powód do zaciśnięcia żył macicznych (vv uterinae), zniesienia a przynajmniej znacznego upośledzenia odpływu krwi z macicy, przepełnienia nią naczyń żylnych, w końcu zaś i do znacznego krwotoku. Zresztą do sprawy tej powrócimy jeszcze w dalszym ciągu.

Porównanie przytoczonego opisu z dotychczas znanymi przypadkami innych autorów odrazu wskazuje, iż wyróżnia się on wybitnie z pośród innych, dotychczas znanych przypadków skrętów osiowych macicy i to pod wielu względami. Jak powiada Küstner[12]) »dasjenige, was diese Fälle hochgradiger Achsendrehung gemeinsam haben, ist das aetiologische Moment. Die abnorme Bewegung ist immer durch Tumoren bedingt«; i rzeczywiście we wszystkich prawie znanych mi przypadkach skrętów macicy sprawa ta pozostawała w związku z istnieniem guzów macicznych (włókniakomięśniaków) lub też guzów jajnikowych; znane są wprawdzie również i skręty macicy ciężarnej, i w tych jednak przypadkach skręt macicy pozostawał zwykle w związku z istnieniem podobnych guzów.

W dostępnem mi piśmiennictwie jedynie u Schultego[13]) znalazłem krótką wzmiankę następującej treści: »Auch bei nicht myomatösen graviden Uteri wurden stärkere Torsionen in der Zervix beobachtet. So berichtete prof. Walther in der Diskussion bei Demonstration des Praeparates meines Falles über eine von ihm während seiner Assistenzeit unter prof. Löhlein gemachte diesbezügliche Beobachtung«. Wzmianka ta dotyczy oczywiście dwu w swoim czasie przez Löhleina[14]) opisanych przypadków. Autor ten w pracy swej zwraca uwagę, że fizyologiczny skręt macicy podczas ciąży może dochodzić znaczniejszego stopnia i przez to stać się przyczyną nawet pomyłek rozpoznawczych, a mianowicie dać powód do błędnego rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej, co rzeczywiście w tych dwóch przypadkach zdarzyć się miało asystentom Löhleina. W obydwu jednakże i tych przypadkach skręt macicy był stosunkowo nieznaczny (sądząc z opisu zaledwie o 90°), w jednym z nich macica sama wróciła do stanu prawidłowego, w drugim — dała się łatwo naprostować i ciąża w obydwu tych przypadkach dobiegła prawidłowo do końca. Znany jest również niedawno także ogłoszony przez Cramera[15]) przypadek skrętu zresztą prawidłowej macicy ciężarnej, którego jednak niepodobna również porównywać z naszym przypadkiem. W przypadku Cramera skręcona o 90° naprawo ciężarna macica (VII—VIII mies. księż.) była jednocześnie uwięziona w miednicy małej; zdaniem samego Cramera właściwą sprawą chorobową w jego przypadku było uwięzienie macicy, jej skręt natomiast był tylko zjawiskiem wtórnem, następowem, pozostającem w bezpośrednim związku z uwięzieniem macicy. Opierając się na znanym ginekologom fakcie, że przywrócenie uwięzionej macicy do jej po-

szczegóły. Tyle tylko z ich odpowiedzi mogłem stwierdzić napewno, iż zmarła miała poprzednio dwoje dzieci żyjących.

[12]) Küstner, l. c.

[13]) Schulte Franz. Zur Achsendrehung des myomatösen Uterus in der Zervix. (Gynaekol. Rundschau 1908, 21 Heft).

[14]) Löhlein. Ueber Achsendrehung des Uterus, besonders des graviden Uterus. (Deutsche Medic. Woch. 1897. Nr 16).

[15]) Cramer H. Eine seltene Einklemmung des graviden Uterus. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI Bd. 211. 1907.

łożenia właściwego staje się prostszem i łatwiejszem przez skręcenie jej od strony lewej lub prawej, sądzi Cramer, iż w jego przypadku z powodu uwięzienia macicy samoistnie »ein ähnlicher Mechanismus in Gang geweseń ist«.

Prócz 3 wspomnianych przypadków w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem nigdzie nawet wzmianki o możliwości znaczniejszego skrętu zresztą prawidłowej macicy ciężarnej. Zjawisko to spotykamy wprawdzie dość często u zwierząt domowych (krów, owiec, kóz, rzadziej koni) z macicą dwurożną, przyczem skręt macicy łączy się zwykle ze skrętem pochwy, stanowiąc niejednokrotnie znaczną przeszkodę przy porodzie. Takich jednakże skrętów macicy ciężarnej u zwierząt niepodobna utożsamiać ze skrętem macicy w naszym przypadku. U zwierząt tych macica jest dwurożna i, gdy ciąża rozwija się tylko w jednym rogu, powstają, jak to słusznie podnosi Küstner[16]), stosunki zupełnie takie same, »wie bei einem dem Uterus aufsitzenden Tumor beim Menschen«, czyli więc skręt macicy ciężarnej u tych zwierząt powstaje w sposób zupełnie podobny, jak skręt macicy u człowieka w razie istnienia guzów macicy lub części dodatkowych. W naszym natomiast przypadku macica miała kształt zupełnie prawidłowy (nie była dwurożną), a nawet łożysko znajdowało się na przedniej ścianie macicy, a nie w jej częściach bocznych.

Ten zupełnie prawidłowy kształt macicy w naszym przypadku oraz brak guzów nowotworowych zarówno w macicy, jak i w częściach dodatkowych, a więc brak czynników, uważanych ogólnie za właściwy czynnik etyologiczny do powstawania skrętów osiowych macicy, wyróżniają wybitnie nasz przypadek z pośród ogółu podobnych przypadków skrętu macicy i to zarówno skrętów macicy przy guzach nowotworowych u człowieka, jakoteż skrętów dwurożnej macicy ciężarnej u zwierząt. W dostępnem mi piśmiennictwie zdołałem odszukać zaledwo 3 przypadki (2 przypadki Löhleina[17]) i jeden przypadek Cramera[18]) mające pewne podobieństwo do opisanego przezemnie przypadku, jednocześnie jednak i znacznie od niego się różniące. We wszystkich tych 3 przypadkach skręt macicy ciężarnej był stosunkowo niewielki — zaledwie o 90°, przytem w przypadkach Löhleina mógł on być uważany jeszcze za nieco tylko wyższy stopień fizyologicznego skręcenia macicy, w przypadku zaś Cramera skręt macicy pozostawał w bezpośrednim związku z jej uwięzieniem w miednicy małej.

Również i ze względu na następstwa skrętu macicy przypadek nasz znacznie się różni od innych tego rodzaju przypadków. Jako następstwa skrętu osiowego macicy podnoszone są zwykle: niedrożność kanału szyi macicznej, co u osób miesiączkujących może wywołać nagromadzenie się krwi w jamie macicy (haematometra), dalej długotrwałe skręty macicy mają wywoływać zanik części skręconej (szyi). Löhlein[18]) i zwłaszcza Schultze[19]) zwracają uwagę na zaburzenia ze strony pęcherza moczowego. Niektórzy autorowie podnoszą także, że skręt macicy zagrażać może nawet życiu chorej ze względu na dołączające się wtórnie sprawy zapalne w guzie nowotworowym i w otrzewnej. W przypadku Picka[20]) skręt macicy stał się przyczyną nagłej śmierci 56-letniej kobiety z powodu zatoru tętnicy płucnej przez skrzep, pochodzący prawdopodobnie z rozszerzonych żył miednicy. Naogół jednakowoż w przypadkach skrętu macicy, zwłaszcza przy dość wczesnym zabiegu operacyjnym, rokowanie jest zupełnie dobre, niebezpieczeństwo zaś operacyi naogół nie jest większe, niż przy operacyi włókniaków macicy drogą brzuszną. Z 45 zebranych przez Schultze'go[21]) przypadków operowanych, tylko dwa skończyły się śmiercią chorych (jeden przypadek Micheli'ego[22]) — krwotok z powodu ześliznięcia się podwiązki — i jeden przypadek Semmelinka[23]) — zator tętnicy płucnej) — wszystkie inne chore operowane z powodu skrętów macicy wróciły do zupełnego zdrowia.

W naszym przypadku skręt macicy dał powód do znacznego krwotoku i ostrej niedokrwistości, która się stała przyczyną nagłej śmierci chorej wprzód, nim wezwany lekarz mógł przybyć z odpowiednią pomocą. O krwotokach do jamy macicy w następstwie jej skrętów znajdujemy wzmianki już i u dawniejszych autorów; o takim krwotoku wspomina już Küster[24]), w tym jednak przypadku krwotok był tylko nieznaczny i nie pozostawał w związku z zejściem śmiertelnem chorej; również i Pick[25]) przy opisie przypadku znacznego, ostro przebiegającego skrętu macicy mięśniakowej zaznacza, iż w nieco rozszerzonej jamie macicy znajdowała się płynna krew, trzon zaś macicy i jej części dodatkowe były świeżo w znacznym stopniu krwią naciekłe. W żadnym jednakowoż ze znanych mi z piśmiennictwa przypadków krwawienie nie doszło do tak znacznego stopnia, jak w przypadku moim, i w żadnym nie stało się przyczyną zejścia śmiertelnego.

Wogóle więc opisany przezemnie przypadek zasługuje na uwagę z następujących względów: po pierwsze jest on dowodem, że nawet prawidłowa macica ciężarna może ulegać znacznemu skrętowi osiowemu niezależnie od guzów w samej macicy lub w częściach dodatkowych; powtóre przypadek ten wskazuje, że taki skręt macicy w pewnych razach może mieć bardzo ważne znaczenie, a nawet stać się groźnym dla życia chorej.

Co się tyczy przyczyn i mechanizmu skręcenia się macicy w naszym przypadku, to zdaniem mojem sprawa ta dałaby się najłatwiej wytłómaczyć w sposób następujący: Wielokrotnie i z różnych stron zwracano już uwagę na to, że wydłużona szyja maciczna i wiotkie powłoki brzuszne są czynnikiem usposabiającym do skrętu osiowego macicy. W naszym przypadku szyja macicy była rzeczywiście dość znacznie wydłużona (około 6 cm długości) i powłoki brzuszne były znacznie po dawniejszych porodach zwiotczałe; obok tego jednakże istniał tutaj znaczny rozstęp mięśni prostych brzucha, co oczywiście miało jeszcze większe

---

[16]) Küstner, l. c.

[17]) Löhlein, l. c.

[18]) Cramer, l. c.

[19]) Löhlein, l. c.

[20]) Schultze, l. c.

[21]) Pick Fr. Ueber einen Fall von mehrfacher Achsendrehung des Uterus bei Myom des Fundus. Prag. med. Woch. 16 Jahrg. 1881.

[22]) Micheli. Sulla rotatione assiale. Atti della soc. it. di ost. e gin vol. VI (Referat w Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1901, 11 Jahrg.

[23]) Semmelink. Ueber Axendrehung des Uterus. Beitr. z Geburtsch. u. Gynaek. 1901 Bd. 5.

[24]) Küster E. Uterus mit grossen Fibromyomen u. zweiundeinhalbmaliger Axendrehung. Beitr. 2 Geb. u. Gyn. I Bd. 1872 (herausg. v. d. Ges. f. Geburtsh. in Berlin).

[25]) Pick Fr. l. c.

znaczenie, niż zwiotczenie powłok brzusznych; okoliczności te niewątpliwie odgrywały najważniejszą rolę i w naszym przypadku, same jednak przez się nie mogły jeszcze wywołać skręcenia się macicy: — odgrywały tutaj rolę jeszcze i inne czynniki.

Jak to już poprzednio podnosiliśmy, macica, zwłaszcza macica ciężarna, już fizyologicznie leży nieco skręcona ku stronie prawej, tak że jej przednia powierzchnia jest właściwie zawsze mniej lub więcej znacznie zwrócona ku stronie prawej. Jak świadczą przytoczone poprzednio przypadki Löhleina[26]), to fizyologiczne jeszcze skręcenie macicy może dochodzić nawet stosunkowo znacznego stopnia, bo nawet do 90⁰. Z drugiej strony wiadomo, jak to świeżo między innymi podnosi w swej pracy Cramer[27]), »dass die Placentarstelle am graviden Uterus, namentlich in der ersten Schwangerschaftshälfte häufig eine Ausbeulung an dem kugligen Organ darstellt«. Klasyczny pod tym względem przykładem jest przypadek Lange'go[28]), w którym to przypadeku mimo uwięzienia w miednicy małej zgiętej ku tyłowi macicy mogła ciąża rozwijać się aż do 8 miesiąca, dzięki właśnie temu, że miejsce łożyskowe znajdowało się całkowicie w tej części jamy macicy, która leżała ponad miednicą małą. Otóż te dwa czynniki — fizyologiczne skręcenie macicy i wypuklanie się ściany macicy w miejscu usadowienia łożyska odgrywały w naszym przypadku również niepoślednią rolę.

W przypadku naszym łożysko znajdowało się na przedniej ścianie macicy, w pierwszej więc połowie ciąży ściana ta prawdopodobnie choćby tylko nieznacznie była wypuklona, jednocześnie zaś z powodu fizyologicznego skręcenia była zwrócona ku stronie prawej; skutkiem takich stosunków i jednoczesnego znacznego rozstępu mięśni prostych brzucha ta przednia ściana macicy, jako część najwięcej wypuklona, musiała przy końcu pierwszej połowy ciąży ulegać najsilniejszemu działaniu znajdujących się tutaj mięśni w powłokach brzusznych, podczas gdy lewy brzeg wypuklał się ku przodowi w miejscu rozstępu mięśni prostych, tylna zaś ściana macicy (zwrócona już fizyologicznie nieco ku stronie lewej), jako mniej wypuklona, niż ściana przednia, podlegała też tylko słabszemu uciskowi ze strony lewostronnych mięśni brzusznych. Wogóle więc siłą, wywołującą skręt macicy w naszym przypadku było działanie prawostronnych mięśni brzusznych, które, napierając na najwięcej wypukloną przednią ścianę macicy, sprawiały wzmaganie się fizyologicznej rotacyi macicy, zmuszając ją do skręcania się w kierunku fizyologicznym, a więc w kierunku wskazówki zegarka, co w tym przypadku znakomicie było ułatwione przez istnienie znacznego rozstępu mięśni prostych brzucha. Następstwem takiego działania prawostronnych mięśni brzusznych musiało być powolne przesuwanie przedniej ściany macicy ku tyłowi, a więc ku kręgosłupowi, skręcanie się jednak macicy pod wpływem tych czynników dojść mogło co najwyżej do 180⁰, ponieważ z tą chwilą, gdy przednia ściana macicy zwróciła się ku tyłowi, prawostronne mięśnie brzuszne nie mogły już dalej wywierać na nią swego działania.

[26]) Löhlein, l. c.

[27]) Cramer, l. c.

[28]) Lange. Retroflexio uteri in den letzten Schwangerschaftsmonaten. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1907. Bd. 25.

Dotychczas więc skręcanie się macicy rozwijało się powoli, dalszy jej skręt wystąpić musiał zupełnie nagle. Przy ostro występujących skrętach osiowych macicy mięśniakowej zdaniem licznych autorów (Schultze[29]), Micholitsch[30]), Stratz[31]) i t. d.), bezpośrednim powodem takiego ostrego skrętu macicy bywają zwykle jakieś silniejsze ruchy ciała, zwłaszcza połączone z nachylaniem się i podnoszeniem. W przypadku Micholitscha objawy ostrego skrętu macicy wystąpiły u chorej po nacieraniu podłogi i maglowaniu bielizny. Chora Stratza z powodu ostrego skrętu macicy dostała silnych bolów podczas liczenia bielizny. Jak to podnosi Schultze, nawet niespokojne przewracanie się na łóżku (przypadek Küstera[32]) dać może powód do ostrego skrętu macicy, a zwłaszcza wywołać wzmożenie się już poprzednio istniejącego skrętu.

Wracając do naszego przypadku, ponieść należy, iż chora nasza jeszcze na kilka godzin przed śmiercią miała sama nosić konewki z wodą. Niestety, nie było można już stwierdzić, w której ręce chora niosła konewkę z wodą, najprawdopobniej jednak nosiła ją na zmianę raz w jednem, później w drugiem ręku. Jeśli przytem uwzględnimy, że przy noszeniu jednej konewki z wodą człowiek przechyla się w stronę ciężaru, dzięki czemu po stronie przeciwległej napina się silnie powłoki brzuszne, po stronie zaś ciężaru są one zwolnione, to łatwo zrozumiemy, że w razie napięcia prawostronnych mięśni brzusznych i ucisku ich na macicę przy jednoczesnem zwolnieniu mięśni lewostronnych, zwrócona ku tyłowi przednia ściana macicy łatwo mogła się przesunąć na stronę lewą i istniejący już poprzednio skręt wzrósł nagle do 270⁰. Samo się przez się rozumie, że takie nagłe przesunięcie się macicy wraz z dalszym silniejszym jej skrętem powstać mogło również przy podnoszeniu jakiegoś innego ciężaru, albo nawet przy przewracaniu się w łóżku, czego jednak ze względu na brak szczegółowych wywiadów niepodobna stanowczo określić; stwierdzić jedynie można, że wzmożenie się już poprzednio istniejącego skrętu wystąpiło nagle pod wpływem jakiegoś niewłaściwego ruchu ciała.

Pokrótce więc zdaniem naszem mechanizm skręcenia się macicy w naszym przypadku był następujący: już fizyologicznie lekko na prawo zwrócona przednia ściana macicy wraz ze znajdującem się tutaj łożyskiem, jako najsilniej wypuklona, była w końcu pierwszej połowy ciąży również podległa najsilniejszemu działaniu mięśni brzusznych, co przy istniejącym znacznym rozstępie mięśni prostych brzucha wywoływać musiało coraz znaczniejsze wzmaganie się fizyologicznego skrętu macicy; najwyżej jednak skręt w ten sposób dojść mógł do 180⁰. Dalsze skręcanie się macicy aż do 270⁰ wystąpić musiało nagle pod wpływem jakiegoś nieodpowiedniego ruchu, powodującego silne napięcie mięśni prawostronnych brzucha przy jednoczesnem zwolnieniu mięśni lewostronnych, skutkiem czego macica została nagle przepchnięta dalej w tym samym co poprzednio kierunku i skręt jej doszedł aż do 270⁰.

[29]) Schultze, l. c.

[30]) Micholitsch. Ein Fall von Axendrehung des Uterus durch eingestieltes subseröses Myom. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1899 Bd. 40.

[31]) Stratz C. H. Uterustorsion bei Myom. etc. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn 1902. Bd. 47.

[32]) Küster, l. c.

Tak więc na powstanie skrętu macicy złożyły się w naszym przypadku różne okoliczności; przedewszystkiem zaś istnienie znacznego rozstępu mięśni prostych brzucha i usadowienie łożyska na przedniej ścianie macicy przy jednoczesnem wydłużeniu szyi macicznej. Okoliczności te wywołały wzmożenie się fizyologicznego skrętu macicy, najwyżej jednak do 180°, dalsze jej skręcenie się wystąpiło nagle z powodu niespokojnego, niewłaściwego zachowania się chorej.

Obok niezwykłego, dotychczas, o ile mi wiadomo, nie spostrzeganego tak znacznego skrętu osiowego macicy ciężarnej, zresztą zupełnie prawidłowej, przypadek niniejszy godzien jest uwagi również i ze względu na niezwykłe następstwa tego skrętu; skręt ten stał się przyczyną znacznego krwotoku do macicy i wywołał ostrą niedokrwistość z zejściem śmiertelnem, czego również, o ile mi wiadomo, w żadnym z dotychczas znanych przypadków skrętu osiowego macicy nie spostrzegano. Wprawdzie, jak widzieliśmy już poprzednio, w przypadkach zwłaszcza ostro przebiegających skrętów osiowych macicy i inni autorowie widywali krwotoki do jamy macicy, a Pick[33]) nawet podnosi, że ściany macicy i części dodatkowe były również krwią przepojone, nigdzie jednak, o ile mi wiadomo, nie opisano dotychczas z powodu skrętu macicy śmiertelnego krwotoku do jej jamy.

Że skręt osiowy macicy stać się może przyczyną krwotoku, jest łatwo zrozumiałem: przy skręcie takim w szyi ulegają zaciśnięciu wychodzące stąd krótkie żyły maciczne (vv. uterinae), podczas gdy tętnice maciczne jako posiadające ściany znacznie odporniejsze, mogą jeszcze doprowadzać krew. Wprawdzie rozgałęzienia żył macicznych posiadają liczne anastomozy z sąsiednimi splotami żylnymi (pęcherzowo pochwowym, odbytniczym, wiciowatym i t. d.), wobec jednak skręcenia się osiowego macicy w szyi połączenia te częściowo również ulegają zaciśnięciu, wskutek czego splot wiciowaty może łatwo okazać się niewystarczającym do odprowadzenia wszystkiej krwi z macicy, zwłaszcza w przypadkach ostro występującego skrętu; oczywiście następstwem tego być musi znaczniejsze przekrwienie bierne macicy, które podobnie zresztą, jak i w innych narządach, dać może powód do krwotoku. Samo się przez się rozumie, że w macicy ciężarnej i przekrwienie i następstępowe krwawienie muszą być bez porównania większe, niż w macicy nieciężarnej, mimo to jednakże tych zjawisk w naszym przypadku nie uważalibyśmy za wyłączną przyczynę stwierdzonego tutaj krwotoku. Przy nagłym skręcie macicy pod wpływem wprost zadziałania mechanicznego, łatwo mogły częściowo oderwać się błony płodowe i łożysko, a wtedy krwotok z rozerwanych naczyń mógł był łatwo, zwłaszcza przy znacznem przekrwieniu macicy, dojść do tego stopnia, jaki stwierdziliśmy przy badaniu pośmiertnem; ten zaś wylew krwi do jamy macicy i przepełnienie krwią naczyń macicy ciężarnej wywołać musiały ostrą niedokrwistość i zejście śmiertelne.

---

33) Pick, l. c.

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie miesienia brzucha przy chorobach serca.

Podał

Jan Studziński.

Miesienie brzucha, jako takie, lub jako część miesienia ogólnego, znajduje coraz częściej zastosowanie w praktyce. Wpływ jego jest albo bezpośredni na narządy brzuszne, albo odruchowy, zarówno na narządy brzuszne, jak i na obieg krwi. Aczkolwiek taki wpływ miesienia brzucha na krążenie niema szczególnego znaczenia u ludzi zdrowych, to nie można tego powiedzieć o ludziach chorych na serce i dotkniętych zmianami naczyń; u chorych takich podniesienie, względnie spadek ciśnienia, może mieć czasami ujemne lub dodatnie skutki.

Na możliwość takich skutków miesienia brzucha już oddawna zwrócili uwagę lekarze. Reed (1) n. p. uważa miesienie brzucha za przeciwwskazane przy tętniakach w jamie brzusznej i klatce piersiowej i przy cięższych chorobach serca. Przy zwyrodnieniu tłuszczowem i rozszerzeniu serca można stosować miesienie, lecz bardzo ostrożnie. Stange (2) sądzi, że miesienie brzucha jest niedozwolone przy stwardnieniu naczyń, ponieważ łatwo może wywołać krwotok. Atoli Władisławlew (3), który widywał wielokrotnie zastosowanie miesienia brzucha u chorych ze stwardnieniem naczyń w klinice Prof. Manasseina, nie spostrzegał ani razu krwotoku. Chlumsky (4) zaleca nawet miesienie brzucha u chorych, dotkniętych miażdżycą tętnic i niektóremi wadami serca (głównie niedomykalnością zastawek, a także niedomogą serca). Zabłudowski (5) uważa miesienie brzucha za przeciwwskazane przy niewyrównanych wadach serca. Ekgren (6) uważa miesienie brzucha przy chorobach serca bądź z naruszeniem wyrównania, bądź bez niego, za miecz obosieczny, zwłaszcza jeżeli miesienie jest wykonywane niedość subtelnie.

Wpływ miesienia brzucha wogóle może zaznaczyć się już to bezpośrednio na czynności jelit, już na wydzielaniu się moczu, na obiegu krwi i, nakoniec, na ogólnym stanie zdrowia.

Prawie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że miesienie brzucha niezbyt długotrwałe i niezbyt silne wywiera w większości przypadków wpływ dodatni na stan ogólny (uczucie zadowolenia, lekkości, przyjemności i t. d.).

Co do wpływu miesienia brzucha na wydzielanie się moczu, autorowie niezupełnie się zgadzają. Połubiński (7) po miesieniu brzucha zauważył potrojenie się ilości moczu w ciągu pierwszych dwóch dwugodzinnych okresów. Huchard (8), Rubens-Hirschberg (9), Kijanowski (10) przypisują miesieniu brzucha wpływ moczopędny. Coutry (11) mówi, że miesienie brzucha przy chorobach serca bezsprzecznie wywiera wpływ moczopędny. Wpływ ten ujawnia się zwykle dopiero na trzeci dzień, rzadko na pierwszy. Baccavini (12) zapewnia, że nie spostrzegał żadnej zmiany w ilości moczu po miesieniu. Ekgren (13) zwraca uwagę, że chociaż pod wpływem miesienia zwiększa się ilość moczu, to jednocześnie zwiększa się i odset-

kowa ilość białka, jeżeli ono znajdowało się w moczu przed miesieniem.

Głowacki [14], badając wpływ miesienia brzucha na obieg krwi, stwierdził, że ciśnienie krwi u psów i u ludzi jest wzmożone w czasie miesienia i pewien czas po niem. Częstość uderzeń serca zwiększa się w czasie miesienia; jednakże ku końcowi, a zwłaszcza w następnym okresie, daje się zauważyć przeciwnie — zwolnienie tętna, które przytem z małego, jakiem było na początku, staje się pełnem. Colombo [15] zaznacza, że silne miesienie brzucha zawsze wywołuje spadek ciśnienia, niezależnie od sposobu miesienia. Miesienie ogólne całego ciała podnosi ciśnienie, jeżeli poprzednio wykonano miesienie brzucha, i obniża, jeżeli miesienie brzucha wykona się na końcu. Tętno, oddech i ciepłota w odbytnicy zmieniają się odwrotnie do ciśnienia. Hasbrock [16], przeciwnie, nie zauważył żadnej zmiany w ciśnieniu krwi pod wpływem miesienia. Neumann i Frick [17] stosowali miesienie brzucha w klinice Prof. Schlesingera u 24 chorych na serce w okresie wyrównania i doszli do przekonania, że miesienie brzucha nietylko jest dozwolone u chorych na serce, lecz poniekąd, jako środek poboczny, w wielu razach wywiera na serce wpływ dodatni. Jeżeli czynność serca jest przyspieszona, to w większości przypadków otrzymuje się zwolnienie tętna, zwłaszcza po głaskaniu. Autorowie ci nigdy nie spostrzegali po miesieniu pogorszenia stanu ogólnego, ani dusznicy, ani bicia serca, ani innych tym podobnych powikłań. Tętno nieregularne staje się po miesieniu regularnem. Do wniosków tych doszli Neumann i Frick, stosując w ciągu pewnego określonego czasu pewne jednostajne sposoby miesienia.

I tak po 15 minutach:

	Tętno było	Wady zastawki dwudzielnej	Inne wady	Ciśnienie było	Wady zastawki dwudzielnej	Inne wady
Ugniatania (Knetung)	częstsze	2	4	większe	5	9
	bez zmiany	—	6	bez zmiany	1	5
	wolniejsze	9	11	mniejsze	5	7
Głaskania (Kolonstreichung)	częstsze	2	2	większe	3	9
	bez zmiany	1	3	bez zmiany	1	—
	wolniejsze	4	9	mniejsze	3	5
Klepania (Klopfung)	częstsze	1	2	większe	2	3
	bez zmiany	2	5	bez zmiany	2	5
	wolniejsze	3	5	mniejsze	2	4
Klepania (Hackung)	częstsze	1	3	większe	3	5
	bez zmiany	3	1	bez zmiany	—	—
	wolniejsze	2	5	mniejsze	3	4

Według zdania Kuwiczyńskiego [18] miesienie brzucha ułatwia krążenie w jamie brzusznej, przyspieszając bieg krwi w żyłach, i wywołuje na razie skurcz tętnic, a także większych żył (przez nerw współczulny), a potem ich rozszerzenie. Huchard [19] sądzi, że miesienie brzucha może szybko podnosić ciśnienie krwi, wytłaczając ją z żył do tętnic.

Wobec więc niezupełnie zgodnych, a czasami nawet wręcz sprzecznych poglądów autorów na wpływ miesienia brzucha, jego wskazania i przeciwwskazania u chorych na serce, chętnie przyjąłem propozycyę Szanownego Profesora K. Wagnera, aby przekonać się osobiście na materyale klinicznym, czy można bez obawy stosować miesienie brzucha u chorych na serce, czy też nie, a jeżeli można, to u jakich chorych, i jak to na nich wpływa.

Miesienie brzucha wykonywałem w godzinę lub dwie po śniadaniu. Chory leżał na łóżku z trochę wzniesioną głową i wyciągniętemi nogami. Zaczynałem miesienie od mięśni prostych brzucha, które miesiłem w ciągu 2—3 minut, następnie przechodziłem do miesienia okolicy żołądka (2—3 minuty), dalej do miesienia okolicy jelit cienkich, którą ugniatałem przez 4 minuty, potem miesiłem okolicę jelit grubych w ciągu 5 minut, a nakoniec mięśnie skośne i poprzeczne brzucha w ciągu 1—2 minut. Razem miesienie trwało około 15 minut. Miesienie stosowałem dość głębokie; stukania i klepania nie stosowałem. Przed i po miesieniu liczyłem zawsze oddech, tętno, mierzyłem ciśnienie w tętnicy ramiennej przyrządem Riva-Rocciego, zdejmowałem tętnopisem Jaqueta krzywe tętna i określałem opukiwaniem rozmiary stłumienia serca. W okresie miesienia i w okresie, kiedy miesienia nie stosowano, mierzono dobową ilość moczu. Ogółem zebrałem 153 spostrzeżeń u 22 chorych (6 kobiet i 16 mężczyzn), które rozdzieliłem na grupy według rodzaju choroby.

Aby czytelników dokładniej objaśnić, w jakich przypadkach prowadziłem badania, przytaczam krótkie historye choroby każdego przypadku.

Grupa I. Wady zastawki dwudzielnej i odpowiedniego ujścia.

1. Zwężenie lewego ujścia żylnego. S. G., lat 19, izraelitka, uskarża się na bicie serca i duszność, zwłaszcza po chodzeniu. Choroba zaczęła się tak znacznem ogólnem osłabieniem, że chora musiała położyć się do łóżka. Trwało to 2 miesiące. Po powstaniu z łóżka już ciągle doznawała bicia serca i duszności. Przed rokiem zjawiły się na nogach obrzęki, które to znikały, to zjawiały się na nowo. Krwioplucia i krwawienia z nosa nie bywa. Rodzice według słów chorej zmarli na raka. Bracia i siostry żyją i są zdrowi. Chorą przyjęto do kliniki 17/X, 1906 r.

Układ kostny i mięśniowy zboczeń nie przedstawia. Na policzkach sinica. Na skórze i widzialnych błonach śluzowych także odcień sinawy. Podściółka tłuszczowa mierna; nieznaczne obrzęki stóp i goleni. Granice płuc prawidłowe, ruchome; przy opukiwaniu odgłos jawny, oddech pęcherzykowy. Lewa połowa klatki piersiowej z przodu, odpowiednio do położenia serca, trochę wystaje, tworząc tak zwany garb sercowy. Prawa granica małego stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna w 3. międzyżebrzu, lewa — na $2^1/_2$ palca nazewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 5. międzyżebrzu na $2^1/_2$ palce na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane. Przy osłuchiwaniu nad końcem serca pierwszy ton wzmocniony i znaczny szmer poskurczowy; drugi ton nad tętnicą płucną znacznie wzmocniony; nad tętnicą główną ani wzmocnienia drugiego tonu, ani szmeru niema. Tętno 60, pełne, miękkie. Wątroba i śledziona nie dają się wymacać. Język czysty, dziąsła nieco rozpulchnione. Żołądek i jelita zboczeń nie przedstawiają. Dobowa ilość moczu 1100 ctm. sz., c. g. 1.012, odczyn kwaśny, białka i cukru niema; w osadzie niewielka ilość soli moczowych, zresztą niema nic nieprawidłowego. Chorej zalecono spokój, dyetę mleczną i nalewkę konwalii po 15 kropel 3 razy dnia.

Od 17/IX do 17/XI obrzęki znikły, lecz napady bicia serca i duszności zjawiały się przy każdym silniejszym ruchu lub przy chodzeniu (chorej przejść przez pokój trudno), wskutek czego chora ciągle leżała. 18/XI prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna w 4. międzyżebrzu, lewa — na linii sutkowej. Przy osłuchiwaniu tesame objawy, co i poprzednio. W 3. międzyżebrzu na palec na lewo od brzegu mostka trzeszczenie niedodmowe. Nalewkę konwalii usunięto i zalecono miesienie brzucha. Miesienie brzucha stosowano 10 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 1): Granice stłumienia serca przed i po miesieniu bez zmiany. Po 10 dniach miesienia prawa granica stłumienia serca przesunęła się od prawej linii

Tablica Nr. 1

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
18/XI	1500	18	78	130	18	88	135	
19	1300	20	80	130	20	80	135	
20	1300	20	76	125	20	76	125	
21	1200	20	84	130	20	90	125	
28/XI	1300	20	80	150	20	80	125	Od 22/XI do 27/XI miesiączka
29	1300	20	80	125	20	80	130	
30	1200	20	72	135	20	70	135	
1/XII	1300	20	72	130	20	80	130	
2	1200	22	70	130	22	84	130	
3	1300	20	72	135	20	72	135	

przymostkowej do prawej mostkowej. Tętno po miesieniu było częstsze 5 razy, bez zmiany 5 razy. Największe przyspieszenie było o 12 uderzeń na minutę. Oddech nie ulegał zmianie. Ciśnienie krwi było wyższe 3 razy, niższe 2 razy, pozostało bez zmiany 5 razy. Na krzywych tętna widoczna była na ogół po miesieniu skłonność do wahań wtórnych, chwilami przytem mniej wyraźnych, do powstawania bliżej ku odciętej (abscysie), co przemawiało za pewnem zmniejszeniem napięcia naczyń. Chora po miesieniu czuła się z każdym dniem coraz lepiej; napady bicia serca ustąpiły zupełnie i chora może trochę przechadzać się.

2. Zwężenie lewego ujścia żylnego. R. G. lat 11, izraelitka, uskarża się od 2 lat na ból głowy, który trwa po kilka miesięcy. W tym roku już od sierpnia ból ten trwa bez przerwy. Przed 6 laty przebyła chora płonicę bez powikłań. Duszności, bicia serca nie doświadcza. Wstąpiła do kliniki 10/XI 1906 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte dobrze. Skóra i widzialne błony śluzowe blade, nieco sinawe. Podściółka tłuszczowa dostateczna, obrzęków niema; odruchy ścięgniste nie wzmożone. Granice płuc prawidłowe, brzegi ruchome, przy opukiwaniu odgłos jawny; oddech pęcherzykowy. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 4. żebrze, lewa na linii sutkowej. Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu, na linii sutkowej, mało wyraźne. Nad końcem obydwa tony dość dźwięczne i szmer poskurczowy, nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony i rozdwojony, nad tętnicą główną nieznaczne wzmocnienie drugiego tonu. Tętno 96, miernie pełne. W żyłach szyjnych silne buczenie. Wątroba nie macalna. Śledziona macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, średniej zbitości, brzeg zaostrzony. Opadnięcie lewej nerki II stopnia. Dobowa ilość moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.009, odczyn kwaśny, ślady białka, cukru niema; w osadzie niewielka ilość szczawianu wapniowego, zresztą niema nic nieprawidłowego.

Od 10/XI do 17/XI granice stłumienia serca bez zmiany. Rozdwojenia drugiego tonu nad tętnicą płucną nie słychać. Miesienie brzucha stosowano u tej chorej 10 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 2): Granice stłumienia

Tablica Nr. 2.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
18/XI	1300	22	76	125	22	70	125	
19	1500	20	80	115	20	80	120	
20	1400	20	84	120	20	84	120	
21	1700	20	88	110	22	80	110	
22	1000	20	84	115	20	96	115	
23	1000	22	78	120	28	84	120	
24	1600	28	90	125	24	96	120	
25	1500	30	92	120	30	96	115	
26	500	20	90	120	24	88	120	
27	1600	24	90	125	24	90	125	

serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Tętno po miesieniu było częstsze 4 razy, wolniejsze 2 razy, bez zmiany 4 razy. Największe przyspieszenie było do 12 uderzeń w 1 minucie. Oddech był częstszy 2 razy, wolniejszy 3 razy, a bez zmiany 5 razy. Ciśnienie krwi było większe 1 raz, niższe 2 razy, a pozostało bez zmiany 7 razy. Krzywe tętna naogół po miesieniu bez zmiany. Chora czuje się jednakowo: ból głowy jak poprzednio. W moczu ślady białka w tej ilości, co i przed miesieniem; w osadzie niema nic nieprawidłowego.

3. Niedomykalność zastawki dwudzielnej. Zimnica. G. N., lat 22, prawosławny. Przed 10 dniami dostał wstrząsającego dreszczu z następnem pałaniem gorączkowem i obfitym potem. Podobne napady powtarzały się co drugi dzień. Oprócz tego chory uskarża się na ogólne niedomaganie, bole w piersiach, co spostrzega już od $1^1/_2$ roku. Dawniej był zupełnie zdrów. Wyskoku nie nadużywa. Kiły miał nie przebywać. Przyjęty do kliniki 2/IV 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięty dobrze. Skóra i widzialne błony śluzowe różowe z niewielkim odcieniem sinawym. Podściółka tłuszczowa mierna. Gruczoły chłonne nie powiększone. Odruchy skórne i ścięgniste wzmożone. W płucach zmian niema. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 4. żebrze, lewa na linii sutkowej. Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu, rozlane, mało wyraźne. Nad końcem serca pierwszy ton osłabiony i nieco przygłuszony, szmer poskurczowy. Nad tętnicą płucną chwilami słychać rozdwojenie drugiego tonu. Gdy chory stoi, rozdwojenia tego nie słychać, również i szmer nad końcem występuje tylko po forsownych ruchach. Tętno 80 w 1 minucie, regularne, pełne. Wątroba niemacalna. Śledziona macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego. Dobowa ilość moczu 1400 ctm. sz., c. g. 1.012, odczyn kwaśny, białka i cukru niema; w osadzie niema nic nieprawidłowego. We krwi pasorzyty zimnicy. Podano chininę 2 razy dnia po 0.5.

Od 14/IV ciepłota prawidłowa. Podawać chininę przestano. Zalecono miesienie brzucha. Miesienie brzucha stosowano 7 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 3): Granice stłumienia

Tablica Nr. 3.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
14/IX	1300	20	96	140	20	84	145	
15	1500	16	66	135	16	66	135	
16	1500	16	64	125	16	64	150	
17	1400	18	64	130	18	64	135	
18	1400	20	64	135	20	64	135	
19	1300	22	64	145	22	68	150	
20	1400	20	72	140	10	72	140	

serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmian. Tętno po miesieniu było częstsze 1 raz, wolniejsze 1 raz, a bez zmiany 5 razy. Zmniejszenie się ilości uderzeń tętna o 12 w 1 minucie. Oddech bez zmiany. Ciśnienie krwi podniosło się 4 razy, pozostało bez zmiany 3 razy. Największe podniesienie było do 25 mm. Hg. Krzywe tętna wskazywały naogół po miesieniu jakby pewne zmniejszenie się napięcia ścian naczyń. Samopoczucie bez zmiany. (C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Laryngologia i otyatrya.

Schwartze. **Trzy odczyty z zakresu nauki o chorobach usznych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 21). Odczyty te stanowią treść kursu uzupełniającego dla lekarzy, który miał S. w Halle. Przedewszystkiem poddaje S. krytyce nowsze sposoby leczenia. Co do stosowania zastoiny przy ostrem ropnem zapaleniu ucha środkowego, to S. wyraża zdanie, że to leczenie można stosować jedynie w szpitalu, gdzie się jest każdej chwili przygotowanym do operacyi. S. spostrzegał nieraz nagłe pogorszenia przy stosowaniu zastoiny. Złagodzenie bolów często łudzi, bo przytem nieraz w głębi sprawa posuwa się dalej. Miesienie ucha również nie może być szablonowo stosowanem. Głaskanie okolicy ucha wpływa czasem korzystnie na wessanie wy-

sięku z jamy bębenkowej, działa często korzystnie na szmery i t. p. Miesienie z uciskiem od strony przewodu usznego stosuje się przy przewlekłym suchym nieżycie ucha. Wykonywać je można łatwo zapomocą zatykania przewodu palcem (2—3 razy dziennie po 100 razy na minutę); zabieg ten wykonywać może sam chory. Wielki rozgłos zyskał sobie »masseur du tympan« Delstanchea. Przyrząd ten szczelnie przylegający do przewodu, miesi błonę bębenkową przez zgęszczanie i rozrzedzanie powietrza. Przy zaniku błony bębenkowej może przy takiem miesieniu nastąpić pęknięcie, dlatego też S. obawia się dawać chorym ten przyrząd do ręki, choć wogóle chorzy przyrząd ten chwalą twierdząc, że po każdem miesieniu odczuwają wybitną poprawę. Wiele działa tu jednak sugestya. Nagłe przekrwienie ucha przy takiem miesieniu wywołuje czasem zawroty, wymioty i omdlenia. Miesienie zgłębnikiem elastycznym Lucaego może być stosowane ze skutkiem jedynie przez doświadczonego lekarza. Jest ono jednak zwłaszcza z początku bolesne, i S. nie widział nadzwyczajnych przy tym sposobie leczenia wyników. Leczenie operacyjne (wycięcie strzemionka i t. p.) stosować może jedynie wyrobiony operator. Operacye te nie są pozbawione niebezpieczeństwa.

Przewlekłe suche nieżyty ucha mogą mieć tło bardzo różne i nieraz też odpowiednie leczenie wewnętrzne (jod, fosfor, kąpiele solne, Karlsbad i t. p.) wpływa korzystnie na takie nieżyty ucha. S. przestrzega przed leczeniem zimną wodą i kąpielami morskiemi, albowiem zawsze pogarszają one objawy uszne, zwłaszcza szumy, zawroty i głuchotę. Natomiast korzystnie działają letnie kąpiele słone i pobyt w górach nad 500 metrów. W sprawach przewlekłych, polegających nie na zmianach pierwotnych kości, lecz na sprawach zrostowo-zapalnych, niezłe wyniki oddaje czasem leczenie wstrzykiwaniami fibrolizyny.

Przy ostrem zapaleniu pozostał S. wierny pijawkom, pomimo tego, że młodsi twierdzą, iż »stawianie pijawek« jest zabiegiem zupełnie »nie chirurgicznym«. S. widział tak często znakomite wyniki po pijawkach, że stosuje je z zaufaniem nadal. W razie obrzęku i bolesności wyrostka sutkowego nie należy już oczywiście stosować pijawek. Nacięcie błony bębenkowej było i będzie nadal jednym z najważniejszych środków leczniczych celem wczesnego usunięcia ropy, mimo zwalczania tego zabiegu (między innymi przez Piffla). S. jest także za wczesnem stosowaniem cewnika; nie szkodzi ono, jeżeli ten zabieg wykonuje ręka wprawna. Przy przewlekłych nieżytach osiągnąć można także niezłe wyniki przy stosowaniu środków w postaci par przez trąbki. Leczenie to wymaga wprawdzie dość dużej straty czasu, nie jest jednak wcale trudne, o ile ktoś ma wprawę w cewnikowaniu. *K.*

Schwartze. **Trzy odczyty z dziedziny nauki o chorobach usznych** (Odczyt III). (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 23). Mało w której gałęzi chorób popełnia się tyle błędów, co w chorobach usznych, a przyczyny szukać należy w tem, że na uniwersytetach za mały nacisk kładzie się na wykształcenie w otyatryi. Błędy te są następujące: Bardzo często wogóle nie rozpoznaje się cierpienia usznego i nie bada się ucha, uważając dane objawy za zupełnie coś innego; n. p. zawroty głowy, nudności, niemożność stania, drżenie gałek odnosi się do cierpienia mózgu, zamiast do schorzenia błędnika. Podobnie ropnica pochodzenia usznego uchodzi często za ropnicę »z nieznanego źródła«, lub za inne cierpienie, jak dur i t. p. Jeszcze może częściej zdarza się odwrotnie, t. j. rozpoznaje się i leczy nieistniejące wcale cierpienie ucha z powodu n. p. rozpromieniających się bolów przy próchnieniu zębów, zapaleniu gardła, jamy nosowej, gośćcu, dalej przy szumach usznych z powodu błednicy i niedokrwistości i t. p. Nieraz też popełnia się błędy rozpoznawcze przez nieumiejętne badanie. Wypuklającą się lub wypadłą i obrzmiałą błonę bębenkową uważa się mylnie za polipa i t. p. Także co do leczenia cierpień usznych popełnia się liczne błędy przez szablonowe stosowanie leczenia. Tak n. p. takiem »z zasady« stosowanem leczeniem jest wypłukiwanie ucha. Niektórzy lekarze sądzą, że przed każdem badaniem należy ucho wypłukać. Jest to zapatrywanie błędne. Po pierwsze bowiem zaciera się przez to nieraz charakterystyczny obraz, a powtóre nie należy zapominać, że i zwykłe wystrzykiwanie może nieraz choremu bardzo zaszkodzić. Najpierw należy zawsze ucho dokładnie zbadać! Taksamo nieraz bardzo szkodliwie działać może zadmuchiwanie proszków leczniczych do ucha przy ropieniu ucha środkowego. Przy małych i wysoko położonych przedziurawieniach błony bębenkowej, nieraz proszek zatyka otworek przedziurawienia i wywołuje zatrzymanie się ropy. Zwłaszcza nie powinno się chorym dawać rozpylacza z proszkiem do ręki. Jeszcze więcej błędów popełnia się przy ciałach obcych w przewodzie usznym. Zasadą lekarza powinno być usuwać ciała obce jedynie zapomocą wystrzykiwania po przekonaniu się, że rzeczywiście to ciało obce w uchu się znajduje, bo na opowiadaniu chorych nigdy polegać nie można. Gdy ciało obce przy wystrzykiwaniu nie odejdzie, to najlepiej, nie będąc pewnym siebie, odesłać chorego zaraz do specyalisty, bo nieumiejętne próby wydobycia wpychają zwykle ciało obce jeszcze głębiej. Przy świeżych zranieniach w uchu nie należy nigdy wystrzykiwać. Taksamo nie należy przestrzykiwać przy krwotokach z ucha przy pęknięciach czaszki. Tutaj stosuje się jedynie opatrunek jałowy i leżenie w łóżku. Często także szkodzi się chorym przez nieumiejętne wdmuchiwania powietrza do nosa. Również nieraz już zaszkodzono uchu przez nieumiejętne, a nieraz zupełnie niepotrzebne zabiegi w nosie. Choroby ucha są równie ważne, jak choroby innych narządów, i leczyć je powinien tylko dokładnie z otyatryą obeznany lekarz. *K.*

Ziłowitsch (Petersburg). **O leczeniu sklerozy usznej prądem przerywanym.** (*Monatschr. f. Ohrenh.* 1908, str. 597). Autor upatruje przyczynę i istotę sklerozy usznej w schorzeniu mięśni wewnętrznych ucha; osłabienie czynności i zanik tych mięśni ma być powodem szumów i przytępienia słuchu. W celu leczniczym zaleca autor prąd przerywany i w wzmocnieniu czynności mięśni wewnętrznych ucha upatruje w swych przypadkach przyczynę ustąpienia, względnie zmniejszenia się szumu i poprawy słuchu. Przy elektryzowaniu, jedną elektrodę zakłada się do wejścia do trąbki usznej, naciskając jej końcem na górną ścianę trąbki, drugą elektrodę przyłożyć najlepiej w kącie między dolną szczęką, a wyrostkiem sutkowym. Natężenie prądu zależy od usposobienia danego chorego, w każdym razie powinno się stosować prąd najsilniejszy, jaki tylko chory znieść może. Czas trwania posiedzenia wynosić ma 3—5 minut, i zabieg ten nie rzadziej należy stosować, niż co drugi dzień. *A. R.*

Bayer. **Dwa szczególne przypadki aspiracyi ciał obcych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 22). W jednym z tych przypadków u 9-letniego chłopca znaleziono na sekcyi jako przyczynę ropnego zapalenia płuc i opłucnej zatkanie prawego oskrzela aspirowanym (we śnie) zębem mlecznym, a w drugim podobnym przyczyną zatkania oskrzela i zapalenia płuc był martwak kiłowy podniebienia, który również zdaje się we śnie dostał się też do prawego oskrzela. Przypadki aspiracyi własnych stałych części ustroju nie są częste. Cząstki takie dostawać się mogą do oskrzeli niepostrzeżenie i przebywać tam nawet nieraz bardzo długo, nim zostaną wydalone lub wywołają powikłania. Zwykle jednak powikłania płucne występują w 2—3 dni po aspiracyi. *A.*

Okulistyka.

Ch. Lafon. **Etyologia gradówki.** (*Arch. d'Opht.* 1908, T. XXVIII., Nr 11 i 12). Autorowi udało się wykazać w świeżo powstałych gradówkach wągry (*comedones*), barwiące się sposobem Unny i zupełnie podobne do tych, jakie wedle badań Unny i Sabourauda wywołują trądzik. Te zatem wedle spostrzeżeń autora gradówki w największej części przypadków pojawiają się u osób, które mają, albo przynajmniej w dawniejszych latach miały trądzik skóry. Ważną rolę odgrywają także ogólny stan zdrowia, usposabiający zarówno do gradówek, jak i do trądzika. Napozór wydaje się, że zdrowie takich osób jest czerstwe i kwitnące, uważne jednak badanie pozwoli wyróżnić u nich pewne usposobienie o szczególnych własnościach. Oprócz krostek trądzika na czole, nosie, na karku, między łopatkami, zauważyć się dają i inne objawy: są to przedewszystkiem chorzy, dotknięci łojotokiem skóry, która na głowie łuszczy się obficie i wywołuje wypadanie włosów i przedwczesną łysinę. Często spotyka się wyprysk łojotokowy, zwłaszcza na mostku, zdarzają się również opryszczki (*herpes febrilis*), łuszczyca i t. p. Często istnieją pewne zaburzenia i w trawieniu. Apetyt bywa dobry, są to chorzy, którzy mają zwyczaj jeść dużo i prędko, t. j. połykać pokarmy niedostatecznie zżute (*tachyphagia*). Po jedzeniu dostają wzdęcia, senności i ospałości. Sen miewają niespokojny, płytki, nie mogąc sypiać na lewym boku. Często cierpią na nawykowe zaparcie stolca. Mają skłonność do otyłości. Autor na szeregu spostrzeżeń usiłuje wykazać, że u osób tego typu gradówki występują częściej, niż u innych, i radzi drogą odpowiednich wskazówek higienicznych zwalczać usposobienie łojotokowe, oraz usuwać wyżej wspomniane nieprawidłowości trawienia.

K. W. Majewski.

Meissonier. **Brodawczak rogówki.** (*Arch. d'Opht.* 1908, T. XXVIII., Nr 11 i 12). Autor usunął operacyjnie u 60-letniego rolnika guzek, wyrastający z rogówki, który przy badaniu mikroskopowem okazał się brodawczakiem. Pochodzenie rogówkowe tego guzka, którego brzeg obwodowy oddalony był przeszło o milimetr od granicy rogówkowo-twardówkowej, nie ulegało żadnej wątpliwości, w przeciwieństwie do tych przypadków, w których nowotwór wyrastał z samego rąbka spojówkowego i pozostawał w łączności częścią z rogówką, a częścią ze spojówką gałki. Przypadków podobnych opisano dotąd niewiele, a z tych każdy prawie okazywał pewne odrębności histologiczne, ale mimo różnic histologicznych kliniczne znamiona tego nowotworu są prawie zawsze te same: guzek barwy szaro-różowej lub brudno-szarawej, o budowie zrazistej, a powierzchni nierównej, dość miękki, całą podstawą do rogówki przylegający, niebolesny, przyrody łagodnej, dający się usunąć przez odcięcie z zachowaniem gałki ocznej, ale często tworzący nawroty. *K. W. Majewski.*

H. Gifford. **Dwa przypadki pierścieniowatego zaćmienia soczewki.** (*Ophthalmology* 1909, Vol. 5, Nr 2). Vossius opisał 6 przypadków pierścieniowatego zaćmienia soczewki w następstwie tępego urazu. Zaćmienie to niezawsze jest widzialne w oświetleniu ogniskowem, natomiast stale i wybitnie widać je w świetle przepuszczonem. Wielkość pierścienia, złożonego z drobniutkich punkcików szarych lub brunatnych, odpowiada obwodowi źrenicy tak, że blizkiem jest przypuszczenie, iż są to grudki barwika tęczówkowego, startego z *pars iridica retinae* wskutek przytłoczenia rogówki do tęczówki i soczewki. Autor opisuje dwa podobne przypadki, różniące się tem jednak, że przy użyciu znaczniejszego powiększenia widać było bardzo drobne złogi w postaci delikatnego pyłku, obejmujące całą przestrzeń w obrębie pierścienia, a również i na zewnątrz od jego obwodu. Nadto w jednym z przypadków uraz nie był tępy, lecz chodziło o ranę przeszywającą na granicy rogówkowo-twardówkowej. *K. W. Majewski.*

Terrien. **Zaćma wskutek działania prądu elektrycznego.** (*Arch. d'Opht.* 1908, T. XXVIII., Nr 11 i 12). Mechanik paryskiej kolei podziemnej dotknął nieostrożnie metalowego pręta, przez który przepływał prąd o sile 550 wolt. Stracił przytomność i doznał poparzeń III. stopnia na czole i na obu skroniach. Gdy obrzęk powiek ustąpił, bądanie gałek ocznych i dna oczu nie wykazało żadnych zmian. Dopiero we dwa miesiące po przypadku zgłosił się chory powtórnie z powodu osłabienia wzroku na oku prawem. Badanie wykazało punkcikowate zaćmienie w przedniej korze soczewki, najwybitniejsze w okolicy równikowej. Zaćma z biegiem czasu postępowała i w chwili ogłoszenia artykułu soczewka była już prawie zupełnie zaćmiona. Operacyi autor dotąd nie wykonał. Co do patogenezy tego rodzaju zaćm, to autor nie przypuszcza, żeby powstawały one wskutek skrzepnięcia białka w komórkach i włóknach soczewkowych pod torebką, jak to wynika z doświadczeń Chiribuschiego, tam bowiem zaćmienie soczewki występowało prawie bezpośrednio po uderzeniu prądu. Jedynie prawdopodobnem zdaje się być działanie mechaniczne i elektrolityczne prądu, bądźto wprost na tkankę soczewkową, bądź też na ciało rzęskowe. Zmienione w ten sposób warunki odżywienia wywołują z czasem powstanie zaćmy. *K. W. Majewski.*

Villard. **O samorodnych pęknięciach gałki ocznej w przebiegu jaskry.** (*Arch. d'Opht.* 1906, T. XXVIII., Nr 11 i 12). Ze względu na wielką rzadkość tego powikłania jaskry ogłasza Villard trzy własne spostrzeżenia, pochodzące jeszcze z lat 1894, 1897 i 1898. W dwóch pierwszych jaskra znajdowała się już w okresie zupełnego oślepnięcia i przyszło do powstania wrzodu rogówki (*ulcus atheromatosum corneae*). Pęknięcie tego wrzodu wywołało silny krwotok naczyniówkowy z zupełnem wynicowaniem błon wewnętrznych oka, oraz wyrzuceniem ciała szklistego i soczewki. W trzecim przypadku wrzód rogówkowy był zmianą pierwotną, do której przyłączyły się objawy jaskry, a po pęknięciu wrzodu powstał również krwotok. Jak widzimy, u wszystkich trzech chorych czynnikiem usposabiającym do samorodnego pęknięcia było zwiotczenie i nadwątlenie rogówki wskutek złego odżywienia, względnie wskutek sprawy ropnej. *K. W. Majewski.*

Adamantiades. **Przypadek jednostronnego widzenia połowiczego w następstwie urazu.** (*Arch. d'Opht.* 1908, T. XXVIII. Nr 11 i 12). Autor spostrzegał u 34-letniego mężczyzny w następstwie upadku i stłuczenia tyłogłowia, zwężenie obustronne pola widzenia, przedstawiające typ połowiczego niedowidzenia prawostronnego o tyle niezupełnego, że część pola widzenia utracona, była na obu oczach częściowo zachowana, a część zachowana okazywała, zwłaszcza w oku lewem, dość znaczne zwężenie współśrodkowe. Chory przedstawiał nadto objaw Barda, t. j. miał poczucie światła w utraconych połowach pól widzenia. Połowiczego oddziaływania źrenic (objawu Wernickego) nie można było wykazać. Bystrość wzroku prawego oka prawidłowa, lewego oka obniżona do $^{1}/_{10}$. Badanie wziernikiem wykazywało w lewem oku wyraźne zblednięcie tarczy, czem autor tłómaczy i niedowidzenie tego oka i współśrodkowe zwężenie granic pola widzenia. Z innych objawów zauważono obniżenie słuchu po stronie lewej i nieznaczne utrudnienie mowy. *K. W. Majewski.*

Nuel. **Obrzęk pęcherzykowaty plamki żółtej.** (*Arch. d'Opht.* 1908, T. XXVIII., Nr 11 i 12). Jest to zmiana, przedstawiająca się przy badaniu wziernikowem jako grupa licznych, białych lub białawych drobnych ognisk, rozsianych mniej lub więcej gęsto w plamie żółtej lub w jej otoczeniu. Badanie histologiczne oka, wyjętego z powodu zranienia, a okazującego wyżej opisany obraz, wykryło obecność licznych jamistych przestworów w warstwie Henlego, wypełnionych cieczą. Zmianę tę uważa autor za obrzęk siatkówki, który w miarę dalszego nagromadzenia się płynu przez zanik ścianek i przegródek z pęcherzykowatego stać się może rozlanym. Zmiana ta występuje nietylko w przypadkach urazowych. Częściej występuje ona samorodnie u osób starszych z miażdżycą tętnic i z zaburzeniami w krążeniu, u których bywa często białko w moczu i które miewają stały, lub przemijający obrzęk nóg i okolicy kostek. Zmiana w siatkówkach rozwija się bardzo powoli, w ciągu szeregu lat. Wzrok bywa tylko miernie upośledzony, bo ani warstwa pręcików i czopków, ani naczyniówka nie bywa zajęta, za czem przemawia zupełny brak złogów barwikowych. Po pewnym czasie sprawa zatrzymuje się, ale prawie nigdy się już nie cofa. Oprócz upośledzenia bystrości naośnej, spostrzegał autor w niektórych przypadkach achromatopsyę i łatwą do zrozumienia metamorfopsyę. *K. W. Majewski.*

G. Robinson. **Trepanacya wobec tarczy zastoinowej.** (*Ophthalmology* 1909, vol. 5, Nr 2). Autor zastanawia się nad mechanizmem powstania tarczy zastoinowej, oraz nad stanowiskiem, jakie zająć powinien chirurg wobec grożącej utraty wzroku. Nie ulega wątpliwości, że w przeważnej części przypadków na pierwszy plan wysuwa się kwestya życia, ponieważ jednak zachodzą przypadki zupełnego lub względnego wyzdrowienia (zapalenie opon, wodogłowie wewnętrzne), lub też wyleczenia po operacyjnem usunięciu nowotworu śródczaszkowego, przeto na wszelki wypadek trzeba się liczyć z przyszłością wzroku i z tego powodu uważać samą tarczę zastoinową, zwłaszcza jeśli jej towarzyszy szybki spadek bystrości wzroku, za naglące wskazanie do otwarcia jamy czaszki w celu usunięcia wzmożonego ucisku śródczaszkowego. W tych przypadkach, gdzie z powodu braku dokładnej lokalizacyi, nie można operować doszczętnie, należy zgodnie z zapatrywaniem Horsleya nie zwlekać z trepanacyą, i nie ograniczać się do samej trepanacyi, lecz w każdym przypadku wykonać nacięcie opony twardej. *K. W. Majewski.*

Edward Jackson. **Objawy oczne i oczodołowe zakrzepu zatoki jamistej.** (*Ophthalmology* 1909, vol. 5, Nr 2). Objawy te omawia autor, poczynając od najważniejszych i najczęstszych i przechodząc do drugorzędnych i mniej rozstrzygających. W pierwszym rzędzie wymienia wysadzenie gałek, występujące nagle i wzmagające się w ciągu pierwszych kilku dni. Szczególnie znamienne jest równoczesne wysadzenie obu gałek ocznych. Równocześnie występuje znaczny obrzęk powiek, który szerzy się częstokroć na całą twarz. Na gałce ocznej widać objawy zastoju żylnego, a wziernikiem stwierdzamy rozdęcie i pokręcenie żył, zamglenie siatkówki i tarczę zastoinową. Ruchy gałki ocznej już po kilku dniach zostają zniesione wskutek porażenia wszystkich mięśni prostych. Równocześnie pojawia się obrzęk i przekrwienie spojówki powiek, obfita wydzielina, a szereg objawów ocznych zamyka częstokroć owrzodzenie i ropienie rogówki. *K. W. Majewski.*

Zimmermann. **Dalszy przyczynek do leczenia surowicą nieswoistą zakażeń ocznych.** (*Ophthalm. Klinik* 1908, Nr 21). Wiadomo, że tak zwane »paraspecyficzne« leczenie surowicze polega na stosowaniu pewnej, n. p. przeciwbłoniczej surowicy, bez względu na rodzaj zakażenia. Autor ogłasza 28 własnych przypadków różnego rodzaju zakażeń oka, jak *ulcus serpens*, *hypopyon*, *vulnera penetrantia infecta*, *iridocyclitis suppurativa post operationem cataractae*, a nawet *iritis luetica gummosa*, w których to przypadkach wstrzykiwał chorym

stale surowicę przeciwbłoniczą Rouxa, ograniczając leczenie miejscowe do koniecznego minimum. Z przypadków, w których częściowo odstąpił od tej zasady i gdzie prócz tego stosował inne zabiegi lub środki miejscowo lub ogólnie, przytacza te tylko, w których dopiero jednorazowe, lub dwurazowe wstrzyknięcie surowicy nadało chorobie wyraźny i stanowczy zwrot pomyślny. Tak n. p. choremu z *iritis gummosa* równocześnie wcierano rtęć, leczenie to jednak nie odnosiło żadnego skutku. Nagła poprawa wystąpiła dopiero po dwukrotnem wstrzyknięciu surowicy. Z 28 przypadków w czterech wynik był ujemny, w tem jeden przypadek zakażenia po operacyi zaćmy i trzy przypadki ciężkich wrzodów pełzających rogówki. We wszystkich innych skutki leczenia surowiczego były korzystne.

K. W. Majewski.

Rollet. **Oko, a postrzały rewolwerowe.** (*Revue gen. d'Ophthalm.* 1908, Nr 11 i 12, 1909, Nr 1). Autor zestawia sześć przypadków postrzałów rewolwerowych w skroń prawą, w tej liczbie pięć w zamiarze samobójczym, a jeden postrzał podczas krwawej sprzeczki. Co do postępowania leczniczego czyni autor następujące uwagi: Szerokie zranienie gałki ocznej z przebiciem jej ścian stanowi niewątpliwe wskazanie do wyłuszczenia gałki. Po wykonaniu wyłuszczenia należy w otwartym oczodole poszukać kuli. Silne stłuczenie gałki (bez rany bezpośredniej) wiedzie zwykle do stanów zapalnych i do bolesnego zaniku, i sprawa najczęściej kończy się również wyłuszczeniem gałki. Nie należy w każdym bez wyjątku przypadku kusić się o wyszukanie i wydobycie kuli. Zadanie to może być bardzo trudne i niewdzięczne, jeśli kula tkwi w wewnętrznej ścianie jednego z oczodołów, z powodu licznych przegródek i komórek kostnych. Zresztą doświadczenie poucza, że chorzy niejednokrotnie obecność kuli znoszą bardzo dobrze. W każdym przypadku, nawet w razie zaburzeń ze strony jednego tylko oka, należy sporządzić rentgenogramy obu oczodołów z przodu i z profilu.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 9. czerwca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 36.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Prof. Kader przedstawia: *a*) chorą l. 35, u której z powodu kamicy żółciowej dokonał **wycięcia pęcherzyka żółciowego i sączkowania przewodów** wątrobnych. Chora żółtaczki nie miała nigdy, a kamica objawiała się od szeregu miesięcy trwającymi stałymi bolami w okolicy pęcherzyka, potęgującymi się po jedzeniu. Przez powłoki brzuszne wyraźnie wyczuwać się dawał twardy i bolesny pęcherzyk żółciowy. Przy operacyi znaleziono pęcherzyk żółciowy tylko nieznacznie powiększony, szczelnie wypchany wielką ilością kamieni. Zrosty dokoła pęcherzyka nieznaczne i dostęp wzdłuż pęcherzyka do wielkich dróg żółciowych niezbyt utrudniony. Po oddzieleniu pęcherzyka od wątroby obcięto zgrubiały przewód pęcherzykowy tuż przy przewodzie żółciowym wspólnym i z otrzymanego w ten sposób otworu częścią przez wycinanie, częścią zapomocą łyżeczki usunięto jeszcze znaczną ilość piasku i kilka kamieni z przewodu wspólnego i z jego uchyłka, położonego za dwunastnicą tuż przy brodawce Vatera, jak i z obu przewodów wątrobnych. Do szczególności przypadku należy właśnie ten nizki podział przewodu wątrobowego na dwa, tak, iż w miejscu połączenia przewodów pęcherzykowego, wątrobowego i wspólnego stwierdzono nie 3, jak zwykle, ale 4 kanały — 2 wątrobowe. Wskutek tego sączkowania przewodów wątrobowych dokonano zapomocą 2 sączków gumowych, każdy osobno. Ranę brzuszną częściowo zaszyto, częściowo tamponowano. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. Cała żółć dotychczas odpływa przez sączki, a stolce są odbarwione. Od operacyi upłynęło już 18 dni.

b) Chorą l. 44, po **nefrektomii z powodu gruźlicy nerki prawej**. Chora została przysłana przez Prof. Rosnera, do którego zgłosiła się ze skargami ginekologicznemi. Podejrzenie co do gruźlicy nerki powziął Prof. R., na podstawie wyczuwanego przez pochwę zgrubienia w przypęcherzowej części moczowodu. Badanie w klinice chirurgicznej potwierdziło to rozpoznanie. U tej chorej, jak zwykle, na pierwszy plan występowały objawy pęcherzowe. W koło moczowodu nerki chorej nieznaczny obrzęk błony śluzowej; owrzodzeń przy cystoskopii nie znaleziono. Natomiast były w moczu, otrzymanym z nerki chorej, prątki gruźlicze i opóźnienie o kwadrans wystąpienia cukru przy próbie florydzynowej. Nerkę usunięto z cięcia skośnego, przedłużonego w dół tak daleko, by można było wyciąć cały moczowód aż do pęcherza z wpukleniem do pęcherza kikuta moczowodowego. Rana obecnie zagojona doraźnie, stan chorej znacznie się poprawił, chora chodzi.

c) **Wyrostek robaczkowy, operowany w okresie międzynapadowym** u młodego 22-letniego człowieka, który przeszedł kilka tygodni temu podostre zapalenie wyrostka i został uznany przez internistów za zupełnie zdrowego. Objawy zarówno podmiotowe jak i przedmiotowe były bardzo nieznaczne, a przy zabiegu znaleziono wyrostek prawie 15-centymetrowy wypełniony ropą z jednem miejscem o tak ścieńczałej i blizkiej przerwania się ścianie, że najlżejszy uraz lub silniejsze zadziałanie tłoczni brzusznej mogło w każdej chwili wywołać niespodziewaną katastrofę pęknięcia. Prof. Kader zaznacza ponownie swoje stanowisko w sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego: należy operować każdy przypadek. Przytacza przykłady z ostatnich dni. 2 tygodnie temu operował asystenta swego Dra N., który o $2^1/_2$ popołudniu jeszcze asystował przy operacyi, a o $11^1/_2$ w nocy już był po operacyi wycięcia wyrostka. Na wyrostku naloty ropne, płyn ropiasty w małej miednicy, żywe nastrzykakanie wszystkich widocznych pętli jelitowych, sprawa chorobowa trwała niespełna 8 godzin. Nazajutrz Dr Radliński operował w klinice chłopca 13-letniego w 30 godzin po początku napadu. Wyrostek już był przedziurawiony i rozległe ropne zapalenie otrzewnej. Przebieg obu przypadków pomyślny.

d) Chorego lat 55, przysłanego przez Prof. Pieniążka, u którego dokonał **wycięcia krtani z powodu raka** przy łaskawej asyście Prof. Pieniążka. Przypadek technicznie o tyle trudny, że były duże przerzuty w gruczołach wzdłuż wielkich naczyń, oraz że chory poprzednio był operowany endolaryngealnie, wykonywano laryngofisurę i wreszcie tracheotomię z powodu grożącego zaduszenia. Wycięcie musiało być bardzo rozległe i kikut tchawicy cofał się po przecięciu o parę centymetrów poniżej mostka. Również wycięcie przedniej i bocznych ścian przełyku musiało być tak rozległe, że zaledwie wystarczyło śluzówki na obszycie cienkiego 5 mm sączka gumowego, wprowadzonego przez nos i przełyk do żołądka w celu odżywiania. Musiano usunąć oprócz tego część gruczołu tarczowego, nagłośni, kości gnykowej i tylne części języka. Przebieg pooperacyjny ciężki, bardzo kłopotliwy i wymagający dużych starań i czujności; przez długie trzymanie tamponów dokoła kikuta tchawicy (12 dni) uniknięto powstania zakażenia śródpiersia. Obecnie chory chodzi i czuje się dobrze. Jedynem powikłaniem jest obecnie puszczenie w paru miejscach szwów, obszywających dren w przełyku na przebiegu szyi. Zapewne przez operacye plastyczne trzeba będzie powstałe otwory pozamykać. K. ma dobre wyniki po wycięciach krtani. Paru operowanych przeżyło krytyczne dla nawrotów lata w zupełnem zdrowiu. Krtani sztucznej K. nie używa: chorzy mówią wcale wyraźnie zapasem powietrza z ust, a jeden z nich pełni obecnie, w 5 lat po zabiegu, obowiązki biurowego urzędnika kolejowego.

e) Dziewczynę 18-letnią, przywiezioną jako zupełną kalekę z powodu **porażeń kończyn dolnych** (*poliomyelitis*) rok temu do kliniki. Dokonano wtedy na jednej nodze **przeszczepienia ścięgien** (długi mięsień strzałkowy zdrowy na porażony m. piszczelowy tylny), na drugiej, gdzie nie było żadnej dającej się wyzyskać grupy mięśniowej, **artrodezy** w stawie skokowym górnym. Obecnie chora, w 5 dni po zdjęciu gipsowego opatrunku, wprawdzie o kiju, ale już o własnych siłach może chodzić. Z czasem będzie mogła chodzić zupełnie swobodnie. (Streszczenia własne).

W dyskusyi zabierają głos kol. Eisenberg, Prof. Kader; kol. Poźniak omawia jako przyczynek przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego.

2) Prym. Borzęcki przedstawia już raz demonstrowaną chorą, leczoną jodem, dotkniętą napozór toczniem, co do którego zachodziły wątpliwości. Rozpoznanie wahało się między kiłą, a gruźlicą. Pod leczeniem jodowem zmiany na skórze ustąpiły i dziś na pewno rozpoznać można **kiłę**.

3) Kol. Eisenberg przedstawia: *a*) **preparat gruźlicy rozpadowej płuc u morskiej świnki** z jamami rozpadowemi, przypominającemi obraz choroby ludzkiej. Świnka ta była szczepiona podskórnie plwociną chorej, cierpiącej od dłuższego czasu na gruźlicę rozpadową płuc. Plwocina zawierała ogromne ilości bakteryi gruźliczych (przy kilkakrotnem badaniu), mimo to dziś po 10 miesiącach stan ogólny chorej nie pogorszył się, raczej

poprawił. Świnka padła w 10 miesięcy po zaszczepieniu; czas bardzo długi, gdy się zważy ogromną ilość zaszczepionego materyału. W miejscu szczepienia owrzodzenie, a materyał z niego nie wykazał bakteryi. Gruczoły pachwinowe po obu stronach bardzo powiększone, zamienione prawie w całości w jamy, wypełnione rzadką ropą z bardzo nielicznemi bakteryami. Wątroba przedstawia obraz marskości gruźliczej, śledziona 5—6-krotnie powiększona z nielicznymi guzkami gruźliczymi. W obu płucach nacieki rozległe zserowaciałe z obszernemi jamami rozpadowemi. W treści tych jam, jak pokazuje wystawiony preparat drobnowidowy, ogromna ilość bakteryi, podobnie jak w plwocinie chorej, z której wzięto materyał do szczepień. Przypadek ten jest ciekawym przyczynkiem do poruszanego w ostatnich czasach zagadnienia, w jaki sposób powstaje gruźlica rozpadowa płuc u człowieka. Jak wiadomo, u morskiej świnki, zwierzęcia najwrażliwszego na zakażenie gruźlicze, wstrzyknięcie bakteryi gruźliczych nie wiedzie prawie nigdy do formy rozpadowej, odpowiadającej obrazowi »suchot płucnych« u człowieka. Wyjątkowo tylko przy zakażeniu bardzo małemi, ilościami udaje się wywołać zakażenie długotrwałe, wiodące do zmian rozpadowych z jamami. Natomiast wykazał Römer, że w pewnych warunkach stale można wywołać u świnek taką formę, a mianowicie przez powtórne zakażenie świnek, już gruźliczo zakażonych. Jeszcze w r. 1891 Koch odkrył, że jeśli takim świnkom zaszczepić podskórnie małą ilość bakteryi, to nie powstaje u nich miejscowe owrzodzenie i obrzęk przyległych gruczołów chłonnych, lecz guzek nieznaczny, powstający w miejscu szczepienia, znika po krótkim czasie, nie wiodąc do dalszych zmian. W przeciwieństwie do tej odporności wobec powtórnego zakażenia wykazał Bail w r. 1905, że jeśli takim świnkom wstrzyknąć naraz wielką ilość bakteryi (100 mgr.) do otrzewnej, to zwierzęta te giną w ciągu kilku do kilkunastu godzin wśród objawów nadwrażliwości. Otóż cały szereg nowszych autorów (Behring, Römer, Marmorek, Kretz) uważają gruźlicę płuc rozpadową u człowieka za wynik powtórnego zakażenia gruźliczego u osobników, które już w dzieciństwie przebyły pierwotne zakażenie i w następstwie tego są wobec zarazka częścią odporne, częścią zaś nadwrażliwe, w każdym razie objawiają wobec niego »innoczynność«, czyli zmienione oddziaływanie (allergię Pirqueta). Rzeczywiście u dzieci mimo, że w tym wieku zakażenie jest bez porównania zwykle cięższe i niepomyślne co do rokowania, zmiany gruźlicze są zwykle dość nieznaczne, a forma rozpadowa należy do rzadkości. Tak więc na gruncie dziewiczym co do gruźlicy przybiera zakażenie inną formę, niż u dorosłych, którzy, jak pokazują nowe badania anatomopatologiczne i kliniczne (patrz wykład mowcy), już w dzieciństwie ulegają zakażeniu. Tutaj zakażenie powtórne (czy to z zewnątrz, czy jako zakażenie własnorodne, »autoinfekcya», z utajonych ognisk), o ile wiedzie do form rozpadowych, przebiega zwykle bardzo przewlekle mimo wielkiej rozległości zmian i znacznej często ilości bakteryi, przedstawia zatem cechy pewnej odporności. Przypadki gwałtownie przebiegające (t. zw. »galopujące«) odpowiadałyby natomiast może śmierci nadwrażliwych świnek w doświadczeniach Baila.

Jak wytłómaczyć sobie powstanie zmian rozpadowych u naszej świnki? Odporność jest ilością stosunkową, wyrażającą stosunek jadowitości drobnoustrojów zakażających do środków ochronnych ustroju zakażonego. Przy równej wrażliwości będzie ona większa, przy małej ilości bakteryi zakażających lub przy małej ich jadowitości, przy równej jakości i ilości zarazków tem większa, im sprawniejszy będzie ustrój w walce z nimi. Nasza świnka, zakażona (po raz pierwszy) znaczną ilością bakteryi, żyła przez 10 miesięcy — mimo olbrzymiej ilości zarazków rozmnożonych w płucach. Należy więc — wobec mniej więcej jednolitej wrażliwości świnek na zakażenie gruźlicze — przyjąć w tym przypadku względnie małą jadowitość bakteryi, z czem zgadza się też względnie pomyślny przebieg choroby u chorej. Wynika stąd, że może i u człowieka zmiany rozpadowe przewlekłe mogą powstawać i przy zakażeniu pierwotnem, o ile mała jadowitość zarazka pozwala na rozwinięcie akcyi ochronnej, niewystarczającej do zupełnego wyleczenia sprawy, ale dość skutecznej, żeby sprawie nadać charakter przewlekły i względnie łagodny.

b) Dalej pokazuje E. dalsze **nowe metody barwienia bakteryi gruźliczych**: 1) barwienie fuksyną boraksową na gorąco, odbarwianie alkoholem kwaśnym (bakterye czarnoczerwone), 2) barwienie fuksyną karbolową na gorąco, kw. chromowy 5% kilka minut, alkohol kwaśny (bakterye jasno-czerwone, inne fioletowe), 3) barwienie fuksyną karbolowo-formalinową na gorąco, odbarwianie alkoholem kwaśnym (bakterye fioletowe, reszta jasno-czerwona), (zamiast formaldehydu można też użyć paraformaldehydu). Wreszcie z dawniejszych metod poleca E. odbarwianie zap. *liquor ferri sesquichlorati*, pozwalające uniknąć mocnego odbarwiania kwaśnym alkoholem (de Giacomi-Gottstein). (Streszczenie własne).

W dyskusyi Doc. Gliński zwraca uwagę, że przedstawione płuca świnki morskiej nie mają typowego wyglądu jam; następnie zabierają głos kol. Herm. Hirsch i kol. Eisenberg.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXI. Posiedzenie naukowe z dnia 11. czerwca 1909.

I. Kol. Prof. Rydygier przedstawia chorą, u której **wycięto szczękę górną z powodu kostniako-mięsaka** i podnosi zbyteczność podwiązywania tętnicy szyjnej i przecięcia tchawicy. Dyskusya: Kol. Prof. Ziembicki na podstawie własnego doświadczenia potwierdza to zdanie.

II. Kol. Rydygier (jun.) przedstawia chorą, u której **wycięto prawie cały żołądek z powodu raka.** W dyskusyi zauważa kol. Prof. Rencki na podstawie swych obserwacyi występowanie nawrotów raka, i to w krótkim czasie, nawet po tak doszczętnym zabiegu. W odpowiedzi podnosi kol. Prof. Rydygier łatwiejsze i szybsze występowanie nawrotów przy rakach pierwotnych niewielkich. Nadto przemawiali kol. Prof. Barącz i prelegent.

III. Kol. Prof. Rydygier zagaja posiedzenie **w sprawie nowotworów**, w krótkości kreśląc dzisiejszy stan usiłowań zwalczania raka w ogólności. U nas na razie ograniczono się do zbierania dat statystycznych.

IV. Kol. Nowicki wygłasza wykład: **Badania ostatniej doby nad nowotworami.** Przeszedłszy pokrótce dawniejsze teorye powstawania nowotworów, zatrzymuje się prelegent nieco dłużej nad teoryą pasorzytową. Następnie kreśli dawne badania z przeszczepianiem nowotworów ludzkich na ludzi i zwierzęta. Obecne badania rozpoczęto pod hasłem walki z rakiem, a polegają one głównie na przeszczepianiu nowotworów zwierzęcych zwierzętom. Prelegent mówi o sile wzrostu tych nowotworów, o zdolności przeszczepiania, o wzmacnianiu względnie osłabianiu ich jadowitości, o utkaniu nowotworów pierwotnych i uzyskanych z przeszczepiań, o zmianach w tem utkaniu (przejście raka w mięsaka i t. p.); wspomina o mieszaniu nowotworów i o znaczeniu wyników stąd otrzymanych dla zrozumienia powstawania nowotworów mieszanych u ludzi. Następnie mówi o odporności wobec nowotworów, o uodparnianiu czynnem i biernem przeciw nowotworom, w końcu o odporności atreptycznej Ehrlicha. Omawiając sposoby auto- i heterofermentacyjnego leczenia nowotworów złośliwych, które jest wynikiem badań nad biologią i chemizmem komórki nowotworowej, podnosi, że usiłowania racyonalnego leczenia nowotworów złośliwych dzięki właśnie tym badaniom przybrały dziś właściwy kierunek. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie dnia 30. marca 1909 r.

1) Stanisław Gębarski przedstawił chorego ze **zwężeniem przełyku po oparzeniu ługiem,** leczonego rozszerzaniem przełyku zgłębnikami kauczukowymi, oraz wstrzykiwaniami **fibrolizyny.** Chory wypił 50 grm stężonego ługu w październiku roku zeszłego, poczem ciężkie objawy zatrucia, wymioty krwawe. Zgłosił się do szpitala po upływie 3 tygodni od wypadku; wówczas z trudnością połykał płyny. Na gastrostomię nie zgodził się. Zgłębnik kauczukowy cienki (Nr 19) przechodził dość łatwo do żołądka, grubszy (Nr 22) zatrzymywał się na wysokości 36 ctm od zębów, najcieńsza oliwka — na wysokości 31 ctm. Pomimo stałych usiłowań rozszerzenia przełyku zgłębnikami stan chorego nie poprawiał się. W grudniu, po upływie trzech miesięcy od wypadku, nie zaprzestając regularnych sondowań przełyku, przystąpiono (w oddziale K. Chełchowskiego) do wstrzykiwań podskórnych fibrolizyny. Po 4 wstrzyknięciach (7. I.) zgłębnik Nr 22 przechodził na głębokość 40 ctm, chory łatwiej przełykał pokarmy płynne, jadł bułkę rozmoczoną. Po 17 wstrzyknięciach zgłębnik Nr 24 przechodził do żołądka, chory jada kaszkę i nawet mięso siekane. Po 20 nawet zgłębnik Nr 29 przechodzi do żołądka. Od trzech tygodni, po zaprzestaniu wstrzykiwań fibrolizyny, poprawa nie postępuje. Zauważono, że połykanie w rannych godzinach było zawsze najbardziej utrudnione, popołudniu — łatwiejsze. Parokrotnie występowało nagłe pogorszenie sprawy, — zupełne zamknięcie przełyku. Zakładanie zgłębnika

nie osiągało wówczas celu; dopiero silniejszym prądem wody, puszczonym przez zgłębnik miękki, udawało się przemódz i wypłukać przeszkodę (napęczniałe ziarnko pomarańczy, groch).

2) Tenże przedstawił chorego z oddziału K. Chełchowskiego z rozpoznaniem **wczesnej żółtaczki kiłowej** (*icterus syphiliticus praecox*). Żółtaczka ta zdarza się w okresie drugorzędnym kiły, najczęściej równocześnie z wysypką, niekiedy — jako zwiastun jej lub równoważnik. Ustępuje szybko pod wpływem leczenia swoistego. W rzadkich przypadkach spostrzegano puchlinę brzuszną, oraz obrzęk kończyn dolnych. Co do patogenezy, przypuszczano zmiany swoiste błony śluzowej dwunastnicy, oraz przewodów żółciowych, ucisk obrzmiałych gruczołów na żyłę wrotną i przewód żółciowy wspólny, zmiany swoiste w naczyniach krwionośnych i chłonnych.

Chory przybył na oddział w lutym r. b. z powodu żółtaczki, oraz objawów niestrawności. Początek choroby przed pięciu tygodniami — od mdłości; żółtaczka zjawiła się po upływie dwóch tygodni. Bywają wymioty. Wrzód kiłowy twardy w kwietniu r. z. Leczenie swoiste (wcieraniami) przebył chory dwukrotnie: w kwietniu i maju, oraz we wrześniu. Przy badaniu — żółtaczka skóry i błon śluzowych wybitna, obrzmienie śledziony. Mocz żółtaczkowy, o ciężarze właściwym 1010; silna cylindrurya. Stolec twardy, niemal zupełnie odbarwiony. Pierwotnie rozpoznawano pospolitą żółtaczkę nieżytową. Jednakże stan chorego coraz bardziej się pogarszał. Po upływie dwóch tygodni stwierdzono puchlinę brzuszną i obrzęk kończyn dolnych. W początku marca wypuszczono z jamy brzusznej 2 litry płynu przesiękowego o c. wł. 1005. Następnych dni żółtaczka bardziej wydatna, puchlina brzuszna ponownie zwiększyła się. Wobec postępującego szybko upadku odżywienia chorego, oraz wzrastającej wodnistości krwi, liczono się z przypuszczeniem nowotworu złośliwego, uciskającego na żyłę wrotną i drogi żółciowe. Jednakże po zastosowaniu wcierań szaruchy — szybka poprawa: po 8 — puchlina brzuszna zginęła całkowicie; po 24 — tylko ślad żółtaczkowego zabarwienia białkówek, znaczny przybytek na wadze. Jako etyologię, przypuszczaćby można obrzmiałe gruczoły kiłowe, uciskające nietylko na żyłę wrotną i przewody żółciowe, lecz również na żyłę główną dolną.

3) Jan Załuska przedstawił przypadek **gnilca sporadycznego** na wyzdrowieniu, wskazując pozostałości niedawnych ciężkich zaburzeń (wylewów krwawych podskórnych na całem ciele, deskowatego nacieczenia mięśni zginaczy goleni prawej, zgrubienia okostnej uda prawego (*in portione epicondyloidea*). Zwraca uwagę brak wylewów krwawych na błonie śluzowej jamy ustnej, co tłómaczy się zupełnym brakiem zębów u chorego i zanikiem dziąseł. Jako czynnik etyologiczny podkreśla Z. żywienie się chorego przez ciąg paru miesięcy wyłącznie zimnemi wędlinami (t. zw. »Blutwurst«, golonka) i herbatą z chlebem. W ciągu ubiegłych lat kilku w oddziale L. Chełchowskiego spostrzegano 4 przypadki gnilca, w których w wywiadach stwierdzono tensam czynnik etyologiczny. Poprawa, jak i w przypadku przedstawionym, następowała samorodnie, w krótkim czasie po przejściu na dyetę mieszaną.

4) Ryszard Hertz przedstawił **preparaty krwi chorego z żółtaczką i niedokrwistością, barwione metodą Chauffarda.** Ziarnistość bazofilną stwierdzono w 8,8% czerwonych krążków krwi. W preparatach krwi utrwalonych ziarnistych krwinek nie znaleziono.

5) Maryan Eiger wygłosił rzecz: **Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych u świnki morskiej, myszy białej i człowieka.** Streszczając wyniki pracy, dochodzi autor do wniosków następujących: Wzór topograficzny zwojów, dostrzeżony przez Krehla i Romberga u królika, zastosować się daje w zupełności do myszy białej, świnki morskiej i człowieka. *a)* Pole zwojowe wszędzie jest tosamo; przyczem lewą granicę pola stanowi lewa żyła płucna, prawą — prawy brzeg żył głównych, górną (resp. przednią) — osierdzie, wyścielające zatokę poprzeczną, dolną zaś (resp. tylną) — brózda wieńcowa poprzeczna. *b)* Zarówno u myszy, jak u świnki morskiej i człowieka, największe nagromadzenie zwojów spotykamy na tylnej ścianie lewego przedsionka; poza tem zwoje istnieją w przegrodzie, w bróździe poprzecznej i dookoła wpustu żył głównych. Różnica indywidualna polega głównie na tem, że u myszy znajdujemy jeden wielki zwój na tylnej ścianie lewego przedsionka, u człowieka zaś — oddzielne rozsiane zwoje; świnka morska przedstawia pod tym względem typ pośredni. *c)* Prócz zwojów wymienionych, zarówno u myszy, jak u świnki morskiej i człowieka, istnieją zwoje wewnątrzsercowe, odpowiadające zwojowi Wrisberga pod łukiem aorty, i zwoje splotu opuszkowego między aortą, a tętnicą płucną. *d)* W komórkach zwojów specyalnych niema. *e)* Wszystkie zwoje, nie wyłączając zwojów, usadowionych w przegrodzie międzyprzedsionkowej, leżą w tkance łącznej podosierdziowej. *f)* W warstwie mięśni niema zwojów, ani komórek zwojowych. *Antoni Majewski.*

Towarzystwo Lekarzy gub. Kieleckiej.

Posiedzenie z dnia 20 czerwca 1908.

Obecnych 9 osób.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i podpisano.

2) Postanowiono dyskusyę co do unormowania taksy lekarskiej odłożyć do porozumienia się z innemi towarzystwami lekarskiemi.

3) Kol. Prezes zawiadamia, że Towarzystwo wzajemnej pomocy rzemieślników, przemysłowców i kupców w Kielcach udaje się z prośbą do naszego Towarzystwa o udzielanie porad lekarskich po zniżonej taksie. Towarzystwo lekarskie przyszło do wniosku, że nie widzi słusznych powodów do zadośćuczynienia propozycyi Towarzystwa wzajemnej pomocy.

Posiedzenie z dnia 19 września 1908.

Obecnych 8 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i podpisano.

2) Kol. Kopczyński jednogłośnie został przyjęty w poczet członków Towarzystwa.

3) Kol. Prezes omawiał środki zapobiegające rozwinięciu się epidemii na wypadek wybuchu cholery, między innemi wskazał na najodpowiedniejsze miejsce dla baraku cholerycznego, a mianowicie na Staro-Chęcińskiej ulicy w domu Haslingera, gdzie już raz był urządzony szpital choleryczny, dalej wskazał na niewłaściwe odkażanie rynsztoków kredą lub wapnem w grudkach, dodając, że powinno się odkażać mlekiem wapiennem (1:3 wody); również wspomniał o odkażaniu mieszkań w razie wypadku cholery i o szczepionce przeciwcholerycznej.

Sekretarz: *Dr A. Ryttel.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 25 marca 1909.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 20.

1. K. Rumszewicz. **Tarcza zastoinowa przy uszkodzeniach gałki ocznej.** (Rzecz ma być ogłoszona drukiem).

W dyskusyi zapytuje Cichocki, czy wobec podkreślonego przez prelegenta znaczenia toksyn, jako czynnika etyologicznego w powstawaniu tarczy zastoinowej, nie należałoby uznać omawianej sprawy w tarczy poprostu za zapalną. Rumszewicz odpowiada, że dotychczas te dwie sprawy w tarczy — zapalna i zastoinowa — nie dają się ściśle odróżnić drogą badania patologiczno-anatomicznego. Makowski zaznacza, że obraz przedstawionych przez prelegenta preparatów drobnowidowych, gdzie widzimy naciek drobnokomórkowy i wysięk, przemawia raczej za sprawą zapalną i o tarczy zastoinowej można było w danym razie mówić chyba tylko z punktu widzenia klinicznego. Weller zapytuje, czem się różni obraz wziernikowy tarczy zastoinowej, powstałej na tle zmian urazowych gałki ocznej, od tarczy zastoinowej, wywołanej sprawami w mózgowiu. Januszkiewicz zapytuje o zachodzące w obu tych przypadkach różnice przy badaniu drobnowidowem. Rumszewicz wyjaśnia, że i obraz wziernikowy i drobnowidowy w obu przypadkach szczególnej różnicy nie przedstawia. Łążyński w sprawie poruszonej przez Cichockiego i Makowskiego zaznacza, że naogół nie zawsze możemy powiedzieć, czy chodzi o sprawę zastoinową, czy zapalną, jak np. przy słoniowacinie. Sochacki, mówiąc o rozroście tkanki łącznej przy zastoinie, przytacza jako przykład stwardnienie zastoinowe nerek i wątroby: tam pomimo rozrostu tkanki łącznej niema mowy o zapaleniu (Konstantynowicz). Hoene zaznacza, że obecnie w literaturze okulistycznej mechaniczne teorye powstawania tarczy zastoinowej coraz mniej znajdują uznania, natomiast zapalne pochodzenie tej postaci chorobowej zyskuje coraz więcej zwolenników. Według prac Deutschmana, który pierwszy wystąpił z teoryą zapalną tarczy zastoinowej, oraz innych badaczy, zmiany anatomiczne w takich przypadkach przedstawiają sprawy zapalne różnego natężenia i stanowią następstwo podrażnienia już to toksynami, już też innymi drażniącymi składnikami cieczy limfatycznej, znajdującymi się w obiegu w gałce ocznej. Ścisłego też obrzęku i zapalenia tar-

czy zarówno klinicznie, jako też i anatomicznie odgraniczyć w tej sprawie nie można, gdyż sprawy te, jak to także widzimy na preparatach, okazanych nam przez kol. Rumszewicza, wzajemnie się uzupełniają i w rozmaitych odcinkach obok siebie występują. Ostateczny wynik kliniczny zależeć też będzie od siedziby i natężenia sprawy chorobowej, jako też od wywołującej ją przyczyny. Badania kol. Rumszewicza stanowią bardzo cenny przyczynek do teoryi powstania tarczy zastoinowej, stwierdzający zupełną niezależność jej od przyczyn wyłącznie mechanicznej natury. Co się zaś tyczy wyników badania klinicznego, to Hoene zwraca uwagę na często napotykany niestosunek wziernikowego obrazu tarczy n. wzrokowego z zaburzeniami czynnościowemi oka. Często spostrzegamy wziernikowo zupełny zanik n. wzrokowego przy stosunkowo bardzo dobrej sile wzroku, prawie prawidłowej. Również przy jednakowo wyglądającej tarczy w obydwu oczach siła wzroku może przedstawiać znaczne różnice. W przypadkach tego rodzaju należy zwrócić baczną uwagę na zachowywanie się obwodowego pola widzenia, przyczem prawie zawsze można wykazać częściowe lub też dośrodkowe braki w polu widzenia. Braki te mogą się ograniczać do oddzielnych tylko barw, dlatego też w odpowiednich przypadkach badanie pola widzenia powinno być dokonywane za pomocą nietylko białych, lecz także i barwnych przedmiotów. Następnie przytoczył Hoene kilka przypadków, spostrzeganych w ciągu kilku lat, w których siła wzrokowa pomimo zanikowego, zupełnie ścięgnistego wejrzenia tarczy n. wzrokowego utrzymywała się zupełnie zadowalniająco, nie przedstawiając prawie żadnych wahań przy peryodycznie ponawianych porównawczych badaniach. W innych przypadkach, przeciwnie, pomimo względnie znośnego wziernikowego obrazu tarczy, siła wzroku była bardzo nieznaczna i stosunkowo szybko zanikała. O tak różnych wynikach prawdopodobnie rozstrzyga siedziba ważniejszych zmian w różnych częściach n. wzrokowego. Co do leczenia, to pomimo częstej zależności spraw zanikowych n. wzrokowego od przymiotu, należy być jednak bardzo ostrożnym co do stosowania leczenia swoistego, gdyż nierzadkie są przypadki, że po użyciu rtęci stosunkowo dłuższy czas dobrze utrzymująca się siła wzroku nagle szybko się obniża aż do zupełnej utraty wzroku. Szczególniej należy zachowywać ostrożność w stosowaniu rtęci w przypadkach zaniku n. wzrokowego, występujących jednocześnie z objawami wiądu rdzenia.

2. J. Makowski. **Z kazuistyki plastyki nerwów.** Chora K. B., 18 lat, skarży się na ból pod prawem kolanem, który jej dokucza od roku przy chodzeniu i przy uciskaniu tej okolicy. Przy badaniu znaleziono: chora chodzi swobodnie, nie chromając; prawy dół podkolanowy zamiast zwykłego wklęśnięcia przedstawia niewielkie wypuklenie. W głębi dołu stwierdza się obecność dość twardego, gładkiego, nie tętniącego guza, bolesnego przy uciskaniu, wielkości kurzego jaja. Przypuszczając, że jest to najpewniej włókniak, postanowiono usunąć go drogą operacyi. Cięciem podłużnem przez skórę i tkankę podskórną odsłonięto guz, kształtem i wielkością przypominający kurze jajo, usadowiony na n. piszczelowym. Na powierzchni jego dawały się dostrzegać gałązki nerwowe, co sprawiało wrażenie, że guz rozszczepił nerw na odrębne włókna. Próba oddzielenia tych włókien była bezowocną i guz usunięto razem z niemi. W tym celu przecięto nerw piszczelowy na 2 cm. od guza z jednej i drugiej strony i nowotwór oddzielono od leżącej pod nim żyły podkolanowej. W ten sposób powstał ubytek nerwu na przestrzeni 12 cm. i dla wyrównania tego braku końce nerwu piszczelowego rozszczepiono przez pół na przestrzeni 6 cm. i odciętymi z jednej i drugiej strony kawałeczkami zesztukowano nerw, poczem ranę zaszyto. Czucie na podeszwie i pięcie, zniesione natychmiast po operacyi, po 3 dniach powróciło. Zginanie w stawie skokowym zachowało się o tyle tylko, o ile się do tego przyczynia mięsień strzałkowy długi. Mięsień brzuchaty łydki i mięsień płaszczkowaty zostały porażone. O ile te zmiany powstały po operacyi, nie dało się ściśle określić, gdyż przed operacyą bliższe badanie nerwów i mięśni goleni i stopy nie było dokonane. Chora chodzi na pozór dobrze. Badanie prądem elektrycznym, dokonane w dwa tygodnie po operacyi, dało częściowy odczyn zwyrodnienia mięśnia brzuchatego i płaszczkowatego łydki, we trzy tygodnie jednak, nerw piszczelowy już oddziaływał na prąd galwaniczny i faradyczny, jak również i porażone mięśnie. Ta wyraźna zmiana na lepsze dowodzi, że sprawa odrodzenia nerwu operowanego jest na dobrej drodze i że z czasem nastąpi powrót do stanu prawidłowego. Prędkie odrodzenie nerwu w tym przypadku przemawia za teoryą odradzania tak zwanych odśrodkowców (Bowlby, Stewart, Ballance i inni), mianowicie można przypuszczać, że wskutek obecności nowotworu już zawczasu dokonał się w obwodowej części nerwu, podobnie jak po przecięciu, pewien szereg zmian i nerw w chwili połączenia ze swą ośrodkową częścią był już w tym przygotowawczym okresie, z którego możliwy jest prędki powrót do stanu prawidłowego. Badanie drobnowidowe nowotworu wykazało, że to był włókniakomięsak.

W dyskusyi zapytuje Żebrowski, czy niema w wywiadach wskazówek co do przyczyny powstania nowotworu i prosi o wyjaśnienie, czy dla wznowienia czynności przeciętego nerwu dostateczne jest ściśle mechaniczne połączenie jego końców, czy niezbędne jest odzyskanie anatomicznej całości. Makowski odpowiada, że chora nie znała przyczyny swego cierpienia. Co zaś do warunków, przy których przecięty nerw odzyskuje swą czynność, to jako konieczny warunek należy uważać anatomiczną całość nerwu — zrośnięcie jego końców. Weller zaznacza, że o ile zrozumiałą tu jest stopniowa poprawa elektrycznej pobudliwości mięśni i nerwów, o tyle trudno sobie wytłómaczyć tak bardzo szybki powrót czucia, przytem zapytuje, czem prelegent objaśnia zachowanie czucia na tylnej części goleni przy utracie jego na podeszwie i pięcie, gdy wiadomo, że nerw piszczelowy zaopatruje swemi włóknami i tylną część goleni. Makowski odpowiada, że tak prędki powrót czucia w danym przypadku należy wytłómaczyć właśnie z punktu widzenia przytoczonej przez niego teoryi odśrodkowców. Kozłowski przytacza dwa swoje przypadki, w których dokonał plastyki nerwów z pomyślnym wynikiem. Sekretarz: *A. Januszkiewicz.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 7 V 1909.

1) Dr Karwowski przedstawia przypadek **kerion Celsi** u chłopca, które rozwinęło się nadzwyczaj szybko. Zwraca uwagę w tym przypadku, że wokoło chorego miejsca, przedziurawionego jak sito i podminowanego ropą, jest **obręcz skóry zupełnie prawidłowej,** gładkiej, pozbawionej jednak włosów. Mowca tłómaczy to możliwością wpływu jadów grzybowych na otoczenie właściwego ogniska. Pod mikroskopem znalazł grzybki, odpowiadające postaci *trichophyton gypseum* o wielkich odrodkach. K. omawia przy tej sposobności różne postacie grzybic włosowych, a na zapytanie Dr Gantkowskiego, także leczenie. Promienie Roentgena odgrywają tutaj wielką rolę nietylko przez to, że usuwają włosy, ale także przez to, że wywołują zwyrodnienie nieprawidłowych komórek i odczynowy stan zapalny, gojący sprawy włosowe.

2) Radca Dr Chłapowski przedstawia darowane do zbiorów kurczę trzynożne i omawia ten **okaz pygomelii.**

3) Tenże: miał wykład: **O opsoninach.** Prelegent rozpoczął od opisywania szpitali londyńskich i dołączonych do dwunastu z nich szkół czyli istotnych wydziałów lekarskich, a zarazem podał interesujące szczegóły o ich rywalizacyi wzajemnej ze sobą. Szczegółowo opisał pracownię A. E. Wrighta przy szpitalu P. Maryi, gdzie dotąd nie było dlań kliniki, a tylko ambulatoryum, a wreszcie podał kilka szczegółów biograficznych i bibliograficznych o samym Wrighcie, nim przeszedł do właściwego tematu o sposobie jego leczenia chorób szczepieniami, czyli o leczeniu opsonicznem. Lecznicze szczepienie w przeciwstawieniu do szczepień zapobiegawczych (profilaktycznych) polega na fakcie, że można prątkożerność leukocytów wzmagać w krótkim czasie przez wstrzyknięcie hodowli odnośnych mikrobów (zabitych przez ogrzanie) podczas choroby, wywołanej tymi samymi drobnoustrojami. Wyniki, osiągnięte środkami usposabiającymi fagocyty (opsoninami) są już takie, że można w ten sposób wywołanej swoistej fagocytozie przypisać przeważające miejsce między sposobami, za pomocą których ustrój chorego sam zwalcza napastnicze mikroby chorobotwórcze. Dla lepszego zrozumienia istoty i skutków tego leczenia szczepionkami swoistemi, podał prelegent kilka ogólnych szczegółów o samej metodzie: nieraz trzeba dopiero wprzód rozpoznać mikroba chorobotwórczego, a otrzymawszy go z chorego, wyhodować go na odnośnem podłożu, a zabiwszy hodowlę taką wystawieniem na 60°C, wstrzyknąć ją choremu. Dalej jest osobna metoda konstatowania działania wstrzyknięcia na fagocytozę: metoda obliczenia wskaźnika opsonicznego. Kliniczne obserwacye wykazują, że prątkożerność fagocytów wzrasta wskutek wstrzykiwań dobrze dostosowanych, a z tem i odporność ustroju na zarazek, a więc i polepszenie ustroju. Dawszy kilka objaśnień co do metody obliczenia wskaźników opsonicznych i co do odczynu natychmiastowego i późniejszego na wstrzyknięcie, tym wskaźnikiem dającego się wykazać, podaje prelegent, że w prak-

tyce nie wystarczają często stwierdzenia ogólnego stanu chorego, ale wypada kontrolować je oznaczeniem wskaźnika. Następnie podał prelegent kilka przypadków uporczywej gruźlicy kości i gruczołów, tam wyleczonych, które opierały się długoletniemu leczeniu wewnętrznemu i chirurgicznemu, przypadek tocznia 8 razy napróżno operowanego przedtem, a wyleczonego zupełnie w kilka miesięcy. Gruźlicy płuc dotąd w poliklinice swej Wright oczywiście nie leczy. Robią to inni za jego wskazówkami w lecznicach.

W dyskusyi wyraża Dr Łazarewicz zadowolenie, że mówca mógł nam po osobistem zbadaniu u źródła dać tak wyczerpujący obraz nowej metody, którą z góry uważał za uzasadnioną. Dr Gantkowski zapytuje, czy Wright używa także innych sposobów, np. zabaw ruchowych itp. celem powiększenia fagocytozy. Dr Karwowski zaznacza, że metoda Wrighta i pod względem rozpoznawczym może oddać znaczne usługi. Np. jeśli chodzi o gościec wątpliwego pochodzenia, to podniesienie się wskaźnika po wstrzyknięciu gonokoków świadczy o wiewiórowym jego charakterze, przyczem wskaźnik po wstrzyknięciu prątków gruźliczych pozostaje obojętnym i naodwrót. Wskaźnik opsoninowy ułatwia także kontrolę, czy chory np. może już wstawać po przebyciu choroby zakaźnej. Jeżeli bowiem po wstaniu wskaźnik bardzo się obniża, to jest znakiem, że chory powinien jeszcze leżeć. Dalej przedstawia mówca graficznie stwierdzenie wskaźnika i zwraca uwagę, że jest on także ważnym przy stosowaniu innych metod leczniczych. Tak np. przy toczniu najlepsze wyniki otrzymuje się po leczeniu sposobem Finsena lub Roentgena, jeśli się opromienia w fazie dodatniej wskaźnika opsoninowego. Co zaś do wstrzykiwania tylko minimalnej ilości zarazków, to już przed laty Unna zwrócił uwagę na to, że tylko nadmiernie wielkie dawki starej tuberkuliny Kocha zdyskredytowały jego metodę. Radca Dr Chłapowski dodaje jeszcze, że ciepłota 60° nie niszczy całkiem opsonin, zachowują się one, tak jak fermenty. Przytacza też głosy przeciwników teoryi Wrighta. Co do kwasu cynamonowego, o który zapytał Radca Panieński, to działa on tylko na fagocytozę ogólnie pobudzająco, ale Wright sam wogóle leczy tylko szczepieniem. W końcu Dr Łazarewicz i Dr Święcicki wnoszą, żeby sprawę opsonin opracować najprzód pod względem ich chemicznej natury, a następnie w pojedynczych specyalnościach, na co się zebranie godzi.

Zebrania Wydziału z dnia 19/V 1909 i 4/VI 1909.

Zebrań tych przedmiotem było zajęcie stanowiska wobec **nowego prawa o ubezpieczeniach** dla chorych, które w znacznej mierze zagraża stanowi lekarskiemu. Postanowiono przyłączyć się do lipskiego Związku lekarzy, który już stanął w silnej opozycyi do planowanej reformy.

Zebrani uczcili pamięć dwóch zmarłych kolegów: ś. p. Dr Stana z Poznania i Dr Chełmickiego z Żydowa, najstarszego członka naszego Wydziału, który, choć poświęcił się od wielu lat tylko pracy rolnej i parlamentarnej, zawsze zachowywał łączność z Wydziałem. Następnie Dr Gantkowski zachęca gorąco do wzięcia udziału w Zjeździe internistów w Krakowie. Sam będzie mówił »O stacyi miejskiej do zwalczania gruźlicy w Poznaniu«. Dr Łazarewicz zachęca również do wzięcia udziału w Zjeździe w Budapeszcie, gdzie uznano odrębność polskiego komitetu. Przedkłada dalej wycinek z gazety, zawierający publiczne podziękowanie pewnej parze lekarskiej za znakomite wyleczenie i t. d. Zebranie jednomyślnie przeciw głosowi odnośnego lekarza — staje na stanowisku, że tego rodzaju podziękowania, o ile zamieszczone są z wiedzą danego lekarza, jako nieetyczne, stanowczo należy potępić.

Na koniec Dr Karwowski porusza sprawę niesprawiedliwego opodatkowania lekarzy, a dalej prosi kolegów o popieranie »Towarzystwa społeczno-higienicznego« napisaniem seryi artykułów popularnych z dziedziny medycyny i higieny.

Dr Adam Karwowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowy Związek lekarzy ogłasza, co następuje: Towarzystwo wzajemnej pomocy uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego rozesłało do lekarzy w Krakowie odezwę z wezwaniem do zaofiarowania temu Towarzystwu bezpłatnych usług lekarskich. Wydział Związku krajowego lekarzy uprasza Kolegów krakowskich, ażeby nie zobowiązywali się do niczego przed porozumieniem się z Wydziałem Związku.

Prezes: *Wicherkiewicz* m. p. Sekretarz: *Weinsberg* m. p.

Powody braku lekarzy, objawiającego się w służbie krajowej, polecił Sejm na ostatniej sesyi zbadać Wydziałowi krajowemu. (Chodziło głównie o brak kandydatów na posady okręgowe, czem w dyskusyi sanitarnej w Sejmie tłómaczono nawet powolny postęp organizacyi okręgów sanitarnych). Wydział krajowy zwrócił się obecnie w tej sprawie do obu Izb lekarskich.

Izba wschodnio-galicyjska (na zasadzie referatu Dra Papéego) wyraziła zdanie, że wogóle w kraju niema właściwie braku lekarzy, a pewne zwolnienie przyrostu ich liczby w latach ostatnich wkrótce się wyrówna wobec wzmagającej się silnie frekwencyi na obu Wydziałach lekarskich. Przyczynę braku kandydatów do służby krajowej upatruje Izba lwowska z jednej strony w nadmiernem skupieniu lekarzy w wielkich miastach (Lwów i Kraków: 1 lekarz na 400 mieszkańców), z drugiej — w niekorzystnych warunkach materyalnych i społecznych dla lekarzy na prowincyi. Aby więc lekarzy skierować z wielkich miast do służby krajowej na prowincyę, należy polepszyć warunki bytu lekarzy okręgowych, pomnożyć liczbę posad krajowych, t. j. okręgów sanitarnych i szpitali. Należy dalej na siedzibę okręgów sanitarnych wybierać na zasadzie opinii Izb lekarskich miejscowości, zapewniające lekarzowi dochody z innych źródeł (posad w kasach chorych, posad kolejowych i t. p.) i znieść nieprzekraczalną granicę wieku lat 40, wymaganą od kandydatów na posady okręgowe. Dla uzyskania zaś lekarzy do krajowych zakładów dla obłąkanych, należy podnieść pobory lekarzy w tych zakładach.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska obradowała nad tą sprawą (na zasadzie referatu Prof. Ciechanowskiego) w d. 14. VI. b. r. z wynikiem następującym: Brak kandydatów do służby krajowej zależy w pewnej części od zwolnienia przyrostu lekarzy w kraju w latach ostatnich. Przyrost ten jeszcze i obecnie pozostaje w tyle poza przyrostem ludności; średni bowiem roczny przyrost ludności, obliczony wedle poprzedniego dziesięciolecia, wynosi 10—12‰, przyrost zaś roczny lekarzy w kraju wynosił w latach 1900—1905 tylko 3·7‰, a w 2 następnych 8‰. Wprawdzie różnica ta niewątpliwie z czasem się wyrówna, ale jeszcze nie w najbliższych latach, bo wzmożona obecnie frekwencya Wydziałów lekarskich zależy w znacznej części od napływu młodzieży z zaboru rosyjskiego, która po ukończeniu studyów tam powraca. Ważniejszą jednak przyczyną braku lekarzy w służbie krajowej są niewątpliwie niekorzystne warunki nietylko materyalne, ale i moralne. Płace zarówno lekarzy szpitalnych, jak i okręgowych, są za nizkie, zwłaszcza w stosunku do pracy tych lekarzy. W Czechach n. p. są płace niemal takie, jak u nas, ale tam okręgi sanitarne obejmują najwyżej 101 km² obszaru i 10.000 ludności, a każdy lekarz okręgowy ma zapewnione prócz tego inne stałe posady (kolejowe, kas chorych) i dochody z praktyki prywatnej; u nas zaś są okręgi o przeszło 700 km² obszaru i dwudziestu kilku tysiącach mieszkańców z płacą roczną 1000 K. rocznie. Pomimo rosnącej drożyzny, płac lekarzy okręgowych u nas od początku organizacyi sanitarnej nie podniesiono; to samo odnosi się do ryczałtów na objazdy. Co do płac lekarzy szpitalnych, to lekarz, pobierający 1400 K. rocznie, jest stosunkowo znacznie gorzej płatny, niż kierownik szkoły wiejskiej; a przecież nauczyciele ludowi uchodzą za najniżej płatnych urzędników w kraju; szereg okręgów sanitarnych wakuje też u nas stale, lub często zmienia lekarzy, bo płaca nie wystarcza na życie wskutek nietrafnego obrania siedziby okręgu w takiej miejscowości, gdzie lekarz nie może mieć żadnych innych dochodów. To też siedzibę okręgów nowych powinno się oznaczać na zasadzie opinii Izb i krajowej Rady Zdrowia; nietrafnie obrane siedziby należy przenieść, lub płace w takich okręgach bardzo wydatnie, a w innych wszystkich w każdym razie odpowiednio podnieść. Oprócz warunków materyalnych zraża też lekarzy do służby krajowej, w szczególności okręgowej, wadliwość instrukcyi służbowej (brak wszelkiej egzekutywy, brak nawet potrzebnych informacyi i doniesień od gmin i starostw, choć lekarze okręgowi powinniby być »gospodarzami sanitarnymi« w swoim okręgu, brak ścisłego określenia stosunku do lekarzy powiatowych, długi szereg instancyi dla wszelkich wniosków lekarzy okręgowych i t. p.), brak pragmatyki służbowej, niewłaściwa procedura dyscyplinarna (w innych krajach sprawy dyscyplinarne są prowadzone komisyonalnie, a n. p. w Austryi dolnej zasiadać ma w tych komisyach m. i. zastępca marszałka krajowego i przedstawiciel Izby lek.) i t. p. *R.*

Uregulowanie płac lekarzy kolejowych austr. kolei państwowych, które wymagało rocznych wydatków 250.000 koron, zostało obecnie, jak donoszą dzienniki, przeprowadzone z ważnością od 1 kwietnia b. r. W przyszłości zamiast 820 będzie 859 lekarzy kolejowych. — Wprowadzono także tę zmianę, że wszyscy lekarze kolejowi, których płaca wynosi K 600, mogą przystąpić do instytucyi ubezpieczenia na starość. *R.*

Powstający w Niemczech państwowy Związek lekarzy rozesłał do lekarzy swój program. »Głównym celem Towarzystwa jest uregulowanie systemu lekarskiego w kasach chorych przez wzajemne zgodne umowy. W razie sporów z kasami rozstrzygać ma związek. Wszelkie strejki zatem odpadają«. Nowy ten związek, o którym już donieśliśmy w Nrze 23, nie będzie chyba mógł liczyć na wielu członków, albowiem zaprzecza on poprostu słuszności dotychczasowym usiłowaniom lekarzy należących do Związku lipskiego, a powtóre skazuje lekarzy na łaskę i niełaskę kas chorych, gdyż »obopólne porozumienie« wypadnie zapewne najczęściej na korzyść kasy, a na szkodę lekarzy. *X.*

Liczba lekarzy w Anglii powiększa się stale mimo bardzo ciężkich warunków bytu lekarzy. Stosunki z kasami chorych są może jeszcze gorsze niż u nas, bo do kas chorych należą tam nieraz ludzie nawet bardzo zamożni, n. p. fabrykanci. Dopiero w ostatnich czasach zaczyna się między lekarzami reakcya na tem polu, ale jeszcze bez ustalonego programu. *X.*

Walka z gruźlicą w Niemczech. Walne zebranie niemieckiego Towarzystwa walki z gruźlicą odbyło się w Berlinie d. 22 maja. Ze sprawozdania wynika, że liczba stacyi wywiadowczych i schronisk wynosi obecnie w Niemczech 244, do tego dodać należy 537 miejscowych komitetów pań. Dzielnie pomagają Towarzystwu lekarze szkolni. Obecnie istnieje w Niemczech 99 ludowych uzdrowisk liczących 11.000 łóżek, dalej 34 prywatne zakłady (2000 łóżek), 18 szpitalików dla dzieci gruźliczych, 79 zakładów dla dzieci zołzowatych, 92 stacyi leśnych, 15 schronisk dla ozdrowieńców i 25 zakładów pielęgnacyjnych. Aby działalność przeciwgruźlicza była jeszcze lepszą, konieczną jest rzeczą, by wprowadzono obowiązkowe odkażanie mieszkań. W Ameryce na domu, w którym mieszkał suchotnik, w razie jeżeli gospodarz mieszkania nie odkaził, przybija się czerwoną kartę: »Tu mieszkał suchotnik«, co skłania gospodarzy do skrupulatnego odkażania. Prócz odkażania ostatecznego ważnem jest odkażanie ciągłe, o czem lekarze, siostry miłosierdzia i odpowiednie komitety lub stacye powinny pouczać społeczeństwo. *X.*

Celem zmniejszenia liczby zbrodniczych spędzeń płodu podaje Lallich następujące poprawki do ustawodawstwa karnego: 1) Kobieta, którą namówiono do spędzenia własnego płodu, zostaje uwolniona, jeżeli poda sama nazwiska osób, które ją namówiły, lub spędzenie wykonały. 2) Kobieta, która poza małżeństwem zaszła w ciążę, powinna o tem donieść władzy, której obowiązkiem będzie opiekować się w drodze prawno-cywilnej dzieckiem. 3) Państwo powinno zakładać wiejskie i miejskie schroniska dla nieślubnych dzieci, ciężarnych i rodzących i zaprowadzić ubezpieczenia dla położnic. *X.*

Ustawa o ochronie dzieci weszła w życie w Anglii z dniem 1. stycznia b. r. Każde dziecko, oddane na wychowanie, musi być przez osobę pielęgnującą zameldowane do władzy w przeciągu 48 godzin. Osobni inspektorzy odwiedzają następnie dzieci i nadzorują opiekę. Nie wolno asekurować na życie takich wychowanków. Osoby wychowujące dzieci źle, lub katujące je, są bardzo surowo karane. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13. VI. do 19. VI. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 1, Kryczka 1), Buczacz (Rzepińce 1), Czortków (Bazar 1, Kalinowszczyzna 1), Horodenka (Hawrylak 2, Targowica 1, Czortowiec 6, Głuszków 1), Jaworów (Szkło 4), Kałusz (Przysłup 8), Kołomyja (Słobódka polna 5, Siemakowce 2, Soroki 3), Kosów (Chomczyn 1), Lisko (Wola mihowa 1, Smolnik ad Baligród 6), Lwów pow. (Zarudce 1), Podhajce (Sokolniki 1), Rzeszów (Rzeszów 1, Niechobrz 1), Skałat (Ostapie 2, Sorocko 1, Okno 2), Śniatyn (Trościaniec 2, Hańkowce 2), Tarnopol (Grabowiec 6), Zaleszczyki (Capowce 3), Złoczów (Czyżów 3). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. VI. do 19. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1, płonicy 18 † 2 (10 † 1), odry 3, duru brzusznego 4 † 1 (3 † 1). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13. V. do 19. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych — † —), krztuśca 2, płonicy 24 † 4 (5 † 1), odry 10, duru brzusznego 3 † — (1 † —). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 30. V. do 5. VI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 5 † 1, płonicy 9, duru osutkowego 33 † 6, duru brzusznego 5 † 3, duru powrotnego 2 † 1, błonicy 2, róży 6. (*Gaz. lek.* 25).

I. Zjazd internistów polskich w Krakowie.

(19 lipca 1909).

PP. Kolegów, którzy pragnęliby na czas Zjazdu, t. j. 19, 20 i 21 lipca b. r., zamieszkać w hotelach, uprasza się, by zechcieli nadesłać zgłoszenia na ręce komitetu I. Zjazdu internistów polskich (Kraków, Kopernika 15) do dnia 10. lipca b. r. i załączyć zadatek w kwocie 10 koron.

Komitet I. Zjazdu internistów polskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 23. VI. b. r. posiedzenie, na którem Dr Eisenberg przedstawił preparaty osadu moczowego, zawierające prątki mastki i preparat krwi białaczkowej, a Doc. Męsowicz miał wykład p. t. »Klinika gruźlicy«. W dyskusyi przemawiali Dr Blassberg, Prof. Bujwid, Dr Eisenberg, H. Hirsch, Janiszewski, Prof. Kader.

— Izba lekarska zachodnio-galicyjska na mocy § 15 statutu galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy wybrała zastępcą przewodniczącego tejże Kasy na następny okres trzechletni Prof. Dra Jana Raczyńskiego we Lwowie.

— D. 14. VI. b. r. odbyło się posiedzenie Rady honorowej Izby lekarskiej, podczas którego toczyła się rozprawa przeciw Drowi G., wskutek odstąpienia Izbie sprawy przez c. k. Sąd kraj. karny. Rada honorowa uznała Dra G. winnym przekroczenia godności stanu i skazała go na grzywnę w kwocie 100 koron. — Prośbę Dra G. o wznowienie postępowania w sprawie Dra M. c. Dra G. na podstawie wywodów c. k. Namiestnictwa w załatwieniu rekursu odrzucono, gdyż Rada honorowa nie znalazła podstawy do wznowienia postępowania. — Następnie odbyło się posiedzenie Wydziału Izby, na którem po referacie Prof. Ciechanowskiego uchwalono odpowiedź na pismo Wydziału kraj. w sprawie braku lekarzy w służbie krajowej. — Na pismo Dra W. uchwalono odpowiedzieć, że staranie się ze strony pacyentów o klientelę dla lekarza jest dopuszczalne, jeżeli się odbywa bez wiedzy tegoż lekarza; takież starania ze strony rodziny lekarza uważa się za niewłaściwe i powinno się temu zapobiedz.

— Krakowskie Koło Towarzystwa walki z gruźlicą zawiązało się na zgromadzeniu w sali Rady miejskiej w d. 21. VI. b. r., wybierając zarząd następujący: Exc. A. hr. Wodzicki (prezes), Prof. W. Jaworski (I wiceprezes), Dr T. Janiszewski (II wiceprezes), Prof. K. Kostanecki, Prof. St. Ciechanowski.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Władysław Wiktor Bujak, rodem z Krakowa.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył posiedzenia w d. 11. V. i 8. VI. b. r. Na posiedzeniach tych rozdano 15 wdowom po lekarzach zapomogi w ogólnej kwocie 763 kor. z funduszu nadesłanego przez Związek Towarzystw lekarskich, uchwalono odpowiedź na pismo Wydziału krajowego w sprawie Dra F. w B., wydano opinię w sprawie mianowania znawcy sądowego dla chorób nerwowych i umysłowych, w sprawie umowy kasy chorych w Przemyślu z lekarzami (przy obliczaniu ryczałtu ma być zasadą: 3 korony od członka; umowy mają być zawarte na piśmie; lekarzom nie stabilizowanym przysługuje wypowiedzenie 3-miesięczne, stabilizowanym może być posada wypowiedziana tylko na zasadzie śledztwa dyscyplinarnego; obie strony uznają Wydział Izby za sąd rozjemczy), w sprawie sposobu ogłaszania się Dra H. i L., który uznano za dopuszczalny, w sprawie udzielenia koncesyi na fabrykę przetworów lekarskich we Lwowie. Uchwalono przedłożyć Wydziałowi krajowemu memoryał w sprawie braku lekarzy w służbie krajowej. Na zapytanie Dra S. w C. uchwalono wyjaśnić, że używanie tytułu na mocy 5-tygodniowego pobytu w klinice nie jest usprawiedliwione, uznano zażalenie na Dra J. za nieuzasadnione, przesłuchano Dra W. z powodu zażalenia kasy chorych. Zastępcą prezesa lekarskiej Kasy chorych wybrano na 3 lata Dra Stankiewicza. Wreszcie prezydent zdał sprawę z posie-

dzenia Wydziału wykonawczego Izb w Wiedniu, na którem m. i. uchwalono starać się u rządu o przyznanie lekarzom, delegowanym przy epidemiach duru, 20 koron dyet dziennie, a Wiec Izb zwołać na czas sesyi Rady państwa.

— Towarzystwo higieniczne lwowskie wybrało delegatami do polskiego Komitetu międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie, prezesa swego Dra Obtułowicza, Dra Hojnackiego i Dra Blumenfelda.

— Schronisko leśne Towarzystwa walki z gruźlicą w lasach miejskich w Hołosku pod Lwowem ma być otwarte już w pierwszych dniach lipca. Będzie to schronisko stałe, rodzaj sanatoryum leśnego, dla 50 chorych. Baraków i urządzenia dostarczyło Towarzystwo Czerwonego Krzyża, terenów udzieliło miasto.

— Po roku wytrwałych starań powiodło się »Towarzystwu zabaw ruchowych« utworzyć »Park gier« (za rogatką Stryjską), którego poświęcenie i uroczyste otwarcie odbędzie się dn. 29. VI. b. r. o godz. 10 rano. »Towarzystwu zabaw ruchowych«, które dotychczasową swą pracą znaczne już położyło zasługi, składamy najszczersze powinszowania z powodu dokonania dzieła, któremu życzymy jaknajpomyślniejszego rozwoju.

Warszawa. Wydział kąpieli ludowych warszawskiego Towarzystwa dobroczynności wydał w roku 1908 162.045 kąpieli, z tego 53.398 dla dzieci ze szkół początkowych. O znakomitym rozwoju kąpieli świadczy to, że w ciągu lat 10 liczba wydanych kąpieli wzrosła przeszło 6 razy (w r. 1898 wydano kąpieli 24.774). Koszt jednej kąpieli wynosił 7·87 do 13·26 kopiejek.

— Rzadki jubileusz, 50-lecie zawodu lekarskiego, obchodził 14. VI. b. r. Dr Wacław Lasocki w Nałęczowie. Urodzony w r. 1837 na Wołyniu, studya lekarskie odbył w Kijowie, poczem był asystentem kliniki chirurgicznej. Za udział w wypadkach r. 1863 skazany na śmierć; wyrok ten zamieniono jednak na ciężkie roboty na Syberyi; od roku 1866 był na osiedleniu w Galiczu i Kostromie, gdzie zyskał sobie, jako lekarz, olbrzymie wzięcie. Do kraju powrócił w r. 1873; od r. 1875 do 1898 był naczelnym lekarzem kolei nadwiślańskich. Od tego czasu zamieszkał w Nałęczowie (gdzie był jednym z założycieli znanego zakładu) i oddał się pracy społecznej i oświatowej. Cenne swe zbiory rycin i dzieł historycznych ofiarował w r. 1903 Muzeum narodowemu.

Zmarli: Dr Błażej Kijas, emerytowany lekarz powiatowy w 83 r. ż. w Mielcu.

Uzupełnienie: W Nrze 23 »Przeglądu lek.« str. 367, szpalta druga, wiersz 11 od góry po słowie »3) kol. Kossak« należy dodać: »i kol. Raszkes: »Przypadek przedwczesnego miesiączkowania«. 4) Kol. Kossak:«, a na końcu tego ustępu: »7) kol. Kołodner: »Pokaz 13-letniej dziewczynki, u której usunięto 2 torbiele adenoidalne jajników«.«

Sprostowanie. W Nrze 24. str. 380, szpalta II, wiersz 35 od dołu, zamiast »doświadczenia« czytaj »darwinizmu«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 30. czerwca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Jaworski: Sprawozdanie komitetu dla Zjazdu internistów polskich. 2) VII. wykład z seryi wykładów o gruźlicy: Dr Janiszewski: Statystyka i profilaktyka gruźlicy.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Pyrenol. Dr Ludwig Riess (Allg. Wiener medizinische Zeitung 1909. Nr 5). Własności pyrenolu dają się łatwo teoretycznie wyprowadzić z jego składu chemicznego (kw. siambendźwinowy, tymol i kw. salicylowy). Zawartość istot empyreumatycznych nadaje mu działanie wykrztuśne, a zarazem uspokajające. Doświadczenia przy łóżku chorego zgadzają się z dedukcyą teoretyczną, o ile lek poda się we właściwym przypadku i w odpowiedniej dawce. Szczególnie uwydatnia się zdolność rozpuszczania śluzu przy dychawicy oskrzelowej. Analogiczne działanie widzimy przy krztuścu, który przebiega łagodniej. Stosuje się pyrenolu 2,0—5,0/100·0 syrupu malinowego 20,0 trzy do sześć razy dziennie małą łyżeczkę kawową. Szczególnie skutecznym okazał się pyrenol przy zapaleniu płuc (5 razy dziennie kołaczek po 0,5), gdyż tu zbiega się korzystne działanie wszystkich składników, w postaci obniżenia ciepłoty, uspokojenia dolegliwości z kaszlu i wzmocnienia czynności serca. Przy ospie działa pyrenol skutecznie przeciw towarzyszącemu nieżytowi oskrzeli. Złych następstw natomiast i przykrych objawów ubocznych po zażyciu pyrenolu autor nigdy nie spostrzegał. *Hr. W.*

W KRYNICY dom pod „Orłem". Dr Zygmunt Wąsowicz ordynuje jak w latach poprzednich do końca września. 313 (Choroby wewnętrzne i kobiece).

Słowiańskie miejsce kąpielowe na Morawach
LUHACZOWICE
(LUHAČOVICE)
ma bardzo wygodne połączenie kolejowe z Warszawą, Krakowem i Lwowem przez Przerów — Węg. Gradisko — Ujezd — Luhaczowice.
Stacya kolei na miejscu. Kuracyuszów było w roku 1908 **5053**, z tego dużo Polaków.
Środki lecznicze: 4 źródła alkaliczno-muriatyczne, kąpiele naturalne z kwasem węglowym (jak w Nauheim), inhalatorium (jak w Reichenhall), kąpiele słoneczne, leczenie wodą, kąpiele w rzece
14 lekarzy z tych niektórzy mówią po polsku.
Wskazania: chroniczne choroby dróg oddechowych, serca, żołądka, kiszek, wysięki, kamienie żółciowe, cukrzyca, niedokrewność, blednica, neurastenia. 308
Zabawy: orkiestra pierwszorzędna ze 20 sił, codziennie od 6—8 i od 4—6, biblioteka, czytelnia (polskie gazety i książki), teatr.
Prospekty polskie, czeskie, ruskie i niemieckie. — Zapytania w kwestyi mieszkań etc. odwrotną pocztą przez Dyrekcyę.
Czeskie towarzystwo akcyjne.
Kapitał akcyjny 2,000,000 Koron.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 3. lipca 1909. Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie miesienia brzucha przy chorobach serca.

Podał

Jan Studziński.

(Ciąg dalszy).

4. Niedomykalność zastawki dwudzielnej. J. W., lat 22, prawosławny, przed 8 laty przebył płonicę, poczem długo brzękły mu nogi. Następnie stan poprawił się. Przez 6 lat W. czuł się zdrowym, w ciągu zaś ostatnich 2 lat skarży się na duszność, bicie serca, niedomagania i na zjawiający się od czasu do czasu obrzęk nóg. Od 2 prawie tygodni obrzęki całego ciała, duszność i bicie serca większe, chory nie może chodzić. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 13/XII 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe bladawe z odcieniem sinawym. Ogólny obrzęk na całym tułowiu i kończynach. Granice płuc prawidłowe; przy opukiwaniu odgłos jawny; oddech zaostrzony, wszędzie rozsiane suche rzężenia. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na palec na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu, na palec w lewo od linii sutkowej; ledwie macalne. Nad końcem serca silny szmer skurczowy, nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony. Tętno 80 w 1 minucie, miękkie. Brzuch wzdęty, w jamie brzusznej niewielka ilość płynu wolnego. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, miękka. Śledziona macalna na $1^1/_2$ palca poniżej łuku, zbita. Dobowa ilość moczu 1200 ctm. sz., c. g. 1.018, odczyn kwaśny, ledwie dostrzegalne ślady białka, cukru niema; w osadzie niema nic nieprawidłowego.

Podano: napar gorzykwiatu (5,0 : 200,0) z kofeiną (0,3) co 2 godziny łyżkę. Zalecono spokój.

Obrzęki z każdym dniem mniejsze, a 31/XII pozostał już tylko nieznaczny obrzęk goleni. Podawania lekarstwa zaniechano. 3/I 1908 r. prawa granica stłumienia serca posunęła się do linii środkowej, lewa do sutkowej, górna w 4. międzyżebrzu. Przy osłuchiwaniu te same objawy, jak poprzednio. Obrzęków niema. Miesienie brzucha stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 4): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Tętno po miesieniu było częstsze 2 razy, wolniejsze 2 razy, a bez zmiany 1 raz. Oddech bez zmiany. Ciśnienie krwi po miesieniu było niższe 2 razy, pozostało bez zmiany 3 razy. Krzywe tętna przed i po miesieniu naogół różnicy nie wykazują. Samopoczucie bez zmiany.

5. Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie lewego ujścia żylnego w okresie niewyrównania serca. Marskość zastoinowa wątroby. Stwardnienie tętnic. R. T., lat 46, izraelitka, uważa się za chorą od 6 lat, od czasu, kiedy zaczęła doświadczać duszności i bicia serca przy chodzeniu, czasami bolów w okolicy serca, i zauważyła stopniowe powiększanie się brzucha. Ostatnimi czasy cierpienia te tak się wzmogły i chora tak osłabła, że nie może o własnych siłach przejść przez pokój. Moczu bardzo niewiele; ciągłe zaparcie stolca (stolec raz na 5 dni). Brak łaknienia. 4 porody. Przedtem zawsze była zdrową. Dziedzicznie nie obciążona. Przyjęta do kliniki 17/X 1907 r.

Tablica Nr. 4.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
3/I	1300	20	54	155	20	54	155	
4	1300	24	72	160	24	76	155	
5	1200	28	60	170	28	54	160	
6	1200	30	64	155	30	66	155	
7	1200	30	72	170	30	70	170	

Układ kostny i mięśniowy bez zboczeń. Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęki nóg do kolan (wgłębienia na $^1/_2$ ctm.). Układ nerwowy prawidłowy. Granice płuc prawidłowe, ruchome; przy opukiwaniu odgłos jawny; oddech pęcherzykowy. Cała okolica serca tętni. Prawa granica stłumienia serca na palec na prawo od prawej linii mostkowej, górna na 4 żebrze, lewa na 3 palce na lewo od linii sutkowej. Uderzenie końca serca w 6 międzyżebrzu, rozlane, bardzo wyraźne. Nad końcem serca szmer skurczowy i rozkurczowy, nad tętnicą płucną i główną drugi ton wzmocniony. Tętnice obwodowe stwardniałe (II stopnia). Tętno 60 w minucie, nierówne, niemiarowe, średnio pełne. Żyły podskórne na brzuchu i kończynach dolnych dość znacznie rozszerzone. Brzuch znacznie powiększony, napięty, chełboce; obwód brzucha 127 ctm.; płyn sięga na szerokość dłoni wyżej pępka. Przepuklina pępkowa. Wątroba i śledziona nie dają się wymacać. Dobowa ilość moczu 800 ctm. sz., c. g. 1.016; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie niema nic chorobowego.

19/X wypuszczono z jamy brzusznej 11 litrów cieczy przeźroczystej, surowiczej, ciemno-żółtej, o c. g. 1.017, białka w niej 7%; w osadzie niewielka ilość śródbłonków, oraz krwinek białych i czerwonych. Wątroba macalna na 3 palce poniżej łuku żebrowego (powiększony przeważnie płat lewy), twarda gruboziarnista, brzeg zaostrzony. Śledziona wymacać się daje, na 2 palce poniżej łuku, zbita, brzeg tępy. Obwód brzucha 97 ctm. Podano: napar gorzykwiatu (8.0:180.0) z salicylanem sodowo-kofeinowym (1.5) i octanem potasu (4.0) — 6 łyżek dziennie.

Od 20/X do 11/XI ilość płynu w jamie brzusznej zwiększa się stopniowo. Dobowa ilość moczu waha się od 1200 do 1600 ctm. sz. Zatwardzenie jak poprzednio. Przy próbach chodzenia bicie serca. 12/XI prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 4 żebrze, lewa na 2 palce na lewo od linii sutkowej; przy osłuchiwaniu te same objawy co i poprzednio. Obwód brzucha 112 ctm. Niewielkie obrzęki stóp i $^2/_3$ dolnych goleni. Miesienie brzucha stosowano z początku 10 razy, potem od 23/XI miesienia i leków zaniechano. 23/XI stolec 1 raz, moczu 2200 ctm. sz.; 24/XI stolca nie było; moczu 1800 ctm. sz.; 25/XI stolca nie było; moczu 1700 ctm. sz.; 26/XI stolec za la-

watywą; moczu 1200 ctm. sz.; 27/XI stolca nie było, moczu 1100 ctm. sz. Od 28/XI miesienie stosowano znów 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 5 a, b): Granice stłumienia serca przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu był częstszy 2 razy, bez zmiany 13 razy. Tętno po miesieniu było częstsze 5 razy, wolniejsze 4 razy, bez zmiany 6 razy. Ciśnienie krwi było wyższe 8 razy, niższe 1 raz, bez zmiany 6 razy. Krzywe tętna naogół przed i po miesieniu wyraźnej różnicy nie okazują. Przez cały czas miesienia stolec codziennie. Ogólny stan od pierwszych dni miesienia znacznie lepszy; w czasie 5-dniowej przerwy trochę gorszy, lecz w każdym razie chora mogła przechadzać się, nie doznając ani duszności, ani bicia serca. Zwiększenia ilości płynu w jamie brzusznej w okresie miesienia nie spostrzeżono. Pod wpływem miesienia dobowa ilość moczu nieco większa.

Tablica Nr. 5, a.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
13/XI	1600	20	96	125	20	90	130	
14	1500	20	84	120	20	84	125	
15	1600	18	84	120	18	90	125	
16	1300	18	78	120	20	78	125	
17	2100	20	88	120	20	86	125	
18	2400	20	84	120	20	84	125	
19	1900	18	70	125	20	68	125	
20	1500	18	72	120	18	76	120	
21	1400	18	84	120	18	76	125	
22	1800	20	64	125	20	64	130	

Tablica Nr. 5, b.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
28/XI	700	20	88	125	20	90	120	
29	900	18	72	125	18	76	125	
30	1200	20	80	125	20	88	125	
1/XII	1100	18	80	125	18	80	125	
2	1100	18	80	125	18	80	125	Od 3/XII miesiączka

6. **Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie lewego ujścia żylnego w okresie niewyrównania serca.** L. A., lat 26, prawosławny; przed 3 laty przebył ostry gościec stawowy, powikłany zapaleniem wsierdzia. Pewien czas po przyjściu do zdrowia czuł się nieźle, dopóki nie został uderzony młotem w lewy bok. Od tego czasu stale uskarża się na bicie serca, duszność i niezdolność do pracy. Przed trzema dniami bez żadnego powodu obrzękły mu nogi i dolna połowa tułowia; duszność znacznie się wzmogła, zjawił się kaszel z plwociną krwawą. Gorączki niema. Wyskoku nie nadużywał; kiły miał nie przebywać. Wstąpił do kliniki 6/XIII 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy prawidłowy. Skóra i widzialne błony śluzowe blade z odcieniem sinawym. Podściółka tłuszczowa skąpa. Obrzęk kończyn dolnych i dolnej połowy tułowia. Odruchy ścięgniste znacznie wzmożone. Granice płuc prawidłowe, ruchome; przy opukiwaniu odgłos jawny. Przy osłuchiwaniu stwierdza się nad i pod lewym obojczykiem oddech zaostrzony z wydechem przedłużonym; z tyłu zaś w obu dolnych płatach nieznaczne osłabienie oddechu i znaczna ilość wilgotnych drobnobańkowych rzężeń. Prawa granica stłumienia serca, począwszy od prawego stawu mostkowo-obojczykowego idzie ukośnie w dół i w prawo, przecinając 5 żebro na 3 palce na prawo od prawej linii mostkowej; lewa granica zaczyna się na palec na lewo od lewego stawu mostkowo-obojczykowego i idzie ukośnie w dół i w lewo do 6 międzyżebrza, które przecina na 2 palce na lewo od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe rozlane, wyraźne, w 6 międzyżebrzu na palec na zewnątrz od linii sutkowej. Przy osłuchiwaniu nad wierzchołkiem szmer przedskurczowy i skurczowy, oraz rozdwojenie drugiego tonu; nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony; nad tętnicą główną 2 tony. Tętno 100 w 1 minucie, dość próżne i nadzwyczaj wyraźnie dwubitne. W jamie brzusznej wolny ruchomy płyn, sięgający do pępka. Wątroba wystaje na 4 palce z pod łuku żebrowego, zbita, bolesna. Dobowa ilość moczu 1000 ctm. sz.; c. g. 1.026; odczyn zasadowy; białka 1°/₀₀; cukru niema; w osadzie dużo fosforanów wapnia i magnu, zrzadka wałeczki szkliste, nabłonka nerkowego nie znaleziono. W plwocinach laseczników gruźliczych nie znaleziono.

Podano napar gorzykwiatu (8.0:200.0) z kofeiną (0.3) co 2 godziny łyżkę.

7/XII stan chorego bez zmiany; waga 78 kg. Zalecono miesienie brzucha. Miesienie brzucha stosowano 6 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 6): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany. Tętno było wolniejsze 3 razy, pozostało bez zmiany 3 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 2 razy, niższe 3 razy, bez zmiany 1 raz. Krzywe tętna przed i po miesieniu naogół różnicy nie okazują. Chory z trudem leży 15 minut dla wykonania miesienia, lecz po każdem miesieniu czuje się znacznie lepiej. Po pięciu dniach miesienia górna granica przesunęła się do 3 żebra, prawa na palec w prawo od prawej linii mostkowej; lewa do sutkowej. Obrzęk nieco mniejszy. Waga 77 kg. W czasie przerwy w miesieniu od 12/XII do 16/XII przy podawaniu tych samych co poprzednio leków obrzęki szybko się zwiększyły i lewa granica serca posunęła się na $1^1/_2$ palca w lewo. Waga 80 kg. Przy osłuchiwaniu serca objawy te same. Białka w moczu 1°/₀₀.

Tablica Nr. 6.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
8/XII	650	30	94	160	30	90	170	
9	700	30	100	165	30	100	165	
10	650	30	112	155	30	108	150	
11	800	30	96	165	30	92	170	
12	800	30	96	175	30	96	165	Waga 77 kg.
16	700	30	96	175	30	96	165	Waga 80 kg.

7) **Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie lewego ujścia żylnego. Krwotok do jamy opłucnej, wskutek rany kłutej. Wtórne śródmiąższowe zapalenie nerek. Stwardnienie tętnic.** W. J., lat 40, prawosławny, blizko od 4 lat uskarża się na kaszel, duszność, bicie serca po pracy fizycznej, lub po szybszych ruchach, wskutek czego musiał ostatnimi czasy zaniechać pracy. Przed 5 dniami został zraniony nożem w plecy, poczem bardzo osłabł i zaczął uskarżać się na silną duszność; jednocześnie obrzękły mu nogi. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dawniej często cierpiał na zimnicę. Wstąpił do kliniki 11/I 1908 r.

Układ kostny i mięśniowy bez zboczeń. Skóra na twarzy i rękach, oraz widzialne błony śluzowe blade z odcieniem sinawym. Podściółka tłuszczowa nieznaczna. Niewielkie obrzęki stóp i dolnej części goleni. Górne i prawa dolna granica płuc prawidłowe. Z lewej strony stłumienie zaczyna się z przodu od 4 żebra, a z tyłu od dolnego kąta łopatki. Oddech i drżenie piersiowe w okolicy stłumienia osłabione. Przy próbnem nakłuciu wydobyto czystą krew barwy ciemno-czerwonej. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii przymostkowej, górna w 3 międzyżebrzu. Uderzenie koniuszkowe w 5 międzyżebrzu na palec na zewnątrz od linii sutkowej, niewyraźne. Nad koniuszkiem nieznaczne wzmocnienie pierwszego tonu i szmer poskurczowy, nad tętnicą płucną pierwszy ton ze szmerem, drugi wzmocniony; nad tętnicą główną niewielkie wzmocnienie drugiego tonu. Tętno nieregularne, zliczyć się nie daje. Stwardnienie tętnic obwodowych II stopnia. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, zbita. Śledziona macalna na szerokość dłoni poniżej łuku, zbita, brzeg tępy. Dobowa ilość moczu 900 ctm. sz.; c. g. 1.021; odczyn kwaśny; ślady białka; cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste (3—4 w polu widzenia), drobno- i gruboziarniste (1—2 w polu widzenia), krwinki białe (10—15 w polu

widzenia) i zrzadka czerwone, nabłonek nerkowy; dużo soli moczowych.

Podano: napar naparstnicy (0.6:150.0) z kofeiną (0.3) co 2 godziny łyżkę, a od 19/I zamiast naparstnicy gorzykwiat (6.0).

Obrzęki zaczęły szybko ustępować i ilość krwi w jamie opłucnej zmniejszyła się. 28/I prawa granica stłumienia serca tuż za linią środkową, lewa na palec na zewnątrz od linii sutkowej; górna na 4 żebrze. Obrzęków niema. Krwi w jamie opłucnej prawie niema. Leków zaniechano. Od 2/II zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 7): Granice stłumienia

Tablica Nr. 7.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
2/XII	1700	20	72	145	20	64	130	
3	1300	20	64	145	20	68	145	
4	1700	20	72	150	20	68	155	
5	1850	18	66	135	18	76	140	
6	2500	18	72	135	18	72	135	

serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany. Tętno po miesieniu stało się częstszem 2 razy, wolniejszem 2 razy, pozostało bez zmiany 1 raz. Największe przyspieszenie do 10 uderzeń w 1 minucie, największe zwolnienie do 8 w 1 minucie. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 2 razy, spadło 1 raz, pozostało bez zmiany 2 razy. Krzywe tętna wskazywały naogół po miesieniu skłonność do zmniejszenia się napięcia naczyń. Samopoczucie po miesieniu dobre.

Zestawiając wszystkie 7 spostrzeżeń tej grupy, można powiedzieć, że samopoczucie w 1, 5 i 6 przypadku po miesieniu było znacznie lepsze, w pozostałych bez zmiany. W przypadkach z niewyrównaniem serca (5 i 6) ilość przesięku w jamie brzusznej nie wzrastała. Dobowa ilość moczu, z wyjątkiem niewielkiego wzrastania w 5 i 7 przypadku, naogół pozostała bez zmiany. Oddech po miesieniu stał się częstszym 4 razy, wolniejszym 3 razy, a pozostał bez zmiany 51 razy. Tętno pod wpływem miesienia stało się częstsze 18 razy, wolniejsze 14 razy, a pozostało bez zmiany 26 razy. Ciśnienie w tętnicy ramieniowej po miesieniu podniosło się 20 razy, spadło 11 razy, pozostało bez zmiany 27 razy. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu naogół bez zmiany. Na krzywych, zdjętych bezpośrednio przed i po miesieniu, albo nie spostrzega się żadnej różnicy, albo spostrzega się po miesieniu pewne zmniejszenie się napięcia naczyń.

Grupa II. Wady tętnicy głównej.

8) Zwężenie ujścia tętnicy głównej i niedomykalność jej zastawek. P. S., lat 21, prawosławny. Przed 3 laty przebył ostry gościec stawowy, poczem narazie przez pewien czas doświadczał duszności po szybszych ruchach, lecz z czasem duszność ustąpiła i chory czuł się zupełnie dobrze; dopiero od dwóch miesięcy zaczął doznawać chwilami ściskania w okolicy serca. Wyskoku nadużywał, kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 18/IV 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy dobrze rozwinięty. Skóra i widzialne błony śluzowe blado-różowe. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęków niema. Granice płuc prawidłowe, przy opukiwaniu odgłos jawny, oddech pęcherzykowy. Prawa granica stłumienia serca na lewej linnii mostkowej, górna na 4 żebrze, lewa na linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6 międzyżebrzu, na linii sutkowej, wyraźne. Wszędzie słychać 2 szmery, najlepiej wszakże nad tętnicą główną; nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony. Tętno 70 w 1 minucie, pełne, mające cechę chybkiego, dostrzegalne w naczyniach włoskowatych. Wątroba nie macalna. Śledziona wymacać się daje na $1^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego, zbita. Dobowa ilość moczu 1400 ctm. sz.; c. g. 1.016; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 18/IV do 26/IV samopoczucie dobre. Miesienie brzucha stosowano 6 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 8): Granice stłumienia

Tablica Nr. 8.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
27/IV	1500	20	72	190	20	72	175	
28	1300	18	60	155	18	64	135	
29	1400	20	58	175	20	64	150	
30	1400	20	72	150	20	72	150	
1/V	1200	20	72	105	20	72	155	
2	1500	18	60	150	18	60	135	

serca przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany Tętno po miesieniu stało się częstsze 2 razy, pozostało bez zmiany 4 razy. Ciśnienie krwi spadło 5 razy, pozostało bez zmiany 1 raz. Największe obniżenie ciśnienia sięgało 25 mm. Hg. Krzywe tętna, zdjęte przed i po miesieniu, naogół różnicy nie okazują. Samopoczucie przez cały czas po miesieniu bardzo dobre.

9. Zwężenie ujścia tętnicy głównej i niedomykalność jej zastawek w okresie niewyrównania, stwardnienie tętnic. N. J., lat 46, wyznania ewangielickiego, uskarża się na duszność, ogólne niedomaganie, bicie serca i silny kaszel, który nie pozwala mu usnąć. Po raz pierwszy doświadczył duszności przed 5 laty. Od marca bieżącego roku duszność i bicie serca z niewielkiemi przerwami trwają ciągle. Ostatnimi czasy bardzo osłabł. Wyskoku nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 21 XI 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięty prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe blade, nieco sinawe. Podściółka tłuszczowa niewielka. Obrzęk kończyn dolnych i okolicy krzyżowej. Granice płuc prawidłowe, ruchome, przy opukiwaniu odgłos jawny, oddech pęcherzykowy, przerywany, mający cechę oddechu Cheyne-Stokesa, z obfitą ilością wilgotnych drobno- i średnio-bańkowych rzężeń, zwłaszcza w tylnych dolnych częściach płuc. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 4 żebrze, lewa na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej, dolna na górnym brzegu 7. żebra. Uderzenie końca serca nie widzialne, nie macalne. Nad całą okolicą serca słychać 2 szmery, najwyraźniej w 2 międzyżebrzu koło prawego brzegu mostka. Szmer skurczowy udziela się nad tętnicę podobojczykową i nad obojczyk. Mocne tętnienie tętnic skroniowych, dolnej tarczowej, podobojczykowych i ramiennych. W dużych tętnicach tętno wstępujące (anakrotyczne). W tętnicy ramiennej pierwszy ton Tętno 80 w 1 minucie, mające cechę chybkiego. Stwardnienie tętnic II stopnia. Wątroba sięga do linii pępkowej, bolesna. Śledziona macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego. Dobowa ilość moczu 900 ctm. sz.; c. g. 1.014; odczyn kwaśny; ślady białka; w osadzie rzadko wałeczki szkliste i drobnoziarniste; nabłonka nerkowego nie znaleziono.

Podano: napar gorzykwiatu (8.0:180.0) z kofeiną (0.3) octanem potasu (4.0) 3 łyżki dziennie. Zalecono spokój, dyetę mleczną. Od 24/XI zalecono miesienie brzucha. Miesienie brzucha stosowano 10 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr· 9): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany z cechą oddechu Cheyne-Stokesa. Tętno po miesieniu było częstsze 2 razy, wolniejsze 3 razy, pozostało bez zmiany 5 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 8 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Największe podniesienie ciśnienia krwi o 25 mm. Hg. W krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, różnicy naogół nie było. Ogólny stan i samopoczucie z każdym dniem stopniowo się poprawiały.

10. Zwężenie ujścia tętnicy głównej i niedomykalność jej zastawek. C. M., lat 21, izraelita. Przed 12 laty przebył ostry gościec stawowy, poczem czuł się dobrze. Od 4 lat chory uskarża się od czasu do czasu na bole w krzyżach; przez ostatnie 9 miesięcy na bicie serca i ból w okolicy serca. Wy-

skoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 28/XII 1907 r.

Tablica Nr. 9.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
24/XI	900		74	200		72	225	
25			72	190		72	215	
26	zebrać nie było można		78	195		72	220	
27			70	190		70	205	
28	900	Cheyne-Stokesa	76	190	Cheyne-Stokesa	76	205	Rozwolnienie
29	1000		76	180		76	180	
30	1200		74	200		76	210	
1/XII	1200		76	200		72	200	
2	1500		76	205		76	225	
3	1400		72	190		76	205	

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe bladawe. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęków niema. Odruchy skórne znacznie wzmożone, kolanowe zaś obniżone. W płucach zboczeń od stanu prawidłowego niema. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na dolnym brzegu 3 żebra, lewa na przedniej linii pachowej. Uderzenie końca serca w 6 międzyżebrzu, bardzo wyraźne. Wszędzie słychać 2 szmery, najwyraźniej w 3 prawem międzyżebrzu, tuż koło mostka. Szmer skurczowy udziela się nad główkę ramienia. We wszystkich tętnicach obwodowych ton pierwszy kłapiący. Tętno 72 w 1 minucie, napięte, chybkie, znacznie opóźniające się w porównaniu z uderzeniem koniuszkowem. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, miękka. Śledziona nie macalna. Dobowa ilość moczu 1400 ctm. sz.; c. g. 1.016; odczyn kwaśny; ledwie dostrzegalne ślady białka; cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 2/1 1908 r. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 10): Granice stłumienia

Tablica Nr. 10.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
2/I	1700	28	82	185	22	64	160	
3	1500	22	70	165	22	60	155	
4	1600	22	70	155	22	68	155	
5	1700	22	58	160	22	58	160	
6	1600	26	64	145	26	64	145	

serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech stał się wolniejszym 1 raz, pozostał bez zmiany 4 razy. Tętno stało się wolniejszem 3 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Największe zwolnienie było o 18 uderzeń w 1 minucie. Ciśnienie krwi było niższe po miesieniu 2 razy, pozostało bez zmiany 3 razy. Na krzywych tętna po miesieniu widoczna była naogół skłonność do zmniejszenia się napięcia naczyń. Samopoczucie po miesieniu bez zmiany.

11. Zwężenie ujścia tętnicy głównej i niedomykalność jej zastawek. Stwardnienie tętnic. B. G., lat 24, prawosławny. Przed 8 laty przebył ostry gościec stawowy, poczem przez 4 lata czuł się dobrze, następnie znów zapadł na gościec stawowy i od tego czasu chwilami doświadcza bicia serca i duszności, występujących stale po szybkiem chodzeniu lub ciężkiej pracy. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Wstąpił do kliniki 2/1 1908 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięty prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe bladawe. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęków niema. Układ nerwowy bez zboczeń. Granice płuc prawidłowe, brzegi ruchome, przy opukiwaniu odgłos jawny, oddech pęcherzykowy. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 4 żebrze, lewa na palec na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6 międzyżebrzu, na palec na zewnątrz od linii sutkowej, mało wyraźne. Nad końcem szmer rozkurczowy, wzmagający się w kierunku tętnicy głównej, gdzie słychać szmer skurczowy i rozkurczowy. Szmer skurczowy udziela się nad główkę ramienia. Nad tętnicą płucną drugi ton nieco wzmocniony. Tętno 90 w 1 minucie, pełne, chybkie, widoczne w naczyniach włoskowatych. Stwardnienie tętnic I stopnia. Nad tętnicą biodrową ton. Wątroba daje się wymacać na palec poniżej łuku żebrowego, zbita. Dobowa ilość moczu 1650 ctm. sz.; c. g. 1.015; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 2/I do 28/I różnicy w stanie chorego nie dostrzeżono. Od 21/I zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 11): Granice stłumienia

Tablica Nr. 11.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
29/I	1600	20	90	150	20	76	145	
30	1700	18	84	135	18	80	135	
3/II	1500	18	80	125	18	78	140	
4	1500	18	88	135	18	80	140	
5	1500	18	84	135	18	76	140	

serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu bez zmiany. Tętno po miesieniu było wolniejsze; największe zmniejszenie ilości uderzeń dochodziło do 14 w 1 minucie. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 3 razy, niższe 1 raz, pozostało bez zmiany 1 raz. Na krzywych tętna daje się zauważyć skłonność do zmniejszenia się napięcia naczyń po miesieniu. Samopoczucie po miesieniu dobre.

Zestawiając spostrzeżenia tej grupy widzimy, że samopoczucie po miesieniu w 10 i 11 przypadku pozostawało bez zmiany, w 8 i 9 stało się lepszem; przy tem należy nadmienić, że w przypadku 9 na polepszenie samopoczucia niemało wpłynęła dyeta mleczna, spokój, środki sercowe i zwiększenie się ilości moczu. Oddech był częstszy 1 raz, bez zmiany pozostał 25 razy (w przypadku 9 oddech Cheyne-Stokesa powstawał u chorego częściowo pod wpływem leżenia na wznak). Tętno po miesieniu było częstsze 4 razy, wolniejsze 11 razy, a pozostało bez zmiany 11 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 11 razy, niższe 8 razy i bez zmiany 7 razy. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu, pozostawały bez zmiany. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, albo nie zauważa się żadnej różnicy, albo można zauważyć pewne zmiejszenie się napięcia naczyń po miesieniu.

(Ciąg dalszy nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Grysez. **Seroterapia przeciwmeningokokowa.** (*Presse méd.* 1909, Nr 43). Surowicę przeciwmeningokokową wykrył w r. 1905 Flexner w Nowym-Jorku, równocześnie w Niemczech Kolle i Wassermann, a potem Jochman. Później zaczął ją wyrabiać Merkl w Wiedniu, a w ostatnim czasie Dopter w Zakładzie Pasteura w Paryżu. Wszystkie te surowice działają wprost na dwoinki zapalenia opon i niszczą je, zetknąwszy się z niemi. Należy je zatem chorym wstrzykiwać wprost do rdzenia, Nakłuwa się kanał kręgowy, ułożywszy chorego na boku w pozycyi możliwie najbardziej zgiętej. Wypuszcza się 20—30 ctm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego, który się zbiera w jałowe rurki do

zbadania bakteryologicznego; wstrzykuje się potem do kanału bardzo powoli (kilka minut) 20—30 ctm³ surowicy u dzieci, 30—45 ctm³ u dorosłych w przypadkach zwykłych i powtarza się te wstrzykiwania przez 3—4 dni z rzędu. W ciężkich przypadkach należy wstrzykiwać odrazu więcej, n. p. pierwszego dnia 80—90 ctm³ na dwa razy w odstępie 10—12 godzin, następnego dnia 45 ctm³, 3. i 4. dnia po 30 ctm³. Jeśli po kilku dniach nie widać wyraźnej poprawy, należy seryę wstrzyknięć powtórzyć. Te same przepisy odnoszą się do nawrotów choroby. 30—45 ctm³ surowicy można i wtedy wstrzyknąć, jeśli przy nakłuciu nic z kanału kręgowego nie wypływa. Wyniki mają być nadzwyczajne i tem lepsze, im wcześniej się surowicę wstrzykuje. Flexner na 328 przypadków uzyskał 85% uleczeń tam, gdzie wstrzyknięcia pierwszego dokonano w pierwszych trzech dniach choroby; 78% tam, gdzie surowicę wstrzyknięto między 4. a 7. dniem, a tylko 61% tam, gdzie ją wstrzyknięto później. Wstrzykiwania surowicy nie są zupełnie niebezpieczne, a więc można, nakłuwając kanał rdzeniowy w podejrzanym przypadku dla wzięcia płynu do zbadania bakteryologicznego odrazu wstrzykiwać surowicę, nie czekając wyniku badania bakteryologicznego. *Stahr.*

Martinet. **Nieszczęśliwe przypadki po stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w stosunku do dychawicy.** (*Presse méd.* 1909, Nr 40). Na podstawie zestawienia Giletta, lekarza nowojorskiego, który w 28 przypadkach widział zejście śmiertelne lub ciężki zapad po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, przyczem prawie we wszystkich tych przypadkach chorzy cierpieli przedtem na przypadłości ze strony narządu oddechowego: dychawicę oskrzelową, gorączkę sienną, lub ostry nieżyt oskrzeli, zwraca autor uwagę praktyków, by u takich chorych, u których w wywiadach stwierdzą skłonność do cierpień narządu oddechowego, co do wstrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej zachowywali wielką ostrożność. *Stahr.*

R. Castex. **Kliniczne poszukiwania swoistych niweczników w surowicy chorych, zakażonych różnymi rodzajami paciorkowca.** (*Presse méd.* 1909, Nr 37). Metodą Gengou i Bordeta zbadał autor na oddziale Widala surowicę 21 chorych, dotkniętych różą, płonicą, ropniami, gorączką połogową, ropnem zapaleniem opłucnej, ropnem zapaleniem stawów, a nadto 10 osób zdrowych lub dotkniętych innemi chorobami, jak rakiem żołądka, durem, wrzodem żołądka, zapaleniem płuc i t. p., i stwierdził obecność swoistego amboceptora w surowicy chorych na różę, ropne zapalenie paciorkowcowe, zapalenie opłucnej, gorączkę połogową, zapalenie stawu i ropień wywołany przez paciorkowce. Z 5 badanych surowic u płoniczych otrzymał C. trzy razy wynik ujemny (i to z różnymi szczepami paciorkowca) w postaciach choroby łagodnych, które się skończyły zupełnem wyzdrowieniem, wynik był zaś dwa razy dodatni w złośliwych postaciach płonicy, zakończonych śmiercią. Żadna z 10 surowic ludzi zdrowych nie dała wyniku dodatniego. Wyniki te dowodzą z jednej strony jednolitości paciorkowca, a z drugiej przemawiają przeciw paciorkowcowemu pochodzeniu płonicy, w której paciorkowiec widocznie tylko wywołuje wtórne zakażenia. *Stahr.*

Dieulafoy. **Dwa przypadki posocznicy wiewiórowej, zakończone wyzdrowieniem, po którem natychmiast nastąpiło zakażenie durowe. Próba leczenia posocznicy wiewiórowej szczepionką wiewiórową.** (*Presse méd.* 1909, Nr 40). Autor opisuje swoje spostrzeżenia u dwóch chorych, którzy po zakażeniu się tryprem, ulegli posocznicy wiewiórowej, a wyleczeni z niej zapadli na dur brzuszny. Zakażenie wiewiórowe (ogólne) i durowe rozwijały się zupełnie od siebie niezależnie, i to tak, że po wiewiórze zjawiał się dur. Możnaby przypuścić dla wytłómaczenia sprawy, że prątek Ebertha został zaszczepiony obu chorym przez wstrzykiwanie zanieczyszczonej szczepionki wiewiórowej, lecz bardzo skrupulatne badania słoiczków, zawierających tę szczepionkę i szczepionki samej możliwość tę wyłączyły. Wyłącza autor również możliwość, by obaj chorzy zakazili się w szpitalu, gdyż równocześnie nie było na jego oddziale żadnego chorego na dur. Najbardziej przemawia autorowi do przekonania przypuszczenie, że obaj chorzy mieli w swym ustroju w chwili wstąpienia do szpitala utajone zarazki duru, które po niejakim czasie przeszły w stan czynny. Autor przypomina znany fakt, że istnieją tak zwani roznosiciele duru, u których, czy to w woreczku żółciowym, czy też w jelitach może przebywać prątek durowy nieczynny, wywołujący zaburzenia chorobowe dopiero wtedy, kiedy nastaną dla niego korzystne warunki bytu, może zatem być, chociaż tego autor nie udowadnia, że posocznica wiewiórowa stanowi owe korzystne warunki bytu dla prątka durowego. Szczepionkę wiewiórową (autor ją sprowadził od Wrighta z Londynu) Dieulafoy chwali, jako bardzo skuteczną na przypadłości wiewiórowe tak miejscowe, n. p. zajęcie stawów, jak i ogólne. *Stahr.*

A. Weber. **O poszukiwaniu prątków durowych w treści żołądkowej, zawierającej żółć.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1909, Nr 18). Wiadomą powszechnie jest rzeczą, jak niebezpieczni dla swego otoczenia mogą być t. zw. roznosiciele duru (zobacz »Przegląd lek.« 1908, Nr 42) i dlatego doniosłe znaczenie miałby łatwy sposób stwierdzania, czy wydzieliny ozdrowieńca po durze zawierają prątki durowe, czy nie. Niestety jednak, mimo postępów techniki, stwierdzenie prątka durowego w kale nie należy wcale do rzeczy łatwych, a nadto, nie w każdym stolcu ozdrowieńców znajdują się w istocie prątki, a roznosiciele duru wydzielają nieraz prątki tylko okresami i nieraz długo po ozdrowieniu prątków wcale nie wydzielają. Wiadomo, że prątki durowe u ozdrowieńców zatrzymują się, żyją i mnożą się głównie w pęcherzyku żółciowym. Skoro tak jest, to należałoby wywołać wsteczny przypływ żółci z dwunastnicy i pęcherzyka do żołądka i dopiero szukać prątków durowych w treści żołądkowej, zawierającej żółć. Otóż Weber posługując się sposobem, stosowanym przez Volharda dla oznaczania energii tryptycznej, podaje badanemu 200 gr oliwy i po 1/2 godziny dobywa z żołądka treść, która układa się w naczyniu w 2 warstwy: dolną, wodnistą, zabarwioną żółcią i górną, złożoną z oliwy. W tej to warstwie oliwnej zdołał Weber u dwóch roznosicieli duru (jednego mężczyzny i jednej kobiety) kilkakrotnie stwierdzić obecność prątka Ebertha. — W ten sam sposób wykazał Laubenheimer prątki paratyfusowe u osobnika, który był źródłem wielkiej liczby zakażeń paratyfusowych. Autor podkreśla, że prątki durowe, jeśli się znajdują w treści żołądkowej, to już w olbrzymiej ilości, gdy natomiast równoczesne badanie kału daje ledwo kilka kolonii prątka. W treści żołądkowej można jeszcze po dwóch dniach stwierdzić liczne prątki. Sposób ten można stosować w każdym szpitalu, nawet tam, gdzie niema żadnej pracowni bakteryologicznej, — a treść dobytą odsyłać nawet do odległej pracowni. — Co prawda, nie zawsze udaje się wywołać wsteczny przypływ żółci do żołądka, ale jeśli treść żołądkowa jest tylko trochę zabarwiona żółcią, to badanie »roznosiciela duru« daje wynik dodatni. A nieraz i wtedy udaje się stwierdzić obecność prątka durowego, kiedy treść, z żołądka dobyta, nawet wcale nie zawiera barwików żółciowych. Metodę tę należałoby zatem stosować u wszystkich chorych, opuszczających szpital po durze. *Stahr.*

John. **Kliniczne doświadczenia nad śródżylnemi wstrzykiwaniami nadnerczyny przy ciężkich zapadach.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 24). Dotychczasowe doniesienia o stosowaniu przy zapadach śródżylnych wstrzykiwań nadnerczyny brzmią wcale pomyślnie. Kothe stosował je z bardzo dobrym skutkiem celem zwalczania zapadów wśród znieczulenia rdzeniowego (1/2—1 cm³ kupnego 0,1% rozczynu epirenanu). Podobnie miał on otrzymać dobre wyniki przy zapadach wśród zapalenia otrzewnej, o czem donoszą także Haidenhain, Calmann i inni. Kothe stosuje śródżylnie adrenalinę, w przeciwieństwie do innych, nierozcieńczoną rozczynem soli kuchennej, wychodząc z założenia, że obciążanie pracy serca w zapadzie jeszcze 1/2—1 litrem płynu jest przeciwwskazane. John stosował to leczenie w przypadkach, gdzie już inne środki, jak strofantyna, kofeina i kamfora odmówiły działania, i przekonał się, że przetwory nadnercza oddają nawet wtedy cenne usługi. Pierwszem, wpadającem w oczy zjawiskiem przy wstrzykiwaniach jest wybitne zblednięcie twarzy i błon śluzowych chorego, trwające 2—3 minut. Potem zjawia się zaraz znaczne podniesienie się ciśnienia krwi. Tętno zwalnia się chwilowo. Wybitne polepszenie stanu zjawia się dopiero w 2—4 tygodni. Bladość pochodzi od skurczu naczyń. To korzystne działanie nadnerczyny odnoszą niektórzy do tego, że właśnie przy silnych zapadach brakuje we krwi wydzieliny nadnerczy. Czy takie wstrzykiwania nie wywołują w ustroju potem jakichś zmian, orzec jeszcze trudno, ale nie można tego brać w rachubę wobec tego, że wstrzykiwania stosujemy u człowieka jako ostatni środek ratunku. Może jednak doświadczenie kliniczne wykaże, że będzie można obchodzić się znacznie mniejszemi dawkami. *A.*

Doc. Brugsch. **Nowsze prace nad fizyologią i patologią trzustki.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 23). Nowe prace nad trzustką zmierzają głównie do wyjaśnienia sprawy cukrzycy trzustkowej. Zülzer doświadczalnie wykazał, że równoczesne wstrzyknięcie wyciągu trzustki i nadnerczyny wstrzymuje cukromocz, występujący po nadnerczynie, z czego Zülzer wnosi, że

cukrzyca trzustkowa jest niejako »dodatnią« cukrzycą nadnerczową, t. j. powstaje wskutek braku hamującego działania trzustki na nadnercza. Lewandowsky wykazał, że przy śródżylnem wstrzykiwaniu adrenaliny występuje krótkotrwałe rozszerzenie źrenicy, natomiast przy wkropleniu adrenaliny do oka to rozszerzenie nie występuje. Loewi przeniósł ten odczyn na chorych na cukrzycę i przekonał się, że odczyn ten występuje u tych chorych często (rozszerzenie źrenicy), natomiast u ludzi zdrowych bardzo rzadko. Loewi wnosi stąd, że trzustka drażni współczulne włókna hamujące, a brak czynności trzustki usuwa to działanie, czyli przez to źrenica pod wpływem adrenaliny się rozszerza. Falta, Eppinger i Rudinger zwrócili znów uwagę na wzajemny stosunek trzustki, tarczycy i układu chromochłonnego. Tak n. p. przy braku tarczycy nie występuje cukromocz adrenalinowy, a zjawia się zaraz po karmieniu zwierząt sokiem tarczycy. Wycięcie trzustki wzmaga ten cukromocz. Wynika z tego, że usunięcie jednego gruczołu ma podwójny skutek, 1) bezpośrednie działanie przez ustanie swoistej czynności, 2) pośrednie przez zadziałanie na inne gruczoły. Praktycznie wypowiedziećby to można w ten sposób, że pomiędzy tarczycą, trzustką, a układem chromochłonnym istnieje wzajemne hamowanie, pomiędzy tarczycą, a układem chromochłonnym wzajemne pobudzanie. Tak n. p. wycięcie tarczycy wiedzie przez ustanie hamowania do nadmiernej czynności trzustki, a naodwrót do zmniejszonego działania nadnerczy. Zwykłej cukrzycy nie należy utożsamiać z cukromoczem trzustkowym. Cukrzycę uważać musimy za wynik wspólnego działania na ustrój kilku czynników. Może z czasem uda się nam poznać je z osobna. Już obecnie na tem polu zaczynają się zwolna rozjaśniać pewne szczegóły, n. p. co do swoistego leczenia cukrzycy, które to leczenie w przyszłości napewno nastąpi. Obecnie leczymy, a raczej wpływamy na cukrzycę jedynie zapomocą dyety. Zülzer uczynił pierwszy krok naprzód. Opierając się na powyżej przytoczonych doświadczeniach, starał się leczyć cukrzycę wyciągami z trzustki i osiągnąć miał zachęcające wyniki, bo zmniejszanie się ilości cukru i zatrucia kwasami. Ciekawe są też ostatnie doświadczenia Vahlena. Jak wiadomo, ustrój chorego na cukrzycę nie traci wcale zdolności oksydacyi. Wynika z tego, że trzustka działa tylko jako katalizator, t. j. jako czynnik przyśpieszający rozpuszczanie cukru. Vahlen uzyskał z trzustki ciało, które samo nie rozkłada cukru, ale wyraźnie przyspiesza fermentacyę alkoholową. Prócz tego przekonał się V., że trzustka zawiera w sobie i inne ciała o wprost przeciwnem działaniu. Wobec tego uzasadnione są w cukrzycy próby stosowania drożdży. Dotąd zapomocą zymazy uzyskano w lżejszych postaciach cukrzycy wprawdzie przejściowe, ale zachęcające wyniki co do zmniejszania się ilości cukru. *A.*

Józef Zawadzki: **Wzór do obliczania wartości pieniężnej ciepłostek pokarmów.** (*Med. i Kron. lek.* 1909, Nr 25). Z. zajmuje się sprawą obliczania pieniężnej wartości kaloryi (ciepłostek) pokarmów. Właściwie dotąd nawet liczba ciepłostek, niezbędnych do utrzymania życia, nie została ściśle oznaczoną. Jako średnią liczbę przyjmuje się 3000 ciepłostek na dobę, z czego 476 przypada na białka, 474 na tłuszcze, reszta na węglowodany. Stosunek więc wypada: 1:1:4·3. Cena tych 3000 ciepłostek może być bardzo różna, bo od kilkunastu kopiejek do kilku rubli. 1000 ciepłostek, zawartych w pokarmach, zowiemy podług Bourgeta kilokaloryą. 1 gram białka daje 4·1 ciepłostek, 1 gram tłuszczu 9·1, a 1 gram węglowodanów 4·1 ciepłostek. Według tego ułożyć możemy łatwo różne wzory, dozwalające obliczać ilość pokarmów, koniecznych do pokrycia dziennej potrzeby ustroju, a także cenę tych pokarmów. W ten sposób oblicza Z. wartość pożywną i ekonomiczną najważniejszych produktów spożywczych, podając to w odpowiednich tablicach. Tak np. cena ciepłostek białkowych w kilokaloryi mięsa wyniesie 33·4 kop., tłuszczu 16·6 kop. Wartość pieniężna np. odpowiedniej dyety z przewagą białka i tłuszczów wypada na 60 kop. Tablice te i obliczenia mają wielką wartość dla dyetetyki poszczególnych osób, dalej dla układania tanich obiadów dla wojska, szpitali, kuchni ludowych i t. p. Nie można jednak na zasadzie czysto kalorymetrycznych danych żywić wszystkich chorych. Wchodzi tu w rachubę prócz innych przeciwwskazań i objętość pokarmu. Choremu np. z rozszerzeniem żołądka nie możemy podać 2 kg kartofli, ani 4½ kwarty mleka. Dobór pokarmów zależeć więc powinien od zasad dyetetyki danej choroby, a nie być szablonowym. Natomiast z przytoczonych tablic możemy odnieść wielką korzyść przy obliczaniu wartości tak licznie podanych i reklamowanych fabrycznych środków odżywczych. Tak np. wołowina chuda w ilości 1176 gramów daje 1000 kaloryi, a koszt ich wynosi 75 kopiejek. Tę samą liczbę kaloryi da 487 gramów peptonu Kemmericha, ale za cenę 4 rubli 50 kop., a tak zwany »cibils« wypada na 39 rubli. Podobnie rzecz się przedstawia przy różnych mączkach dla dzieci. 1000 kaloryi dobrego pokarmu dla dzieci, np. ryżu na mleku i. t. p. mieści się w 606 grm. (171 kal. białka, 387 kal. tłuszczu i 412 węglowodanów), a kosztuje 15 kop. Taż sama ilość ciepłostek mączki Nestlego daje mniej białka a więcej węglowodanów i kosztuje 65 kop., mączka Kufekego 77 kop., mellinsfood 1 rubel 35 kop. i t. p. Najtańszym środkiem odżywczym tego rodzaju jest może albuminoza Heneberga, której koszt wynosi 29 kop., t. j. i tak dwa razy tyle, jak koszt ryżu na mleku. Oprócz więc innych stron ujemnych sztucznych środków odżywczych, cena ich w zestawieniu z pokarmami naturalnymi jest bardzo wysoka. Środki te są z małymi wyjątkami pochodzenia zagranicznego i używając ich, samochcąc zubożamy kraj bez żadnego pożytku dla chorych.

Z wzorów podanych przez Z. może sobie łatwo każdy lekarz obliczyć wartość dyetetyczną i pieniężną pokarmów i środków odżywczych. *Z.*

H. Wohlgemuth: **O zapaleniu wyrostka robaczkowego pochodzenia urazowego** (*Tow. med. wewn. w Berlinie*, 5, IV, 1909). Urazowi w zapaleniu wyrostka robaczkowego przyznają różni autorowie znaczenie wyłącznie usposabiające, a wyłączają go jako bezpośrednią przyczynę sprawy, przypuszczają nawet powszechnie, że urazy zewnętrzne przeważnie nie mogą dosięgnąć wyrostka głęboko ułożonego w jamie brzusznej. Przeciw takiemu patrzeniu na sprawę występuje Wohlgemuth, który miał sposobność spostrzegać przypadek zapalenia wyrostka, powstały niewątpliwie wyłącznie z urazu. Robotnik, liczący lat 20, zajęty przy budowie mostu, doznał gwałtownego urazu żelazną szyną w prawą stronę brzucha i od tego czasu zaczęły mu dokuczać bole w brzuchu, chociaż przedtem nie uczuwał nigdy nic nieprawidłowego ze strony brzucha. Po kilku tygodniach przybrały te bole charakter gwałtownej kolki, znamiennej dla zajęcia wyrostka robaczkowego. Dokonano laparotomii i stwierdzono, że kątnica była silnie nastrzykana, wyrostek uległ zapaleniu i przyczepiony był zrostami do jelita grubego. W świetle wyrostka nie stwierdzono żadnego ciała obcego. W oczach autora związek między urazem a zapaleniem jest w tym przypadku zupełnie pewny, a to dlatego, że kolka zjawiła się dopiero w kilka tygodni po urazie, kiedy zmiany, urazem wywołane, doszły szczytu swego rozwoju. Kiedy zaś przeciwnie zaraz po urazie zjawiają się objawy zapalenia wyrostka po kilku godzinach lub najpóźniej po kilku dniach, to wtedy zdaniem autora nie jest to prawdziwe urazowe zapalenie, ale zapalenie zwykłe, które, dotąd mniej lub więcej utajone, gwałtownie zostało urazem niejako z mroku wydobyte. W końcu przypomina W. inne dwa przypadki niewątpliwie urazowego zapalenia wyrostka robaczkowego, niedawno opisane w »Deutsche Zeitschrift für Chirurgie« (Strohl). *Stahr.*

Albarran i Heitz-Boyer: **Prosty sposób wykrywania krwi w moczu.** (*Presse méd.* Nr 40, 1909). Najpewniejszym sposobem jest i pozostanie badanie osadu pod mikroskopem — jeśli jednak idzie o sposób prędki i prosty, który się da wykonać i przy łóżku chorego, to autorowie na podstawie doświadczenia polecają odczyn Mayera. Odczynnik przygotowuje się w następujący sposób: Mieszaninę 2 gramów fenolftaleiny z 100 gramami 20% rozczynu wodnego (w wodzie przekroplonej) bezwodnego potażu i 10 delikatnego pyłu cynkowego zagotowuje się. Mieszanina ta, z początku czerwona, powoli się odbarwia, a kiedy odbarwi się zupełnie, sączy się ją gotującą się. Gotowanie powinno trwać krótko, 4—5 minut na ogół i należy wśród gotowania mieszaninę ciągle mieszać. Kiedy płyn się zupełnie odbarwi, należy spiesznie sączyć. Tak przygotowany odczynnik da się przechować miesiącami, ale musi być przechowywany w dobrze zamkniętem naczyniu. Sam odczyn jest bardzo prosty: Do probówki nalewamy 2 $cm.^3$ badanego moczu, 1 $cm.^3$ odczynnika, dobrze mieszamy i następnie dodajemy 3—4 kropel wody utlenionej (12%-ej co do objętości). Zależnie od ilości krwi znajdującej się w badanym moczu, otrzymujemy mniej lub więcej wyraźne zabarwienie fuksynowo-czerwone. Odczyn jest jeszcze bardzo wyraźny, jeżeli w moczu jest krew w stosunku 1:100.000. a nawet tam go autorowie widzieli, gdzie w osadzie moczu, otrzymanym na wirownicy, znajdowali bardzo nieliczne ciałka krwi. Do badania nadaje się mocz zarówno kwaśny, jak zasadowy, a nawet amoniakalny, ropny. Odczyn ten jest swoisty dla krwi lub hemoglobiny; ani ropa, ani cukier, ani białko, ani barwiki żółciowe odczynu tego nie dają, nie powstaje też on w moczu zawierającym aceton, indykan, ani też w moczu u chorych, zażywających takie leki, jak jodki, bromki, kwas salicylowy, morfinę, fenacetynę, urotropinę. *Stahr.*

Prof. Fleischer: **Obwodowe brunatno-zielone zabarwianie rogówki jako objaw pewnego rodzaju ogólnego schorzenia.** (*Münch. med. Woch.* 1909, Nr. 22). F. zwraca uwagę, że (wprawdzie bardzo rzadko) spotykać można brunatno-zielone zabarwienie rogówki w postaci obwodowego pierścienia, szerokiego mniej więcej na 1 ctm. Zabarwienie to polega na złogach barwika w powierzchownych warstwach rogówki. Najsilniejsze jest ono na obwodzie, a ku środkowi rogówki coraz słabsze. Zabarwienie to towarzyszy stale pewnym objawom nerwowym, przypominającym rozsiane stwardnienie (*sclerosis multiplex*), a prócz tego ciemnym plamom na spojówkach, skórze, powiększeniu wątroby, śledziony i zmianom w trzustce (cukromocz). Przypadków takich przytacza F. 4, dwa swoje, jeden Kaysera i jeden Salusa. F. uważa ten zbiór objawów za kombinacyę rzekomego stwardnienia rozsianego, z cierpieniem zwanem cukrzycą bronzową (diabète brouzé) i hemochromatozą rogówki. *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 7. czerwca 1909.

1) Czł. Kazimierz Kostanecki przedstawia pracę p. Bronisława Frenkla p. t. **O drogach móżdżkowych gołębia.** Autor niszczył móżdżek gołębia i inne części układu nerwowego gołębia, ażeby zbadać połączenia móżdżkowe u ptaków. Z tych doświadczeń uzyskał 40 seryi, barwionych metodą Marchiego, zmodyfikowaną przez Buscha; wykazały one następujące połączenia móżdżku: 1) drogi doprowadzające: a) droga rdzeniowo-móżdżkowa, b) droga z jąder sznurów tylnych, c) droga z ciałka dwojaczego, 2) drogi wewnątrzmóżdżkowe: a) włókna kojarzące, b) włókna spoidłowe, c) włókna z kory móżdżkowej do jąder móżdżkowych i 3) drogi odprowadzające: a) droga móżdżkowo-opuszkowo-rdzeniowa, b) droga móżdżkowa do pola słuchowego, c) włókna łukowate zewnętrzne, d) włókna przebiegające w obrębie fasciculus long. posterior, e) droga móżdżkowa do śródmóżdża i f) droga móżdżkowa do międzymóżdża.

2) Czł. J. Talko-Hryncewicz podaje treść swego dzieła p. t.: **Ludy Azyi środkowej. (Materyały do antropologii mongoło-chałchasów, mongoło-buryatów i tungusów).** Autor przedstawia rękopism o 640 str. in 2°, z mapami rozsiedlenia ludów Azyi środkowej przed pojawieniem się Czingis-Chana w XIII w. i współczesnych rodów buryackich i tunguskich, z licznemi fotografiami antropologicznych typów i czaszek. Praca ta jest owocem wieloletnich badań ludów, pośród których autor zamieszkiwał, i składa się z trzech zarysów: 1) historyczno geograficznego, obejmującego w krótkości wiadomości geograficzne, klimatyczne, przedhistoryczne na zasadzie badanych przez autora kurhanów i mogił, oraz wiadomości historyczne; 2) etnograficznego, przedstawiającego opis wierzeń tych ludów, ich zwyczajów, obyczajów, sposobu życia, ekonomicznego stanu i społecznego ustroju i 3) antropologicznego, będącego jakby wstępem do badań fizycznej budowy, zawierającego opis typów fizyologicznych i patologicznych cech badanych ludów. Autor poświęcił 448 str. głównej treści dzieła szczegółowemu opisowi badań antropologicznych, tak żywych ludzi, jak czaszek szkieletowych. Większą część zajmują tablice pomiarów i ich stosunków, z przytoczeniem obszernego zarysu literatury. Ogólna liczba zbadanych przez autora ludzi była 639, a w tej liczbie 36 mongoło-chałchasów, 560 mongoło-buryatów i 43 tungusów. Każdy zbadany osobnik podlegał ścisłemu opisowi i na każdym zrobiono 55 pomiarów. Czaszek szkieletowych autor zbadał 68, w tej liczbie 20 buryackich i 48 mongolskich i ich metysów z chińczykami.

3) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. T. Kurkiewicza p. t. **Z histogenezy mięśnia sercowego zwierząt kręgowych.** Autor wykonywał badania nad rozwojem mięśnia sercowego u kurczęcia i doszedł do następujących wyników: 1) Część otrzewnej blaszki wewnętrznej (splanchnopleura) jest materyałem twórczym dla mięśnia sercowego (myocardium). 2) Zawiązek tego mięśnia ujawnia się najprzód parzyście. Przez obustronne wypuklenie blaszki otrzewnej zostają wytworzone t. zw. kieszenie myokardyalne, oddzielone od siebie rodzajem przegrody, która pochodzi z zagiętych ku jelitu końców obydwóch połówek splanchnopleury. 3) W przestrzeni, objętej przez zawiązek myokardyalny, znajduje się zawiązek dla wsierdzia (endocardium), które do stadyum 8 myomerów jest parzyste. 4) Przez stopniowe lecz zupełne obniżanie się przegrody międzykieszeniowej zostaje zatarta parzystość obydwóch składników serca. 5) Różnicowanie zarówno wsierdzia, jak warstwy mięsnej serca postępuje od strony ogonowej ku stronie głowowej. 6) Komórki przeznaczone do wytworzenia mięśnia sercowego są pochodzenia mezodermalnego. We wczesnych okresach rozwoju odnośna część mezodermy wyróżnicowywa się w dwie warstwy: zewnętrzną i wewnętrzną. Utworzenie dwóch warstw odbywa się głównie drogą przemieszczania komórek. 7) Komórki warstwy mięsnej embryonalnego serca w bardzo wczesnych okresach są zupełnie wyodrębnione i wyraźnemi granicami pooddzielane. Wtenczas już zaczyna się tworzenie włókienek. W późniejszych okresach komórki zlewają się w syncytya, zacierając granice swych terytoryów. Zlewanie się komórek odbywa się najpierw w warstwie wewnętrznej, znacznie później w zewnętrznej. 8) Warstwa zewnętrzna »myocardium« stanowi przez dłuższy czas życia embryonalnego prowizoryczne nasierdzie (epicardium). 9) Zewnętrzna i wewnętrzna warstwa mięśnia sercowego w pewnym okresie rozwoju odsuwają się od siebie. W tę szczelinę wwędrowują komórki z warstwy zewnętrznej i tworzą sieć elementów, złączonych wzajemnie wypustkami. Jest to środkowa warstwa mięśnia sercowego. 10) Autor opisuje dalej sposób tworzenia się beleczek mięśnia sercowego, w czem udział bierze warstwa wewnętrzna i środkowa. Warstwa zewnętrzna tworzy t. zw. zbitą masę mięśnia sercowego. 11) Ostateczne nasierdzie powstaje przez rozrost komórek »kosmków«, umieszczonych na powierzchni zatoki żylnej serca. Podścielisko z tkanki łącznej tworzy się przez wwędrowanie elementów mezenchymatycznych ze ściany zatoki żylnej serca.

(Treść 13 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 16. czerwca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 54.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący zaprasza członków na zgromadzenie organizacyjne krakowskiego Koła Towarzystwa zwalczania gruźlicy w d. 21. VI.

3) Kol. Janiszewski wygłasza: **Kilka słów o środkach zapobiegawczych przeciw płonicy.**

Dyskusya: kol. Landau Rafał interpeluje w sprawie przeprowadzenia odkażania przeszłego roku w miejskim urzędzie zdrowia. Kol. Janiszewski odpowiada, że zachodzą trudności dotąd, bo niema jeszcze ludzi przygotowanych; mowca jest przeciwny przeprowadzaniu odkażania przez strony prywatne. Kol. Gertler zauważa, że zamykanie klasy w szkole podczas epidemii jest słuszne; uważa za konieczne zaprowadzenie hałatów. Kol. Stahr zapytuje, jak toczy się akcya ochronna w powiecie krakowskim. Kol. Weinsberg zaznacza, że źle działa na publiczności przybijanie kartek, a przytem właśnie dla tego nieraz publiczność ukrywa przypadki zakaźne. Kol. Janiszewski zaznacza, że dopiero po urządzeniu sanatoryum sprawa końcowo będzie załatwiona. Kol. Bielański odpowiada, że to samo, co i w mieście, czyni się w powiecie, tylko naturalnie domów izolacyjnych nie da się zaprowadzić.

4) Prof. Kader wygłosił wykład: **O chirurgicznem leczeniu gruźlicy nerek.**

Dyskusya: Kol. Blassberg zapytuje w sprawie rozpoznania i statystyki. Kol. Borzęcki zapytuje o działanie wymienionego przez prelegenta płukania pęcherza 5% kwasem karbolowym, gdyż zauważył niebezpieczne działanie kwasu karbolowego na pęcherz. Prof. Lewkowicz zaznacza, że gruźlica nerki, zwłaszcza u dzieci, jest uleczalna. Kol. Eisenberg podnosi wielką częstość stosunkową gruźlicy nerek wśród ogółu przypadków gruźlicy, wynikającą ze statystyk, a niezgodną z poglądami klinicystów na częstość tej choroby. Zdaje się ona przemawiać za tem, że podobnie, jak gruźlica płuc, tak i gruźlica nerek może często istnieć w formie utajonej, nie zdradzając się objawami klinicznymi. Wobec tego może należałoby przypuścić, że bez zabiegów chirurgicznych nie dadzą się uleczyć tylko formy klinicznie jawne, że natomiast ta forma gruźlicy, jak wiele innych samoistnie wogóle jest uleczalna, — ale że te przypadki jako utajone nie dochodzą do wiadomości klinicystów, a specyalnie chirurgów. Ze względu na ważność wczesnego rozpo-

znania gruźlicy nerek podnosi E. trudności różniczkowo-rozpoznawcze, jakie nastręczają bakterye mastki (*myc. smegmatis*) i metody, służące do odróżnienia ich od prawdziwych b. gruźliczych (med. Bunge-Trautenrotha, Weichselbauma i inne). Co do przepłukiwań kw. karbolowym, polecanych przez Rovsinga, radzi E. wielką ostrożność, bo wiadomo, że w tkankach środki przeciwgnilne nie działają tak na zarazki, jak *in vitro*, a nadto uszkadzając tkankę, zmniejszają jej odporność i zamiast przeciwdziałać zakażeniu, mogą je wzmagać. (Streszczenie własne). Kol. Latkowski zwraca uwagę na trudność rozpoznawania gruźlicy nerki i omawia metody do tego służące. Podnosi ważność rozpoznawania zapomocą punktu krzepnięcia krwi. Co do samoistnego wyleczenia się gruźlicy nerki, sądzi, że to jest możliwe. Kol. Herm. Hirsch sądzi, że wycięcie nerki wskazane jest tylko przy pierwotnej gruźlicy nerki, co jest bardzo trudne do rozpoznania. Kol. Mięsowicz zapytuje prelegenta o działanie tuberkuliny na narządy moczowe. Prof. Kader zaznacza, że dla rozpoznania gruźlicy wyżej wspomniane metody, jak kryoskopia, nie są rozstrzygające, dają one dane tylko co do sprawności nerki. Co do stosowania karbolu do przestrzykiwań, to mowca powołuje się na Rovsinga. Co do możliwości wyleczenia się samoistnego gruźlicy nerki, to ma wątpliwości i w piśmiennictwie takich przypadków, krytycznie omówionych, nie spotkał.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXII. Posiedzenie naukowe z dnia 18. czerwca 1909.

I. Kol. Prof. Łukasiewicz przedstawia: *a*) chorego l. 30 z **toczniem** (*lupus vulgaris exfoliativus*) na całem prawie ciele; u chorego, wcale nieleczonego, ogniska chorobowe uległy zmianom wstecznym, ognisko zaś na karku przeszło w raka; *b*) chorego chłopca, który przebywając w klinice z powodu zmian kiłowych na okostnej, zaraził się **parchami** (*favus*) przy wyrywaniu włosów innemu choremu; zmiana wystąpiła nie na głowie, lecz w okolicy lewego sutka; *c*) 16-miesięczne dziecko z **urticaria pigmetosa**.

II. Kol. Prof. Mars przedstawia chorą z miednicą płaską krzywiczą, u której w przeciągu 4 lat wykonał **trzy razy cięcie cesarskie**. W dyskusyi zauważa kol. Prof. Bylicki, czy nie należałoby w podobnych przypadkach, za zezwoleniem chorej, przy sposobności cięcia cesarskiego dokonać przecięcia i zaszycia trąbek, celem uczynienia chorej bezpłodną. W odpowiedzi przytacza kol. Prof. Mars szereg motywów, które przemawiałyby za podobnem postąpieniem.

III. Kol. Czernecki przedstawia chorą 45-letnią **z twardziną skóry** (*sclerodermia*), z największemi zmianami na palcach. Sprawa trwa od roku.

IV. Kol. Grek przedstawia: *a*) chorego z przebytą kiłą, u którego rozpoznano **tętniaka tętnicy głównej**, uciskającego na tchawicę; po leczeniu wcieraniami nastąpiło bardzo znaczne polepszenie, które, być może, jest następstwem nie działania na samego tętniaka, ale zmniejszenia się może pewnych zmian zapalnych w okolicy tętniaka; *b*) chorego z bardzo dużym **tętniakiem łuku i części zstępującej tętnicy głównej**, który rozpoznano tylko na podstawie rentgenogramu, klinicznych bowiem objawów nie było żadnych.

W dyskusyi przypomina kol. Doc. Franke przypadki przedstawiane w Towarzystwie, gdzie po wcieraniach rtęci ustąpiły bole, które były następstwem ucisku tętniaka na nerw itp. Kol. Kikinger nie przypisuje znaczenia wcieraniom szaruchy w przypadkach tętniaka; należy raczej stosować środki uspakajające, dyetę, uregulowanie wypróżnień. Kol. Mahl (junior) podnosi, że prawie u 100% osobników z tętniakami próba Wassermanna wypadła dodatnio. Kol. Hornowski nie uważa rentgenogramu za zupełnie pewny środek rozpoznawczy w przypadkach tętniaka. Kol. Prof. Rencki przedstawia rentgenogramy spostrzeganych przez siebie chorych z tętniakami i sądzi, że leczenie szaruchą może tylko wpływać na świeże sprawy zapalne kiłowe w ścianie tętnicy, a nie na samego tętniaka. Kol. prym. Pisek uważa każde leczenie tętniaka tylko za objawowe.

V. Kol. Greliński okazuje **szpilkę od włosów** długości 10 cm, wyjętą **z cewki** 69-letniego starca, oraz omawia sposób operacyjny jej wyjęcia. W dyskusyi podkreśla kol. Leńko zupełnie dobry stan cewki, którą badał w 2 tygodnie po dokonanym zabiegu.

Nowicki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dnia 5 kwietnia 1909.

1) W. Stankiewicz przedstawił **nowotwór małżowiny usznej** (prawdopodobnie **brodawczak**), pochodzący z chorego 60-letniego. Guz o powierzchni nierównej, owrzodziałej, łatwo krwawiący, zajmował całą małżowinę; na przewód uszny zewnętrzny nie przechodził. Gruczoły szyjne niepowiększone. Usunięto nowotwór wraz z małżowiną; brzegi przewodu słuchowego przyszyto do brzegów rany skórnej.

2) Z. Dmochowski przedstawił **preparaty** z dwu przypadków **nabłoniaka kosmkowego.**

3) M. Eiger przedstawił preparat dwunastnicy **przedziurawionej kamieniem, drążącym z przewodu żółciowego.** Wskutek spraw zapalnych i zrostów powstało zwężenie dwunastnicy oraz następcze rozszerzenie żołądka.

Skłodowski przytacza obraz kliniczny tego przypadku. Chora 38-letnia przybyła do szpitala w sierpniu z. r. ze skargami na odbijanie i zgagę, trapiące ją od kilkunastu miesięcy, oraz na wymioty, zjawiające się od tygodnia po każdem jedzeniu i niezależnie od niego. Przy badaniu stwierdzono objawy rozszerzenia żołądka bez przerostu jego warstwy mięsnej. Bolesności nie było żadnej. Przy płukaniach żołądka i dyecie mlecznej — szybka poprawa podmiotowa i przedmiotowa, znaczny przyrost wagi. Po upływie kilku tygodni w domu, ponowne pogorszenie: wymioty, kurcze w kończynach; w żołądku naczczo około 2 litrów treści płynnej, brak w niej wolnego HCl, a obfitość czworniaków w osadzie. Chora w odurzeniu: niektóre mięśnie (żwacze i ściana brzuszna) w stanie wzmożonego napięcia. Objawów tężyczki poza jednorazowem, chwilowem ustawieniem charakterystycznem rąk, nie stwierdzano. Jak okazało badanie pośmiertne, rozpoznano za życia tylko uboczne następstwa cierpienia, właściwej zaś istoty jego spostrzeganie kliniczne nie wyświetliło. Przyczynę śmierci stanowiło niewątpliwie samozatrucie (z objawami zbliżonymi do tężyczki). Operacyi nie wykonano ze względu na ciężki stan chorej przy powtórnem przybyciu do szpitala.

4) Ciechomski przedstawił **guz**, wydobyty **z odbytnicy**, rozpoznany przez Dunin-Karwicką jako **czerniak** (*melanosarcoma*). Czerniak odbytu i odbytnicy, zdarzający się częściej u koni, u ludzi stanowi rzadkość. Sadowi się zazwyczaj nizko, zaraz nad odbytem lub w odległości kilku ctm. od niego, najczęściej na szypule, jako polip złośliwy, o powierzchni nierównej, zrazikowej, często owrzodziałej, barwy na przekroju zwykle czarnej. Przerzuty w gruczołach chłonnych są pospolite; pozatem zdarzają się w płucach i w opłucnej, chrząstkach żebrowych, otrzewnej, wątrobie. Objawy kliniczne, jak zwykle przy guzach odbytnicy.

Preparat przedstawiony pochodzi z chorej 73-letniej, oddawna cierpiącej na bole w odbycie z powodu żylaków. Od listopada większe bole i utrudnione oddawanie stolca. W grudniu stwierdzono guz wielkości gruszki, w kształcie polipa, wypełniający światło kiszki w odległości 3—4 ctm. od odbytu. Obok dużego guza w ścianie kiszki parę twardych guzków drobniejszych. Po rozszerzerzeniu odbytu na tępo, zepchnięto guz ku dołowi, nacięto podłużnie tylną ścianę pochwy i odłuszczono ścianę kiszki jak najdalej od guza; w celu ułatwienia dostępu do guzków — przecięto krocze i odbyt, poczem wycięcie rozległe kiszki wraz z nowotworem i guzkami było nietrudne. Szew 2-piętrowy na kiszkę, 3-piętrowy na ścianę pochwy, wreszcie zaszycie (niepełne) krocza oraz odbytu. Do kiszki wprowadzono rurkę gumową. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

5) Dunin-Karwick_ rozbiera obraz mikroskopowy **guza** w powyższym przypadku i podaje ogólną charakterystykę czerniaków. Guz składał się z licznych komórek łącznotkankowych oraz ze skąpej substancyi międzykomórkowej. Wielkość komórek różna: od zupełnie drobnych do olbrzymich o paru jądrach. W wielu z nich — brunatny barwik (melanina). Rozmieszczenie komórek barwikowych (chromatoforów) nierównomierne; gdzieniegdzie całe zwarte ich pola. Pojedyńcze komórki nowotworowe rozrzucone i w tkance międzygruczołowej śluzówki.

6) Dunin-Karwicka przedstawia preparaty **gruczolaka włóknistego macicy**. Preparaty pochodzą z młodej dziewczyny, której usunięto macicę z powodu krwotoków. Macica ogromna; na przekroju trzon jej i szyjka wypełnione guzami w kształcie polipów różnorodnej wielkości. Powierzchnia wielu z tych guzów pokryta pęcherzykami. Mikroskopowo zbadano budowę jednego polipa i tkanki śluzowej między polipami. W obu preparatach rozrost tkanki gruczołowej pośród twardej tkanki łącznej włóknistej. Nabłonek jednowarstwowy; niektóre gruczolaki rozszerzone torbielowato. Cierpienie uznać należy za nowo-

twór; zwraca jednak uwagę wielkie podobieństwo obrazu mikroskopowego do zmian, znajdowanych w przewlekłych stanach zapalnych macicy (*endometritis glandul. hypertr.* w kombinacyi z *endometritis interstit.*, inaczej *endometritis diffusa*, *fungosa*).

J. Czarkowski do powyższego opisu dodaje, że przypadek powyższy dotyczył 22-letniej *virgo intacta*. Badanie przedoperacyjne okazało powiększenie macicy na trzy palce poniżej pępka, ruchomość jej, ściany gładkie. Ujście zewnętrzne macicy rozszerzone, w niem sterczący miękki guz, łatwo krwawiący. Rozpoznawano podśluzowego mięśniaka macicy. Przy operacyi, po nacięciu macicy, znaleziono ją wypełnioną całym szeregiem guzów o kształcie polipów, ściśle spojonych z miąższem narządu. Z tego powodu zastosowano zupełne wycięcie macicy. Wyzdrowienie po dwu tygodniach.

7) J. Paszkiewicz przedstawił kilkanaście **preparatów** patologiczno-anatomicznych, utrwalonych z zastosowaniem barwy naturalnej, **według metod Melnikowa—Razwedenkowa, Kaiserlinga, Picka.** Podnosi potrzebę przy szpitalach instytutów anatomo-patologicznych.

Omawia szczegółowiej preparat **guza przysadki mózgu**, pochodzący z przypadku, przebiegającego pod postacią kliniczną **akromegalii.** U chorej, w oddziale E. Zielińskiego stwierdzono: przerost kości i części miękkich na czaszce, na twarzy, kiściach i stopach, skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi, głos nizki i szorstki; nadmierne pocenie się; wyłysienie pod pachami, zupełną ślepotę. Z objawów podmiotowych — przygnębienie umysłowe, bole i zawroty głowy, bezsenność. Obok tego stwierdzono raka szyjki macicy, znaczny przerost środkowego i lewego płatu gruczołu tarczowego, przewlekłe miąższowe zapalenie nerek. Guz przysadki mózgu stwierdzono rentgenograficznie. Jak okazało badanie pośmiertne, guz ten, usadowiony na podstawie czaszki, od góry i z boków był szczelnie okryty oponą twardą, od dołu stykał się bezpośrednio z kością klinową, której zatoka zredukowana była do minimum. Granica między guzem a kością zatarta. Miejsce grzbietu siodła tureckiego, zajmował guz w postaci cieniutkiej blaszki; powierzchnia jego wyboista, rozszerzona znacznie na boki i ku tyłowi. Guz wielkości jaja kurzego, owalny, rósł głównie ku górze i ku przodowi, uciskając na spoidło wielkie mózgu i zrazy czołowe. Spoistość guza miękka, powierzchnia przekroju lśniąca, szaroróżowa, z licznemi wybroczynami. Skrzyżowanie nerwów wzrokowych znacznie ścieńczałe. W miejscu ciała szyszkowatego torbiel o cienkiej, gładkiej ścianie. Mikroskopowo guz składa się w części z komórek okrągłych z jądrem, jakby mięsakowych, w części z komórek trójkątnych z wypustkami, jakby korowych, rozsianych w ogniskach tkanki łącznej, w części z mas koloidalnych, okolonych gdzieniegdzie nabłonkiem jednowarstwowym. Różnorodność obrazu mikroskopowego guzów przysadki tłómaczy się według Struempll a i Bendy tem, że zazwyczaj początkowo powstaje tu tylko przerost i rozrost gruczołowej części przysadki, a w następstwie dopiero mięsakowe jej zwyrodnienie. Za tłómaczeniem takiem przemawia i długotrwały przebieg tych guzów, brak przerzutów i brak objawów ogólnych, właściwych guzom złośliwym.

8) F. Malinowski przedstawił przypadek **epidermolysis bullosae congenitae.** Dziecko 2$^1/_2$-letnie, dobrze odżywione, lecz niedokrwiste. Na całej powierzchni skóry, zwłaszcza na dłoniach i stopach, oraz na błonie śluzowej jamy ustnej występują owrzodzenia i pęcherze, dosięgające wielkości orzecha włoskiego i większej. Treść pęcherzy, w początku przezroczystych, niekiedy po kilku dniach mętnieje lub różowieje wskutek domieszki krwi. Po pewnym czasie (do paru tygodni) pęcherze pękają, odsłaniając przytem przykrytą naskórkiem skórę, na której poczynają się tworzyć nowe pęcherze. W następstwie cierpienia skóra stopniowo cieńczeje, marszczy się; paznokcie ulegają zwyrodnieniu i zanikowi. Obwódki czerwonej dookoła pęcherzyków brak. Świeże pęcherze zjawiają się bez żadnej widocznej przyczyny, czasami tylko skutkiem miejscowego podrażnienia. Przebieg bezgorączkowy. Obarczenia dziedzicznego nie stwierdzono. Badanie bakteryologiczne treści pęcherzy ujemne. Badanie krwi okazało: hemoglobiny 65%, krwinek czerwonych 2,500.000 w 1 mm sz., białych 18.500, śród nich 45% neutrofilów wielojądrzastych, 5% myelocytów, reszta postaci przejściowe i eozynofile. Liczne krwinki czerwone jądrzaste. Badanie anatomiczne wykazało: 1) nieznaczne objawy zapalne w brodawkach; nieznaczne rozszerzenie naczyń, obrzęk brodawek; 2) płyn, w miejscach zdala od pęcherzy, zbiera się w komórkach i między komórkami warstw powyżej leżących; 3) pęcherzyk powstaje pomiędzy naskórkiem, a warstwą brodawkową skóry; tylko resztki sopli nabłonkowych pozostają na dnie pęcherza. Na mocy powyższych danych M. w cierpieniu omawianem odrzuca przypuszczenia różnych autorów o *displasia vasorum*, o martwicy pierwotnej części naskórka, wreszcie o luźnym związku naskórka z tkanką łączną. Przypuszcza sprawę zapalną na tle być może wrodzonej wrażliwości naczyń na bodźce zewnętrzne.

9) A. Landau przedstawił **preparaty mikroskopowe wątroby i nerek królików,** u których wywołano **zatrucie kwaśne** zapomocą głodzenia lub wlewania kwasu solnego do żołądka. Drogą poprzednich badań nad acydozą doświadczalną L. ustalił, że mniejwięcej połowa kwasów, wprowadzonych do ustroju, lub wytworzonych w nich samoistnie, łączy się z białkiem komórek. Obecnie badaniami anatomicznemi stwierdził fakt, zauważony poraz pierwszy przez Mossego, że w zatruciu kwaśnem, zarówno endo- jak egzogenicznem, protoplazma komórek wątroby i nerek, traktowana obojętną mieszaniną eozyny i błękitu metylenowego, barwi się nie na różowo, ale na kolor fioletowy, i zawiera liczne ziarenka mocno niebieskie (bazofilne). Świadczy to niewątpliwie o zmianie odczynu komórek wskutek nagromadzenia w nich produktów kwaśnych.

10) Tryjarski przedstawił **preparat naczyniaka chłonnego gardła,** pochodzący z chłopca 16-letniego. Guz grubości palca, usadowiony na lewej ścianie gardła, przechodził do jamy nosowo-gardłowej; takisam guz wypełniał całkowicie lewy przewód nosowy.

11) Rozenberg przedstawił **preparaty** mikroskopowe z przypadków **choroby Pageta.** W przypadku 1-szym u chorej 67-letniej powstało na sutku ognisko owalne, pergaminowato stwardniałe, ściśle odgraniczone od zdrowej skóry, o brzegach nieco wzniesionych. Powierzchnia tworu czerwona, po części sącząca, miejscami łatwo krwawi, gdzieniegdzie pokryta świeżym srebrzystym naskórkiem. W miejscu brodawki sutkowej — owrzodzenie. W przypadku drugim podobne ognisko, wielkości dłoni, powstało na sromie u kobiety 70-letniej. Przy badaniu mikroskopowem, w miejscu nieco oddalonem od owrzodzenia, stwierdzono nieznaczne nacieczenie warstwy rogowej, brodawek, skóry właściwej; naczynia rozszerzone. Bliżej owrzodzenia komórki warstwy kolczastej i sopli nabłonkowych mocno zwyrodniałe, skóra (zwłaszcza warstwa brodawkowa) silnie naciekła. W miejscu owrzodzenia skóra naciekła, w tkance podskórnej i w skórze liczne ogniska rakowate. Przypuszczać należy, że początek choroby stanowi stan zapalny skóry, w następstwie którego komórki warstwy kolczastej i sopli nabłonkowych tracą swój układ i ulegają zwyrodnieniu. Część ich zostaje przytem oddzielona od ogólnej masy i w obcem otoczeniu, w tkance podskórnej zaczynają bujać, dając początek tworom rakowatym. Chorobę spostrzegano dotąd głównie w Anglii i Ameryce, rzadziej w innych krajach; najczęściej u kobiet po 40 latach, wyjątkowo tylko u mężczyzn (na sutku, mosznie, prąciu, nosie).

12) Moraczewski (ze Lwowa) wygłosił odczyt: **O związkach indolu w ustroju ludzkim.** Prelegent stoi na stanowisku, że źródłem tych ciał nie jest wyłącznie gnicie białka w przewodzie pokarmowym, lecz utrzymuje wraz z Blumenthalem i innymi, że indol powstaje również endogenicznie z rozpadu białka. Na poparcie tego twierdzenia podaje wyniki swoich doświadczeń z tyreoidyną, która z jednej strony wzmaga rozpad N, z drugiej zaś — wydalanie indoksylu z moczem i indolu z kałem. M. usiłował dalej wyjaśnić wpływ dyety na ilość wydzielanego indolu. Okazało się, że człowiek wydziela go najwięcej przy pożywieniu, obfitującem w tłuszcz, a najmniej przy dyecie węglowodanowej; środek zajmuje dyeta białkowa. M. zaznacza wreszcie, że ilość indolu, oznaczonego w kale i moczu, nie daje nam pojęcia o całkowitej jego produkcyi, ponieważ związki te w znacznym stopniu ulegają wessaniu i następnie spalają się. Wybitną rolę w tym względzie odgrywa zapewne wątroba, która spala indol prawdopodobnie taksamo, jak ciała acetonowe.

W dyskusyi zaznacza A. Landau, że spalanie się ciał acetonowych w wątrobie obecnie nie jest uważane za fakt bezsporny. Badania bowiem Embdena i in. wykazały, że wątroba jest środowiskiem, w którem ciała acetonowe nie spalają się, lecz przeciwnie zostają wytworzone. Z doświadczeń Halperna i Landaua wynika, że o spaleniu ciał acetonowych w ustroju stanowią przedewszystkiem mięśnie. Liczby przedstawione przez prelegenta, zdaniem L., nie mogą obalić panującego niemal powszechnie poglądu o wyłącznem wewnątrz-kiszkowem powstawaniu indolu, mimowoli bowiem nasuwa się myśl, iż rodzaj pożywienia może wpływać na florę kiszkową, a więc i na stopień gnicia białka w kiszkach. *A. Majewski.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy).

3. Higiena budowli i mieszkań.

Sprawozdanie ostatnie nie zawiera wiadomości, w jakim stopniu poprawiły się w kraju, wogóle biorąc, stosunki mieszkań robotników miejskich i rolnych, scharakteryzowane w sprawozdaniu za r. 1903, ani też, o ile postąpiła sprawa lepszego pomieszczenia zakładów państwowych (szkół średnich, sądów i urzędów), poruszona w sprawozdaniu za r. 1904. Także i co do trzeciej sprawy, poruszonej w sposób ogólniejszy w sprawozdaniach poprzednich, mianowicie odpowiednich mieszkań dla urzędników, znajdujemy w sprawozdaniu za r. 1905 tylko wzmiankę, że dla zaradzenia złemu zawiązały się w Krakowie i we Lwowie stowarzyszenia, które jednak dotąd nie wyszły z okresu organizacyi. Co ważniejsza, sprawa koniecznej reformy ustaw budowlanych w obu tych miastach, w r. 1905 wcale nie postąpiła.

Natomiast sprawozdanie za rok 1905 przewyższa poprzednie co do wiadomości z poszczególnych powiatów. Gdy w sprawozdaniu za r. 1904 podano szczegóły tylko z czterdziestu kilku powiatów, to w obecnem już tylko o 10 powiatach niema danych. Wobec tego można mieć nadzieję, że i ten brak w przyszłości będzie usunięty i że w następnych sprawozdaniach będą wiadomości o wszystkich powiatach bez wyjątku.

Przepełnieniu mieszkań, dającemu się dotkliwie we znaki w miastach stołecznych, zaradzać poczyna we Lwowie ożywiający się ruch budowlany, gdzie w r. 1905 stanęło nowych domów 164 (w poprzednich latach tylko 80—86—109). Natomiast w Krakowie, gdzie przeludnienie mieszkań dochodzi najwyższych stopni, powstało w r. 1905 nowych domów tylko 20. Fizykat krakowski stwierdził, że 48 mieszkań dozorców domów i 18 mieszkań suterenowych należałoby opróżnić i ze względów sanitarnych zamknąć; sprawozdanie nie podaje jednak, czy nakaz zamknięcia tychże mieszkań wydano i ile z nich istotnie zamknięto (niestety należy stwierdzić, że w latach ostatnich 1907, 1908 poczyna przybywać n o w y c h domów znowu z mieszkaniami suterenowemi). Czy we Lwowie dla zmniejszenia liczby mieszkań suterenowych i piwnicznych, które są hańbą dla obu naszych głównych miast, cokolwiek zrobiono w r. 1905, sprawozdanie nie podaje. Również brak w sprawozdaniu za r. 1905 danych o działalności »Towarzystwa budowy tanich mieszkań dla robotników« we Lwowie. (Takież Towarzystwo krakowskie zbudowało w r. 1905 znowu jeden dom o 10 mieszkaniach i rozporządza wogóle 80 mieszkaniami).

O ile w powiecie bialskim zdają się mieszkania dla stałych robotników fabrycznych i kolejowych być dosyć dobre, o tyle domy noclegowe dla robotników przychodnich, jako też pomieszczenia służby folwarcznej, niewiele się chyba od zeszłego roku polepszyły, skoro czytamy, że przy jednej fabryce w 4 ciasnych, nizkich izbach o jednem oknie, nocowało 80 robotników przychodnich, a przy drugiej — w małym lokalu po nocnej pracy spali razem robotnicy obojga płci, wreszcie, iż zdarza się, że dziewki folwarczne sypiają w chlewach. Wogóle porównanie wiadomości z r. 1905 ze szczegółami z r. 1904 co do tych powiatów i miasteczek, które w r. 1904 przytoczyliśmy, jako najbardziej zaniedbane, dowodzi, że i pod względem higieny budowli, tak jak co do zaopatrzenia w wodę itd., tem mniejszy jest postęp, im gorsze były stosunki. Tam zaś, gdzie istnieje postęp, tam dotyczy to więcej policyi ogniowej, niż przepisów higieny. Najsmutniejsze wrażenie sprawiają zaś te powiaty, gdzie ani lekarze rządowi, ani okręgowi, ani miejscy nie bywają nawet pytani o opinie w sprawach budowlanych (Brody, gdzie »przepisów budowlanych przestrzega tylko ten, kto sam o to dba«, Jarosław). Wprost niesłychane są wskutek tego stosunki w mieście Jarosławiu, liczącem przeszło 25.000 mieszkańców, gdzie budują domy dwupiętrowe... bez wychodków, gdzie do dziś dnia 283 domów wychodków nie ma, a mimo wszystko zamieszkałych jest jeszcze ciągle 35 mieszkań piwnicznych, »przeznaczonych do opróżnienia«, 13 domów walących się z dachami zawalonymi, gdzie magistrat zezwalał zakładać warsztaty przemysłowe w piwnicach, chociaż w mieście było około 40 brydoch a niezajętych lokalów. Dla ilustracyi, jak w najgorszych właśnie powiatach postępy są małe, przytoczymy tutaj szczegóły za r. 1905 o tych powiatach i miasteczkach, o których w roku zeszłym jako o najgorszych wspominaliśmy. I tak: w Bohorodczanach »wszystkie mieszkania są bardzo wadliwe, a najgorzej umieszczone są wszelkie urzędy publiczne w domach, wynajętych za bardzo drogie pieniądze«. W brzozowskiem niema, jak i dawniej, mieszkań dla robotników w kopalniach nafty (na odwrót, osławione stosunki borysławskie znowuż, jak w r. 1904, nieco się poprawiły, zbudowano kilkanaście dobrych domów dla robotników). W horodeńskjem »nie widać żadnego postępu«; o kołomyjskiem niema żadnych wiadomości, więc chyba niema też i poprawy, zresztą jest to tem prawdopodobniejsze, że fatalne stosunki są także w poblizkiem kosowskiem; w limanowskiem »przy wydawaniu pozwoleń na budowę względy zdrowotne nie odgrywają żadnej roli«; w lwowskiem, w sąsiedztwie stolicy, na 351 nowych domów zbudowano w r. 1905 304 lepianki gliniane, z tego 178!! krytych słomą, chociaż za tę samą słomę możnaby w poblizkim Lwowie »uzyskać kwotę, wystarczającą na pokrycie dachówką«. W nadwórniańskiem tak po wsiach, jak i w miastach, przy budowie mieszkań »kierują się zwyczajami, które najczęściej nie są zgodne z najskromniejszemi wymaganiami higieny«. Również o prawie wszystkich tych powiatach, które w r. z. tylko sumarycznie, jako złe wyliczyłem, i w tegorocznem sprawozdaniu nie wyczytujemy nic pocieszającego. I tak: w przemyślańskiem »przepełnienie mieszkań jest wielkie, bo nawet zamożniejsi gospodarze wiejscy, mający po 2 izby mieszkalne, w zimie używają tylko jednej, mniejszej, dla oszczędności w opale«. Z miasteczek tego powiatu Przemyślany mają 229 domów bez wychodków, Gliniany 650 (na ogólną liczbę 812 domów), Swirz ma wychodki tylko w 6,2% domów, Dunajów jeszcze mniej, a we wszystkich tych miasteczkach są całe grupy jednoizbowych domów z jednem wyjściem wprost na ulicę bez podwórza i bez żadnego obejścia. W rudeckiem »postęp bardzo mały«. W skałackiem »domy wiejskie są to przeważnie lepianki z gliny i słomy« i »kominy są tylko z chrustu i gliny, albo ich niema wcale«. W śniatyńskiem domy przeważnie nie odpowiadają »najskromniejszym wymaganiom higieny, wiele domów jest blizkich zawalenia«. W trembowelskiem domy wiejskie są »czasem z kamienia, przeważnie z błota i gliny, bez podłogi, nizkie, szczupłe i wilgotne, przepełnione w zimie parą wodną, a domy czeladzi folwarcznej, to istne nory«. W tych powiatach nie pomaga nawet to, co zresztą w Galicyi jedynie potrafi radykalnie poprawiać stosunki budowlane, t. j. pożary, bo np. w rawskiem miasteczko Uhnów pomimo dwukrotnej, prawie doszczętnej pożogi odbudowało się bez planu i »ze wszystkiemi dawniejszemi wadami«, a w tłumackiem po pogorzeli 41 domów w miasteczku Niżniowie odbudowano tylko jeden dom murowany, »wszystkie inne są to lepianki według dawnej modły«. Z tych w r. z. tutaj wyliczonych najgorszych powiatów, wspomina sprawozdanie za r. 1905 o poprawie tylko w peczeniżyńskim i samborskim. Natomiast listę powiatów, pozostawiających dużo do życzenia, zwiększa w tym roku jeszcze kilka innych. I tak: w jasielskiem tylko w samem Jaśle bywają przestrzegane przepisy budowlane, po wsiach i miasteczkach nikt ich nie przestrzega; stawiają domy często bez kominów, stajnie pod jednym dachem z mieszkaniem, gnojowiska w pobliżu mieszkań, podwórza ciasne, albo ich wcale niema, wychodki często nad potokami lub w pobliżu studzien. Podobne stosunki w jaworowskiem, sokalskiem, tarnobrzeskiem, zaleszczyckiem, żydaczowskiem.

Na tem ciemnem tle niewiele tylko zaznacza sprawozdanie punktów jaśniejszych. I w tym roku znajdujemy wzmiankę, że jednym z czynników, działających dodatnio, jest emigracya, przynosząca z Ameryki wyższe wymaganie kulturalne i lepsze przyzwyczajenia (Dąbrowa, Grybów, Wadowice). Drugim czynnikiem, wpływającym na poprawę stosunków, były i w r. 1905, jak w latach poprzednich..... pożary. Dopiero bowiem pożarom zawdzięczają porządną odbudowę Wadowice górne i Hohenbach w mieleckiem, Czerniawa w mościskiem, Delatyn w nadwórniańskiem, Harklowa w nowotarskiem, kilka gmin w rohatyńskiem i t. d. Ze sprawozdania wynikać się zdaje, że w r. 1905 zaznaczał się korzystnie także wpływ lekarzy rządowych i okręgowych więcej, niż w latach poprzednich. Po wsiach najgorsze stosunki zdają się istnieć w mieszkaniach dla służby dworskiej, t. zw. czworakach; w sprawozdaniu czytamy o powiecie pilzneńskim: »Podnieść należy, że jak dotąd tylko w tym jedynym powiecie mieszkania dla służby dworskiej są dobre«. Domy włościańskie są, jak się zdaje, prawie bez wyjątku dobre tylko w jednem żywieckiem.

4. Zakłady przemysłowe.

Tutaj trzeba powtórzyć to, co nadmieniliśmy w roku zeszłym, że pożyteczny wpływ inspektoratów przemysłowych na

poprawę stosunków higienicznych w tym dziale zaznacza się coraz wyraźniej.

Jak już wspomniano w r. z., powstające w kraju nowe fabryki są dzięki działaniu inspektoratów przeważnie odpowiednie pod względem urządzeń higienicznych i ochronnych. Mimo to jednak zdarza się jeszcze, że właściciele fabryk wnoszą o pozwolenie ich otwarcia dopiero po ich zbudowaniu, wskutek czego trudno nieraz usunąć wady budowlane, że stawiają motory bez zezwolenia władz, a bez dostatecznych urządzeń ochronnych (w krakowskim okręgu zdarzyło się to w 5 zakładach) itp. Oczywiście w dawniejszych fabrykach poprawa stosunków idzie znacznie trudniej, a w drobnym przemyśle i w warsztatach rękodzielniczych stosunki są często złe, nieraz opłakane, a poprawić je z powodu złych warunków ekonomicznych większości rękodzielników jest bardzo trudno. I tak np. w pewnej pracowni krawieckiej pracowało 20 robotnic tak skupionych, że na każdą wypadało zaledwie 4,5 m. sześciennych powietrza. W warsztatach szewskich zdarza się w stanisławowskiem często podzielenie izby sklepowej na 2 piętra, a wtedy robotnicy, siedzący na piąterku, mają nieraz zaledwo po 2,25 m. sz. powietrza.

Nawet w dobrze zresztą urządzonych większych fabrykach bardzo często brak izb odpoczynkowych, o czem w sprawozdaniu często spotyka się wzmianki. Młyny, szczególniej w okręgu stanisławowskim, są dość często nieczysto utrzymane; w młynach turbinowych bywają wychodki urządzane w przestrzeni turbinowej; filtry powietrza urządzono dopiero w niektórych młynach. Ekshaustorów brak zresztą w największej części zakładów, gdzie wytwarza się pył, szkodliwy dla robotników; zwłaszcza pospolity jest ten brak w zakładach czyszczenia i sortowania włosów końskich i szczecin. Ale doprawdy trudno się temu nawet tak bardzo dziwić, jeżeli nawet zakłady rządowe nie dają dobrego przykładu, bo np. w Monasterzyskach w c. k. fabryce tytoniu sale są przepełnione, pełno pyłu tytoniowego, a budowa łazienek dla robotników była w r. 1905 dopiero w projekcie, a nawet w fabryce tytoniu w Zabłotowie, zresztą wzorowo urządzonej, w sali czyszczenia tytoniu nie było ekshaustora. Zaledwie o jednym tylko powiecie turczańskim czytamy, że tam wszystkie tartaki parowe są wzorowo urządzone, że w każdym jest izba dla chorych, nosze, opatrunki, łazienki, ekshaustory, dobre studnie i wychodki.

O braku mieszkań dla robotników już powyżej wspomniano, ale i tutaj trudno się prawie dziwić mniejszym przedsiębiorcom, jeżeli taka fabryka, jak fabryka maszyn w Sanoku, zatrudniająca 1200 robotników, ma mieszkanie dla o ś m i u rodzin!

Sprawozdania inspektorów przemysłowych zawierają dane o przekroczeniach ustawy co do zatrudniania osób młodszych, niż lat 14 i o uszkodzeniach przypadkowych wśród robotników przy pracy. Zatrudnianie osób młodocianych wbrew ustawie zdarza się rzadko (w okręgu lwowskim tylko 4 osoby na 11.207 robotników, w krakowskim 15 na 20.393, w stanisławowskim 32). Uszkodzenia w niektórych gałęziach przemysłu są jeszcze ciągle częste, szczególnie w przemyśle drzewnym, gdzie przytem obowiązek donoszenia inspektorowi przemysłowemu o uszkodzeniach bywa niedostatecznie wykonywany. Jest to zaś rzecz doniosła, bo, jak słusznie zauważa Rada zdrowia, »nie chodzi tu jedynie o dokładność statystyki, lecz o możność zapobiegania wypadkom na przyszłość i o należyte ocenienie, o ile przedsiębiorstwo zawiniło przez zaniedbanie zaleconych środków ostrożności«.

Oprócz danych, poczerpniętych ze sprawozdań inspektorów przemysłowych, podaje sprawozdanie według kolei powiatów krótkie dane, dostarczone przez lekarzy urzędowych. Niestety nie wszyscy lekarze urzędowi zdają się rozumieć doniosłość swych w tym względzie zadań, bo niektórzy ograniczyli się w swem sprawozdaniu tylko do wyliczenia wszystkich zakładów przemysłowych, znajdujących się w powiecie, bez żadnej wzmianki co do ich urządzeń sanitarnych, co do chorób zawodowych i częstości uszkodzeń robotników. Jako rzecz, którąby koniecznie wymagała zmiany, należy podnieść, że w kilkunastu jeszcze powiatach nie wzywano wcale lekarzy urzędowych do komisyi przy otwieraniu zakładów przemysłowych i t. d. Wśród szczegółów, podanych w tym ustępie, znajdują się gdzieniegdzie wiadomości, któreby właściwie należały do rozdziału o nadzorze nad środkami spożywczymi, albo tam wartoby je powtórzyć (o stosunkach higienicznych w piekarniach, rzeźniach). Rozdział ten kończy się podaniem kilku liczb o rozmiarach produkcyi górniczo-hutniczej w Galicyi (wartość roczna 30,08 milionów koron, prócz nafty i wosku ziemnego) i liczbie zatrudnionych w tym dziale robotników. Byłoby rzeczą jeszcze ciekawszą, gdyby podobne dane podano nietylko co do jednej gałęzi przemysłu; nie spełnia się zaś nadzieja, którą wyraziliśmy w roku zeszłym, że przynajmniej w tym dziale znajdzie się trochę więcej danych o sezonowem wychodźtwie zarobkowem, mającem z wielu względów znaczenie także pod względem sanitarnym.

5. Handel środkami leczniczymi i truciznami poza aptekami.

W ustępie tym znajdujemy między innemi wzmiankę o nieustających skargach aptekarzy na partactwo aptekarskie w drogueryach. Pokątna sprzedaż leków w kramach małomiasteczkowych zmniejsza się wskutek stosowania dość surowych kar.

6. Higiena szkół.

Według sprawozdania krajowej Rady szkolnej było w r. 1905/6 w całym kraju na 4535 s z k ó ł l u d o w y c h czynnych, umieszczonych w budynkach bardzo dobrych 1450 (o 17 mniej, niż w roku poprzednim), w budynkach dobrych 1319 (o 15 mniej), w odpowiednich 968 (o 36 więcej), w nieodpowiednich 798 (o 49 więcej). Ciekawe jest to zmniejszenie się liczby szkół, umieszczonych w budynkach bardzo dobrych i dobrych, chociaż zbudowano w tym roku 133 budynków szkolnych (str. 118, natomiast na str. 127 podano, że nowych szkół zbudowano tylko 54). Tak więc dobrych i bardzo dobrych budynków jest około 60%, nieodpowiednich ciągle około 20%, przytem budynki te są przepełnione: w szkołach miejskich mieści się w jednej klasie po 55, w szkołach wiejskich po 54 uczniów. W porównaniu z rokiem poprzednim przepełnienie klas szkolnych w miastach wzrosło, po wsiach bardzo nieznacznie się zmniejszyło. Jest 12 takich powiatów, gdzie w jednej klasie bywa średnio powyżej 100 dzieci.

W roku zeszłym przytoczyliśmy ogólną charakterystykę stanu higienicznego szkół ludowych, podaną przez Radę zdrowia, a bardzo niepocieszającą. Jak wynika z zestawienia stanu szkół w poszczególnych powiatach na podstawie sprawozdań lekarzy urzędowych, smutny ten stan niewiele się w r. 1905 zmienił, w niektórych powiatach jest bardzo opłakany i wcale się nie polepsza.

We Lwowie przybył jeden, nowocześnie urządzony gmach dla szkoły ludowej im. Sienkiewicza, w Krakowie również jeden budynek przy szkole im. Piramowicza. Jak na główne nasze miasta, to dość mało. Oczywiście znacznie gorzej jest w wielu powiatach. W złem przoduje wadowickie, chociaż po powiecie tym, leżącym w zachodniej części kraju i pod względem sanitarnym w innych kierunkach okazującym postępy, czego innego możnaby się spodziewać; od roku 1898 nie zbudowano w tym powiecie ani jednej nowe jszkoły, chociaż »wiele budynków jest ciasnych, walących się, wilgotnych«. W bohorodczańskiem szósta część budynków jest także zła, że nie można ich nawet poprawić; podobnie w 15 gminach w cieszanowskiem. W dobromilskiem budynki szkolne bardzo liche, a najgorsze w samem mieście powiatowem, w drogo wynajmowanych lokalach prywatnych. W horodeńskiem na 44 szkół zaledwo 15 odpowiada jako tako wymogom zdrowotnym. W jarosławskiem na 87 szkół tylko 10 ma dobre budynki. Podobnie złe stosunki są w kolbuszowskiem (na podniesienie zasługuje bardzo staranne i szczegółowe sprawozdanie o szkołach tamtejszych, przedłożone przez lekarza okręgowego, dra Zdzisława Maurera z Tymbarku), w tarnobrzeskiem, trembowelskiem, wielickiem, zborowskiem, złoczowskiem. O dziewięciu powiatach czytamy w sprawozdaniu, że nie zaszła żadna zmiana na lepsze, żadnej nowej szkoły nie zbudowano, ani nie podejmowano większych naprawek.

Co do budynków s z k ó ł p r y w a t n y c h powtarza się i w tym roku w sprawozdaniu skarga, że krajowa Rada szkolna w swoich sprawozdaniach zupełnie się nimi nie zajmuje pomimo powtarzanych od lat 5 nawoływań Rady zdrowia. Przy udzielaniu koncesyi na szkołę prywatną powinien lekarz urzędowy zbadać lokal, na szkołę przeznaczony, czego widocznie dotąd się nie przestrzega, chociaż przy udzielaniu koncesyi na szkołę względy zdrowotne nie mniejsze mają znaczenie, niż przy udzielaniu koncesyi na lokal przemysłowy; chodzi tu o zdrowie niemal 30.000 dzieci (w r. 1905 było w 230 szkołach prywatnych 29.328 dzieci).

O c h a j d e r a c h powtarza sprawozdanie coroczne niekorzystne uwagi.

W s z k o ł a c h ś r e d n i c h przyrost ogólnej liczby uczniów był w r. 1905 równie znaczny, jak w roku poprzednim (6,9% wobec 6,7%). Przepełnienie szkół o tyle nie wzrosło, że w roku 1905/6 otwarto 3 nowe szkoły średnie; wszelako nowy własny budynek uzyskała tylko jedna szkoła w Krakowie, a we Lwowie rozpoczęto budowę dwóch gimnazyów. Zresztą zaś w całym kraju nie zrobiono nic, choć przecież szkoły r z ą d o w e powin-

nyby pod względem higienicznym przodować. Tak zaś nietylko nie jest, ale w wielu szkołach są stosunki »nad wyraz opłakane«. (II szkoła realna we Lwowie, gimnazya w Brzeżanach, Tarnopolu, Dembicy, Stanisławowie, Stryju, Żywcu). Z gimnazyów męzkich prywatnych odznacza się wzorowem urządzeniem higienicznem zakład OO. Jezuitów w Bąkowicach pod Chyrowem, w r. 1905 rozszerzony nowem skrzydłem. Z 7 prywatnych gimnazyów i 10 liceów żeńskich, żadne nie ma budynku na ten cel zbudowanego.

W sprawie fizycznego rozwoju młodzieży szkolnej są niewątpliwie postępy w szkołach średnich, dzięki światłym poglądom i bezinteresownej pracy nauczycieli tych szkół; działa tu zdrowy prąd, który rozbudził się w społeczeństwie, natomiast ze strony »urzędowej« starań większych nie widać, bo, jak się zdaje, ograniczyły się one do okólnika krajowej Rady szkolnej z r. 1904, o którym wspominaliśmy w r. z. Ilustracyą tego jest zresztą fakt, że nauki gimnastyki udzielano systematycznie zaledwo w 261 szkołach ludowych, t. j. tylko o 3 więcej, niż w r. 1904. Jedyny wyjątek stanowi tutaj miasto Lwów, łożące sporo na te cele. Gimnastyka prowadzona jest w szkołach lwowskich umiejętnie przez systematycznie kształconych nauczycieli i nauczycielki. To samo odnosi się do gier i zabaw ruchowych, oraz wycieczek (każda ze szkół męskich i 5 szkół żeńskich we Lwowie odbyła po 12 wycieczek). Kąpiele szkolne, zaprowadzone we Lwowie w r. 1904, rozwijają się pomyślnie. W r. 1905 kąpało się 1606 uczniów po 5,5 razy każdy.

Z rozdziału o stanie zdrowia młodzieży szkolnej i pieczy w tym kierunku godzi się przytoczyć ze sprawozdania dosłownie kilka zdań: »Jako skutek braku lekarzy szkolnych, jako też braku nawet stałego konsulenta lekarskiego przy krajowej Radzie szkolnej, niema w jej sprawozdaniach żadnej wzmianki o stanie zdrowia młodzieży szkolnej, ani o ilości dzieci, uwolnionych stale od nauki z powodu chorób cielesnych lub wad umysłowych. W sprawozdaniach lekarzy urzędowych znajdujemy tylko niedostateczne i bardzo ogólnikowe wiadomości w tym kierunku, ponieważ lekarze ci, obarczeni tylu różnymi obowiązkami, sprawom młodzieży szkolnej mogą się poświęcać tylko dorywczo. Z tych sprawozdań dowiadujemy się, że w wielu powiatach administracyjnych dzieci są dotknięte zmianami skrofulicznemi w różnych postaciach, że jaglica jest dość częsta, świerzb nawet bardzo częsty, w niektórych okolicach, zwłaszcza powiatach górskich, nawet objawy kiły nabytej. Jeżeli się jeszcze uwzględni choroby zakaźne ostre, szerzące się przez szkołę i szkody na zdrowiu, wynikające z wad budynku szkolnego, oraz jego urządzenia, to dość dowodów co do potrzeby instytucyi lekarzy szkolnych«. Jedyne dokładniejsze wiadomości podała okręgowa Rada szkolna miasta Lwowa. W r. 1905 zarówno, jak w poprzednich, zbadał szkolne dzieci lwowskie okulista miejski Dr Kicki, a z powodu jego spostrzeżeń, iż krótkowzroczność wzrasta z każdą wyższą klasą, a w klasach wydziałowych żeńskich przybiera rozmiary wprost niepokojące, zarządzono badanie, czy urządzenia poszczególnych klas nie działają szkodliwie na wzrok dzieci. Wyniki tych badań obiecuje Rada zdrowia podać w przyszłorocznem sprawozdaniu.

7. Zakłady lecznicze i dobroczynności.

A. Zakłady lecznicze publiczne

omawialiśmy przy sposobności sprawozdania z ostatniej sesyi sejmowej, przytaczając według sprawozdania sejmowej komisyi sanitarnej wiadomości, sięgające już poza r. 1905. To też możemy tutaj ograniczyć się do kilku danych ogólnych, z pośród tych, które podaje sprawozdanie Rady zdrowia. W roku 1905 było w kraju szpitali publicznych 36, o 4 więcej, niż w roku 1904 (przybyły szpitale w Kałuszu, Skałacie, Tarnobrzegu i Turce). Liczba łóżek w szpitalach publicznych wzrosła o 357 i wynosiła w roku 1905 — 4576. Szpitali prywatnych było 59 z 1742 łóżkami, razem więc było szpitali 95 z 6318 łóżkami. Jedno łóżko w roku 1905 przypadało na 1214 mieszkańców. Na 10.000 ludności przypadało w roku 1902: w Tryeście 102 łóżka, w Salzburgu 53, w Tyrolu 43, w Styryi 38, w Karyntyi 30, w Austryi niższej 29, w wyższej 26, w Gorycyi 23, w Krainie i Istryi 20, na Śląsku 18, w Czechach 17, na Morawach 14, w Dalmacyi i Bukowinie po 8, w Galicyi 7. Wprawdzie liczba w roku 1905 poprawiła się w Galicyi na 8,1, niemniej jednak i w tym roku jeszcze zajmowała Galicya co do liczby łóżek w Austryi miejsce ostatnie, a w roku tym było jeszcze 27 powiatów z ludnością 2,000.000, w których nie było żadnego szpitala, ani powszechnego, ani prywatnego. Wszelako już w r. 1905 zapowiadać się zaczęła szybsza poprawa stosunków; Rada zdrowia wylicza 13 miasteczek i miast powiatowych, w których w tym roku albo rozpoczęto już budowę nowych szpitali, albo zbierane fundusze doszły znaczniejszych kwot i pozwalają wkrótce o budowie szpitali zamyślać. Przepełnienie szpitali w r. 1905 prawie się nie zmniejszyło. Gdy w Austryi jedno łóżko zajęte jest w ciągu roku średnio przez 302 dni, to w Galicyi średnio przeż 343 dni, a są dwa szpitale, gdzie jedno łóżko było zajęte przez 597dni w roku!! (Przemyślany, Husiatyn); oprócz tego w 5 innych szpitalach było łóżko zajęte przez więcej niż 500 dni, t. zn. że szpitale te były stale w dwójnasób przepełnione. Innych szczegółów o szpitalach publicznych, jako też szczegółów o zakładach dla obłąkanych i krajowych zakładach położniczych, obficie w sprawozdaniu przywiedzionych, nie powtarzam, jako już znanych z artykułów, pomieszczanych w tej sprawie w »Przeglądzie«. O klinikach prócz wzmianki, że w Krakowie przywrócono w nich dawniejszą normalną liczbę łóżek, i w tym roku także nie zawiera sprawozdanie dokładniejszych wiadomości.

We wszystkich szpitalach prywatnych leczyło się w roku 1905 na 1742 łóżkach 16.661 chorych (jeden chory średnio przez 19 dni). Ze szpitali prywatnych było między innymi 12 szpitali fundacyjnych z 374 łóżkami, zarządzanych przez SS. Miłosierdzia i 2 szpitale fundacyjne z 68 łóżkami, zarządzane przez Braci Miłosierdzia. W owych 12 szpitalach SS. Miłosierdzia leczono w r. 1905 3422 chorych, w szpitalach Braci Miłosierdzia 1574 chorych. Porównując krociowe fundacye, zarządzane przez SS. Miłosierdzia, z funduszami Braci Miłosierdzia, podnosi sprawozdanie Rady zdrowia, że »społeczeństwo miałoby prawo od SS. Miłosierdzia domagać się więcej świadczeń«. (Dok. nast.).

Ankieta przeciwgruźlicza.

Wydział krajowy zwołał do Lwowa na 26/VI b. r. ankietę w sprawie zwalczania gruźlicy w kraju. Podstawą zwołania ankiety była przeszłoroczna uchwała Sejmu, polecająca Wydziałowi krajowemu, by zbadał sprawę założenia kosztem kraju dwu lecznic ludowych przeciwgruźliczych i opinię kół zawodowych lekarskich co do użyteczności takich lecznic. Wydział krajowy nakreślił jednak ankiecie szersze rozmiary, co z uznaniem należy podnieść, gdyż przez to ankieta może położyć podwaliny pod ogólny program walki z gruźlicą w Galicyi; plan ankiety obejmował prócz ogólnych uwag o gruźlicy na podstawie obecnego stanu nauki, zestawienie dróg i sposobów walki z gruźlicą w innych krajach i państwach, określenie udziału państwa, kraju, powiatów, gmin i t. p. w tej walce w Galicyi, oznaczenie, jakich funduszów wymagałoby ewentualne założenie i prowadzenie lecznic ludowych u nas.

Przed rozpoczęciem ankiety odbyło się zebranie jej uczestników, na którem porozumiano się co do uproszczenia rozpraw i ułożenia wniosków.

Ankiecie przewodniczył członek Wydziału krajowego, szef departamentu sanitarnego Dr Bernadzikowski, a uczestniczyli w niej: Prof. Ciechanowski i Dr Janiszewski z Krakowa, Dr Żychoń z Zakopanego, Dr Gruiński, prof. Kučera, prof. Gluziński, R. dw. Dr Merunowicz, Dr Mikołajski, Dr Müller, Dr Starzewski, prof. Wiczkowski ze Lwowa.

Po zagajeniu przez Dra Bernadzikowskiego, który nakreślił zadania ankiety, przystąpiono odrazu do rozpatrzenia sprawy założenia krajowych zakładów lub oddziałów dla gruźliczych. Na zasadzie poprzedniego porozumienia uczestników ankiety oświadczył Prof. Gluziński, że zebrani, uznając w pełni znaczenie lecznic dla gruźliczych i sądząc, że w przyszłości będzie musiał kraj o budowie lecznic pomyśleć, na razie nie uważają budowania dwu lecznic krajowych za wskazane; w obecnej dobie trzeba użyć przedewszystkiem środków łatwiejszych, a pozwalających przy mniejszych wydatkach działać szerzej. W zakresie działania kraju leży tutaj reforma szpitalnictwa: pomnożenie liczby łóżek szpitalnych w kraju, tworzenie szpitalnych oddziałów i sal dla gruźliczych, któreby, odpowiednio prowadzone, kształciły lekarzy w kierunku walki z gruźlicą, służyły do odosobnienia chorych z gruźlicą otwartą, »wychowywały« ich w ten sposób, aby chorzy sami starali się nie być rozsadnikami zarazy i któreby leczyły przypadki uleczalne. W dalszej dyskusyi podnoszono myśl zużytkowania na pomieszczenie gruźliczych, oddziałów zakaźnych w czasach wolnych od innych epidemii (Dr Starzewski, przeciw czemu jednak oświadczyli się prof. Ciechanowski i Kučera), sprawę przyjmowania chorych na gruźlicę do szpitali, co obecnie faktycznie się dzieje i dziać musi pomimo formalnie istniejącego zakazu (prof. Gluziński, Dr Müller,

Dr Janiszewski), roztrząsano pytanie, o ile można w praktyce oddzielać chorych uleczalnych od nieuleczalnych (prof. Ciechanowski, Dr Janiszewski, Dr Mikołajski, Dr Żychoń), jakich wyników można oczekiwać ze szpitalnego leczenia gruźlicy (prof. Wiczkowski, Ciechanowski, Gluziński), poczem jednomyślnie uchwalono następującą rezolucyę, sformułowaną przez prof. Gluzińskiego:

»Ankieta, uznając w całej pełni ważność budowy sanatoryów dla zwalczania gruźlicy, uważając je nietylko za miejsca dla leczenia, lecz i za miejsca wychowania higienicznego, nie zaleca na razie rozpoczęcia tej walki od budowy dwóch sanatoryów ludowych, lecz wciąga tę myśl w plan dalszy, który rozpocząć się winien od pomnożenia liczby szpitali w kraju i od reformy i poprawy szpitalnictwa krajowego, opartych na następujących zasadach: a) że gruźlica powinna być do szpitali krajowych przyjmowana; b) że powinna być uznana za chorobę zakaźną, a więc izolowaną; c) że przy szpitalach teraźniejszych powinno się, środkami choćby skromnymi, wprowadzić takie zmiany, a w nowych, mających się budować, plany powinny być tak skonstruowane, by mogły powstać osobne oddziały, które mogłyby być prowadzone już to sanatoryalnie i były miejscami dla leczenia, a więc niejako były sanatoryami, już to miejscami izolacyi; d) izolacya przypadków nieuleczalnych, rozpaczliwych, oprzeć się powinna o domy dla nieuleczalnych«.

Z kolei przeszła ankieta do rozpatrzenia udziału rządu, kraju, powiatów, gmin, instytucyi zabezpieczenia i samopomocy społecznej w zwalczaniu gruźlicy u nas. R. dw. Dr Merunowicz poruszył sprawę rządowej dotacyi na zwalczanie gruźlicy, z której dla Galicyi dotąd nie udzielono żadnych zasiłków, prof. Ciechanowski naszkicował w krótkim zarysie plan walki z gruźlicą i udział w niej poszczególnych czynników, a na podstawie poprzedniego porozumienia się uczestników ankiety wniósł, aby ankieta dla dokładniejszego opracowania tego tematu w postaci memoryału wybrała odrębne grono. W dalszych rozprawach poruszono sprawę popularyzacyi wiadomości o zwalczaniu gruźlicy (prof. Kučera), poparcia finansowego przez rząd i kraj stacyi leśnych i dyspensatoryów (prof. Wiczkowski), podniesienia ogólnego poziomu higieny wśród ludności (Dr Żychoń), odkażania (Dr Mikołajski), instytucyi, któraby całą walką z gruźlicą kierowała (na wzór n. p. centralnych komitetów przeciwgruźliczych zagranicznych; w ożywionej dyskusyi nad tym przedmiotem uczestniczyli prof. Ciechanowski, prof. Gluziński, Kučera, Dr Mikołajski, Dr Starzewski).

Uchwalono następujące rezolucye:

»Ankieta wyraża zdanie: 1. Wydział krajowy raczy upomnieć się o sprawiedliwy rozdział funduszów państwowych, przeznaczonych na zwalczanie gruźlicy na zasadzie ustawy państwowej z roku 1906, w szczególności, aby dochody z nich wpływały na cele kraju w stosunku do ilości mieszkańców i to począwszy od r. 1907, aby w ten sposób wynagrodzić krzywdę, wyrządzoną krajowi przez zupełne pominięcie go przy rozdziale pieniędzy, z podatków pochodzących.

2. Wydział krajowy postara się, aby istniejące w kraju zawiązki państwowych zakładów badania chorób zakaźnych były w ten sposób urządzone i uposażone, aby można zbadać bakteryologicznie każdego chorego, co do którego zachodzi wątpliwość, czy jest, jako wydzielający prątki gruźlicze, dla otoczenia niebezpiecznym«. (Według wniosku R. dw. Dra Merunowicza).

3. »Ankieta wyraża przekonanie, że dla wypełnienia punktu trzeciego kwestyonaryusza, to jest, jakie środki zaradcze należałoby zastosować u nas ze strony powołanych czynników, obok wygotowania osobnego memoryału, który zawierałby odpowiednie wskazówki, należy się w wielkiej mierze poparcie istniejącego Tow. przeciwgruźliczego ze strony rządu, kraju, wysokich konsystorzy itd., jużto materyalnie, jużto moralnie, zachęcające do wstępowania do Towarzystwa i czynnego udziału«.

4. »Ankieta wyraża przekonanie, że krajowa Rada zdrowia, jako organ, zawierający w swem gronie czynniki zarówno autonomiczne, jak i rządowe, jest powołana do zajęcia się i kierowania walką z gruźlicą«. (Według wniosków prof. Gluzińskiego i Ciechanowskiego).

Do komisyi, mającej zredagować memoryał o gruźlicy, wybrano: prof. Ciechanowskiego, Dra Janiszewskiego, prof. Kučerę, R. dw. Dra Merunowicza i Dra Mikołajskiego.

Imieniem uczestników ankiety wyraził w końcu R. dw. Dr Merunowicz podziękowanie Wydziałowi krajowemu i szefowi departamentu sanitarnego Wydziału kraj. za zajęcie się doniosłą sprawą zwalczania gruźlicy, w której to akcyi przy zainteresowaniu się najwyższych władz autonomicznych można się spodziewać korzystnego zwrotu. Obrady zamknęło przemówienie Dra Bernadzikowskiego.

Oprócz dodatniego znaczenia, jakie ma wogóle samo urządzenie ankiety przeciwgruźliczej przez Wydział krajowy korzyścią jej będzie ustalenie ogólnego planu zwalczania gruźlicy w kraju i wskazanie tych środków, które w obecnych warunkach finansowych kraju są wykonalne. *C.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ze Związku krajowego lekarzy. Zmiana statutu, uchwalona przez Zjazd delegatów Związku, otrzymała obecnie zatwierdzenie władzy politycznej, tak że od tej chwili obowiązuje już nowy statut. Wydział Związku przypomina kolegom, że najważniejszą zmianą w porównaniu z dawnym statutem jest zniesienie trójstopniowości organizacyi. Zamiast projektowanych przez pierwotny statut organizacyi powiatowych, obwodowych i krajowej, będzie obecnie tylko organizacya krajowa, t. j. Związek, a członkowie jego będą należeli do Kół, które według potrzeby będzie Wydział zakładał w kraju, a których zadaniem będzie wypełnianie zadań Związku w zakresie lokalnym. W ten sposób odpadnie bardzo skomplikowane przesiewanie prawie każdej sprawy aż przez trzy instancye.

Drugą bardzo ważną zmianą, zaprowadzoną przez nowy statut, jest zmniejszenie bardzo niepopularnej, bo zbyt wysokiej wkładki rocznej 24 K., a pozostawienie oznaczania wysokości wkładki dorocznemu Walnemu Zgromadzeniu. Na rok bieżący wynosi wkładka 12 K.

Deklaracyę przystąpienia i nałożoną w niej w razie niedotrzymania jej przepisów karę konwencyonalną w kwocie 2000 K., nadal zatrzymano. Zjazd delegatów Związku dokładnie rozważał tę sprawę i doszedł do przekonania, że kara konwencyonalna jest jedyną bronią przeciw niesolidarnym lekarzom. Koledzy nie powinni się przerażać wysokością kary, bo ten, kto zamierza przestrzegać solidarności koleżeńskiej, nigdy nie będzie narażony na zapłacenie kary i niemoralnem nie jest podpisywanie deklaracyi, gdy się 2000 K. nie posiada, ale jedynie wtedy, gdy się niema zamiaru dotrzymać zobowiązania; na takich właśnie chwiejnych lekarzy posiadać będzie organizacya środek w wysokiej karze za uchybianie godności stanu.

Wydział zwraca się do Kolegów, którzy dotąd nie przystąpili do Związku, z gorącą prośbą, ażeby nie zaniedbywali swego własnego interesu i natychmiast zgłosili swoje przystąpienie. Wystarczy przesłanie kartki korespondencyjnej pod adresem Związku krajowego lekarzy (Kraków, Radziwiłłowska 4), a sekretaryat natychmiast wyśle blankiet »Zobowiązania« do podpisu.

O ile znajdą się chętni koledzy do agitowania, Wydział roześle do nich pewną ilość takich blankietów dla jednania Związkowi członków. Prócz tego niektórzy członkowie Wydziału będą, jeździli do większych miast na zgromadzenia agitacyjne.

Z polecenia ostatniego Zjazdu delegatów zniżył Wydział prowizyę od honoraryów lekarskich, ściągniętych przez oddział należytości, do 10% ściągniętej kwoty.

Administracya znaczków receptowych w bieżącym roku przelała do funduszu dla wsparcia wdów i sierot po lekarzach pokaźną sumę 2600 K. Wydział uprasza Kolegów, ażeby nie zaniedbywali tego źródła dochodów Związku, bo już niejedną łzę udało się osuszyć przez udzielanie wsparcia tym najbiedniejszym, a przy dobrej woli Kolegów fundusze w krótkim czasie bardzo znacznie mogłyby się zwiększyć.

Wreszcie wyraża Wydział serdeczne podziękowanie Redakcyi »Głosu lekarzy«, która przesłała Związkowi wydatny zasiłek w kwocie 1262 K. 81 h. Suma ta jest zebranym przez Redakcyę »Głosu lekarzy« funduszem samoobrony.

Tak więc przez wspólną pracę, powoli wprawdzie, ale bez przerwy postępujemy naprzód, i jeżeli tylko wszyscy Koledzy zechcą wesprzeć Wydział w jego usiłowaniach, jeżeli przystąpią zaraz do Związku i nie będą rozprzęgali sił przez teoretyczną krytykę, a natomiast pozytywnie będą się starali o utworzenie wielkiego bractwa lekarskiego, możemy być pewni, że w krótkim stosunkowo czasie osiągniemy świetne wyniki.

Wydział Związku krajowego lekarzy.

Sekretarz: *Weinsberg.* Prezes: *Wicherkiewicz.*

Sprawy sanitarne w austryackiej Izbie Panów. W ubiegłym tygodniu zapadły w Izbie Panów trzy ważne uchwały; najważniejszą z nich jest uchwalenie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych; oprócz tego uchwalono wnioski w sprawie reformy organizacyi sanitarnej i wezwanie do rządu, aby jaknajrychlej przedłożył projekt ustawy o szczepieniu krowianką. Ustawa o chorobach zakaźnych uchwalona została z niewielkiemi tylko zmianami projektu rządowego, niestety więc nie zostały dotąd uwzględnione słuszne postulaty naszego kraju w tej sprawie. Wnioski w sprawie reformy sanitarnej uchwalono według sprawozdania komisyi Izby, różniącego się nieco od pierwotnego wniosku Prof. Ludwiga w tej sprawie; mianowicie nie uchwalono żądać utworzenia »centralnego urzędu zdrowia« (na wzór niemiecki), ale tylko przekształcenia departamentu sanitarnego ministerstwa spraw wewn. i przydzielenia mu różnych agend sanitarnych, rozprószonych teraz po innych ministerstwach; dalej uchwalono żądać utworzenia przy Najwyższej Radzie zdrowia instytutów naukowych i pomnożenia liczby członków tej Rady, wreszcie polepszenia warunków bytu lekarzy rządowych. (Rzeczą naszej reprezentacyi parlamentarnej będzie teraz dopilnować, aby w zreformowanej Najwyższej Radzie zdrowia kraj nasz uzyskał należną liczbę członków i aby przy polepszeniu bytu lekarzy rządowych została Galicya należycie uwzględniona). Co do ustawy o szczepieniu ospy, podniosła komisya Izby Panów, że dalsze badania tej sprawy, (których potrzebą tłómaczył rząd pominięcie tej sprawy w projekcie ustawy o chorobach zakaźnych są zbędne, bo skuteczność szczepień nie ulega żadnej wątpliwości. Skoro więc rząd nie uwzględnił szczepienia w ustawie o chorobach zakaźnych, to powinien sprawę tę jaknajrychlej uregulować osobną ustawą. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20. VI. do 26. VI. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Czortków (Bazar 6, Panszówka 2), Gródek jag. (Sławczany 2, Wola dobrostańska 14), Horodenka (Hawrylak 4, Targowica 2, Czortowiec 4, Głuszków 1, Niezwiska 1), Jarosław (Cieplice 2), Kołomyja (Słobódka polna 2, Gwoździec stary 7, Soroki 1), Kosów (Chomczyn 1), Lisko (Wola mihowa 1), Nadwórna (Hwozd 2), Sanok (Osławice 1), Skałat (Zarubińce 2), Zaleszczyki (Koszyłowce 1), Złoczów (Trendowacz 1, Werhobuż 8). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. VI. do 26. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 2 † —), płonicy 14 † 2 (2 † —), odry 1, duru brzusznego 3 (2). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 20. VI. do 26. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 3, płonicy 26 † 4 (3 † 1), odry 3, duru brzusznego 5 † — (1 † —). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 6. VI. do 12. VI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 4 † 1, odry 6, płonicy 12, duru osutkowego 24 † 2, duru brzusznego 9 † 2, duru powrotnego 8, błonicy 8. (*Gaz. lek.* 26).

I. Zjazd internistów polskich w Krakowie.

(19, 20 i 21 lipca 1909).

W dalszym ciągu ogłoszono następujące odczyty:

IV. Serya:

44. Dr J. Pawiński (Warszawa): Zaburzenia inerwacyi a cierpienia organiczne serca naczyń.

45. Dr Franciszek Zakrzewski (Poznań): Powiększenie serca i wątroby, wczesny objaw gruźlicy płucnej.

46. Dr A. Blumenfeld (Lwów): O ułożeniu krętków Schaudina (*spirochaete pallida*) w narządach wewnętrznych, szczególnie w stosunku do naczyń krwionośnych (z demonstr.).

47. Tenże: Światła i cienie próby Wassermanna.

48. Dr Z. Radliński (Kraków): O leczeniu operacyjnem rozedmy płuc.

49. Tenże: W sprawie *nephritis unilateralis*.

50. Prof. Dr. N. Cybulski i Dr J. Surzycki (Kraków): Demonstracya (z objaśnieniami) elektrokardyogramów, otrzymanych u zdrowych i chorych zapomocą galwanometru strunowego Einthovena, oraz demonstracya samego galwanometru w czynności.

Komitet Zjazdu zaprasza niniejszem Towarzystwa lekarskie i Szanownych Kolegów do licznego udziału w I. Zjeździe Internistów polskich i ogłasza następujące ważniejsze postanowienia:

a) Wkładka uczestnika Zjazdu wynosi 20 koron. Po nadesłaniu tej kwoty otrzyma uczestnik kartę uczestnictwa i całkowity program Zjazdu. Przy przesyłaniu wkładki zechcą Szan. Koledzy zaznaczyć, czy chcą zostać stałymi członkami Zjazdu, czy też tylko uczestnikami na ten tylko Zjazd. § 3 tymczasowego statutu brzmi: W Zjeździe biorą udział: a) Członkowie stali Zjazdu, opłacający jednorazowe wpisowe w kwocie 5 koron i wkładkę 15 koron (6 rubli, 13 marek) za każdy Zjazd, bez względu, czy uczestniczą w nim, czy nie. Wkładki należy uiszczać przed lub w czasie Zjazdu. b) Uczestnicy Zjazdu, biorący udział w poszczególnym Zjeździe, mają uiścić 20 koron (8 rubli, 17 marek) za Zjazd. Członkiem stałym lub uczestnikiem Zjazdu może być tylko lekarz dyplomowany. Na posiedzeniu administracyjnem Zjazdu głosują tylko członkowie stali zapomocą kart uczestnictwa.

b) Mieszkania zamawiać można tylko do 10 lipca, przesyłając zaliczkę 10 koron. Przy zamówieniu należy wymienić ilość osób i wymagania co do mieszkania.

c) Szan. Kolegów, którzy zgłosili odczyty na Zjazd, uprasza się, aby najdalej do 15 lipca nadesłali bardzo krótkie streszczenie odczytu; inaczej nie mógłby być umieszczony w dzienniku Zjazdu.

d) Biuro Zjazdu urzędować będzie dla przybywających uczestników w klinice lekarskiej (Kopernika 15) od niedzieli rano o godz. 10—12 i popołudniu o godz. 4—6.

e) Na zebranie koleżeńskie zejdą się uczestnicy Zjazdu w niedzielę wieczór o godz. 7 w lokalu na dole gmachu Starego Teatru przy Placu Szczepańskim.

f) W poniedziałek 19 lipca o godz. $7^1/_2$ rano zwiedzanie kliniki lekarskiej, a o godz. 9 pierwsze posiedzenie Zjazdu w sali kliniki lekarskiej, ul. Kopernika 15, gdzie się mieści równocześnie biuro Komitetu Zjazdu.

Sekretarze komitetu: *Dr B. Korolewicz, Dr Łapiński.*
Przewodniczący komitetu: *Prof. Dr W. Jaworski.*
Skarbnik: *Doc. Dr Męsowicz.*

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Peszcie.

Sekretaryat generalny Zjazdu roześle uczestnikom Zjazdu z początkiem lipca legitymacye, uprawniające do zniżeń na niektórych kolejach. Wkrótce zaś potem rozesłany będzie uczestnikom pierwszy zeszyt streszczeń wykładów tej Sekcyi, do której uczestnik Zjazdu się zgłosił, co pozwoli przygotować się do dyskusyi. Komitet centralny przypomina, że należy się pospieszyć z zamawianiem mieszkania, zwracając się wprost do »Bureau central de voyages, IV, Vigadó-tér, 1, Budapest«. Ceny za pokój hotelowy za dzień i osobę wynoszą od 3—10 koron, za pokój prywatny 2·60—10 koron; pokoje na 2—3 osób stosunkowo taniej. Pokoje można wynajmować tylko na cały tydzień trwania Zjazdu. W czasie Zjazdu odbędzie się szereg przyjęć i zebrań towarzyskich; paniami przyjezdnemi zaopiekuje się osobny komitet pań.

Polski komitet Zjazdu: Prezes: *Wicherkiewicz.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 30 VI. b. r. posiedzenie, na którem delegatem na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galic. wybrany został Prof. Browicz, a delegatami do komitetu dla Zjazdu higieny szkolnej w Paryżu Prof. Browicz i Dr Bier. Prof. Jaworski zdał sprawę z prac komitetu I. Zjazdu internistów polskich. Dr Eisenberg przedstawił ostatnie własne i Doc. Nitscha badania nad odczynem Wassermanna, Dr Radliński przedstawił przypadek ropnia okołonerkowego z jednostronnym bezmoczem. W dyskusyach przemawiali: prym. Dr Borzęcki, Eisenberg, Prof. Lewkowicz, Dr Szymanowski.

— Dnia 22. VI. b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, na którem: 1) W sprawie pisma sekcyi niemieckiej Izby lekarskiej dla Czech, dotyczącego Dra E., uchwalono odpowiedzieć, że Dr E. już nie jest lekarzem kolejowym i że Izba zach.-gal. przedstawi na najbliższym wiecu Izb, jako zasadniczą kwestyę, czy i kiedy mają Izby lekarskie obowiązek i prawo zajmować się dyscyplinarnym stosunkiem le-

karza do jego władzy, jeśli władza ta w danej sprawie do Izby się nie zwróci; 2) delegatem Izby dla załatwienia sprawy Kasy chorych uczniów krawieckich wybrano Dra Damskiego; 3) rozpisano rozprawę honorową przeciw Drowi Z. z Z. na 12. VII. b. r.

— Łaźnia ludowa, założona przez miejską Kasę oszczędności, wydała w r. 1908 46368 kąpieli (o 6.794 więcej, niż w roku 1907), dziennie średnio 367 (o 15 więcej).

Lwów. Na posiedzeniu w sprawie udziału w Zjeździe dla higieny szkolnej (w Paryżu 1910), które się odbyło 22. VI. w Namiestnictwie pod przewodnictwem wiceprezydenta Rady szkolnej Dra Dembowskiego, zastanawiano się nad stosunkiem »komitetu krajowego« (galicyjskiego), który organizuje Namiestnictwo, do »komitetu Towarzystw polskich« (ogólnego), zawiązanego przez Towarzystwo nauczycieli szkół wyższych. Postanowiono utrzymać tę podwójną organizacyę; celem ciągłego porozumienia w każdym z tych komitetów zasiadać będzie delegat drugiego komitetu. »Komitet Towarzystw polskich« zajmie się zorganizowaniem uczestnictwa w samym Zjeździe, a »komitet krajowy« przedewszystkiem udziałem w wystawie. Uchwalono zwrócić się do prezydenta m. Krakowa o zorganizowanie osobnego oddziału »komitetu krajowego« w Krakowie. Do krajowego komitetu ściślejszego zostali wybrani: przewodniczącym wiceprezydent Dr Dembowski, zastępcą przewodniczącego protomedyk r. Dw. Dr J. Merunowicz, sekretarzem Dr Kuhn, członkami Prof. Kociuba, insp. Bruchnalski, Prof. Dr Kučera i Dr Hojnacki; nadto wejdą do komitetu delegat Tow. politechnicznego i »komitetu Towarzystw polskich«.

— Egzamin fizykacki złożyli Dr Albert Damm i Dr Karol Engler.

Warszawa. Prezesem zarządu Towarzystwa opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi wybrany został p. Z. Wasiutyński, wiceprezesem Dr Chrostowski, sekretarzem Dr Wisłocki, kuratorem zakładu w Drewnicy Dr K. Rychliński, wszyscy ponownie.

— Z końcem września odbędą się w pracowni Towarzystwa lekarskiego warszawskiego zajęcia praktyczne, których program podajemy na końcu »Wiadomości bieżących«.

Łódź. Ambulatoryum bezpłatne łódzk. chrześc. Tow. Dobr. przyjęło w r. 1907/8 chorych 18.174; recept wydano 8077. Za lekarstwa wraz z materyałami opatrunkowymi zapłacono 1846 rubli 69½ kop. Przeciętny koszt recepty 21½ kop. W ambulatoryum udzielało porad 17 lekarzy. W liczbie 18.164 przyjętych chorych było 4023, czyli 22% starozakonnych. Do ambulatoryum najwięcej zgłaszało się osób z chorobami wewnętrznemi (4249), następnie z ocznemi (3639), wenerycznemi (2406) i chirurgicznemi (2249). W porównaniu z rokiem poprzedzającym liczba chorych chirurgicznych wzrosła o 220, natomiast zmniejszyła się liczba chorych ocznych o 952 i wenerycznych o 300. W innych specyalnościach niema znacznych różnic.

Z różnych stron. W Niemczech poczyna się ruch przeciw nadmiernemu rozdrabnianiu czasopiśmiennictwa lekarskiego. Niedawno uchwalił Zjazd niemieckiego Towarzystwa fizyologicznego nie popierać pism, nowo powstających, gdyż obecnie istniejące są wystarczające.

— W Heidelbergu ofiarowała rodzina Lanz 1,000.000 marek na utworzenie Akademii Umiejętności.

— Pani Brigham w Brookline (St. Zj.), ofiarowała 6 milionów koron na szpital dla nieuleczalnych.

— »Związek narodowy polski« w Ameryce organizuje na maj r. 1910 w Waszyngtonie kongres narodowy, w którego sekcyi IV., naukowej, mają być wygłoszone referaty o udziale Polaków w nauce świata. Bliższych informacyi udziela Zarząd Związku nar. pol. Chicago, Ill. Nr 102—104 (od 1. IX. Nr 1406—1408) W-Division-str.

Mianowani: Pedyatra Doc. Brüning w Rostocku profesorem, pedyatra Prof. Concetti, patolog Prof. Alessandri, psychiatra Prof. Mingazzini profesorami zwyczajnymi w Rzymie;

Dr Leon Zamenhof internem szpitala izrael. na dalsze dwa lata, Dr K. Pawlikowski asystentem-eksternem szpitala św. Ducha, Dr Tryjarski i Jaroszyński asystentami eksternami szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

Zmarli: b. profesor anatomii patol. Dr W. Müller w Jenie; chirurg Prof Porter w Bostonie.

Redakcya otrzymała: Weber-Mayer: Klimatoterapia i balneoterapia. Przełożył i uzupełnił Dr T. Borzęcki, lekarz szpitala św. Ducha w Warszawie. Wydanie z zapomogi Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1909. Stron 360. Cena 1 rb. 20 kop. — XXVII. Sprawozdanie z działalności Kasy im. Mianowskiego za rok 1908. — Papée: 1) Zmiany kiłowe na błonach śluzowych o charakterze wczesnym 10 względnie 13 lat po zakażeniu (odb. »Tyg. lek.« 1909). 2) Papulo-erosive Syphilide 10. und 13. Jahre nach der Infection (odb. »Monatsh. f. pr Derm.« 1909). — Baurowicz: 1) W sprawie zapisywania roczynów dwutlenku wodoru. 2) Zur Kenntniss des Verlaufes einer retroaurikulären Beinhautentzündung. Odb. »Monats. f. Ohrenhk.« 1909. — Simmonds: 1) Üb. Bronzediabetes u. Pigmentcirrhose. Odb. »Berl. klin. Wochs.« 1909. 2) Üb. Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates. Odb. »Archiv. f. Gyn.« 1909. — Puławski: Co to są suchoty i jak się od nich uchronić? Warszawa 1909. — Spira: 1) Bericht über die Thätigkeit des otiatrischen Ambulatoriums am israelitischen Hospital in Krakau f. d. J. 1908. 2) Oceny dzieł Cotta, Dencha i Chapmana. 3) Sitzungsbericht der Chicago otol. Society. 4) Ocena dzieła Heimana. Odb. z »Archiv. f. Ohrenheilk.« 1909. — Cybulski N. i Borkowski-Dunin J. Wpływ błon i przegród na siły elektromotoryczne. Rozpr. Ak. Umiej. 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1909:

Gazeta lekarska Nr 22. Biernacki: O stosunkach zachodzących pomiędzy przemianą ogólną azotu, a przemianą purynową. Erbrich (dok.). — Nr 23. Karwacki: Z kazuistyki bakteryologicznej. Trzy przypadki zapalenia opon mózgowych. Biernacki (c. d.). — Nr 24. Karwacki: O zakażeniu krętkami Obermeiera myszy białych. Biernacki (c. d.). — Nr 25. Palmirski i Karłowski: Kilka uwag o szczepieniach ochronnych według metody Pasteura. Biernacki (dok.).— Nr 26. Gryglewicz: Aglutyniny i t. zw. substancye uczulające surowicę dyzenterycznych. Palmirski i Karłowski (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 22. Róbin (dok.). Szmurło (dok.) — Nr 23. Zamenhof: Przypadek ostrego samoistnego zapalenia szczęki górnej. Poczobut: O nadużyciach skrobania i wewnątrzmacicznego wstrzykiwania w chorobach macicy. — Nr 24. Poczobut (dok.). Mutermilch: O pewnych własnościach biologicznych t. zw. »lipoidów«. — Nr 25. J. Zawadzki: Wzór do obliczania wartości pieniężnej ciepłostek pokarmów. Zylberlastówna: Przypadek tężca o przebiegu przewlekłym. — Nr 26. Lorentowicz: O niektórych wskazaniach do skrobania macicy. Zylberlastówna (dok.).

Tygodnik lekarski Nr 21. Czarkowski: Pachymeningitis externa posterior tuberculosa diffusa. Poczobut: (c. d.) — Nr 22. Rydygier L.: Chirurgia moczowodów. Poczobut (c. d.) — Nr 23. Rydygier (dok.). Poczobut (dok.) — Nr 24. Czyżewicz (jun.): O postępowaniu przy łożysku przodującem w praktyce prywatnej. Kowalski: O okładach. Prus M. Sygnał mechaniczny. Nr 25 Czyżewicz; (dok.), Kowalski (dok.).

Nowiny lek. Nr 6. Moraczewski: O wpływie dyety bezchlorowej na wydzielenie kwasu solnego w żołądku (dok.). F. Chłapowski (dok.). Fr. Grodecki (dok.). Józef Bieliński (c. d.).

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 2 i 3. Rosenberg: Przyczynek do istoty choroby Pageta. Wiśniewski: Dziesięciolecie ambulatoryum chorób skórnych i wenerycznych w warszawskim szpitalu ewangielickim. Nr 4. Wojciechowski J.: Praktyczna wartość odczynu Wassermanna i uproszczonej jego techniki przez Bauera.

Postęp okulist. Nr 5. Rumszewicz: Jeszcze przypadek gruźlicy przedniej części gałki. Reis: Twardy uszypułkowany włókniak w rąbku spojówkowym. Noiszewski: Zatrucie gromadne blekotem.

Kronika dentyst. Nr 6. Wilga (c. d.).

Gruźlica Nr 2. Dębiński: Opieka nad chorymi gruźliczymi. Gałecki: Sanatoryum im. T. Dunina w Rudce. Janiszewski: Walka z gruźlicą w Galicyi (c. d.).

Zdrowie Zesz. 6. M. i W. Biehler: Kilka słów w sprawie kalendarza szkolnego. Dobrzyński (dok.). Zaleski K.: Druskieniki oraz ich rozwój w ostatniem trzechleciu.

Przegląd higien. Nr 6. Mołczański (dok.).

Głos lekarzy Nr 11. Konflikt z kasą chorych w Drohobyczu. — W sprawie rządowego projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. — W sprawie zmiany statutu Tow. lek. gal. Mikołajski: Z wycieczki naukowej higienistów lwowskich. —

Nr 12 Mikołajski: Galicyjska kasa dla chorych lekarzy. — Ankieta w sprawie tajemnicy lekarskiej. Mikołajski: Z wycieczki naukowej higienistów lwowskich.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zajęcia praktyczne w pracowni naukowej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

W ostatnich dniach września r. b. rozpoczną się i trwać będą 4 tygodnie następujące zajęcia praktyczne, połączone z demonstracyami.

1. Prof. Przewoski. Współczesny stan nauki o zapaleniach (6 wykładów).
2. Dr chem. Miklaszewski. Nowsze zdobycze chemii w zastosowaniu do medycyny (6 wykł.).
3. Prof. Sosnowski. Nowsze zdobycze z dziedziny fizyologii trawienia i wydzielania (6 wykł.).
4. Dr An. Landau. Choroby przemiany materyi (6—8 wykł.)
5. Doc. Dr Janowski. Z dziedziny nowożytnych sposobów badania narządów krążenia (5—6 wykł.).
6. Dr Sokołowski, 7. Dr Dębiński. Nowożytne metody w dyagnostyce i leczeniu gruźlicy.
8. Dr An. Landau. Hematologia (4 wykł.).
9. Dr St. Serkowski. Higiena praktyczna (analizy powietrza, wody i produktów spożywczych, oraz zasady współczesnej dezynfekcyi) (6 wykł. i 12 g. zajęć).
10. Dr Barszczewski. Radyodyagnostyka chorób wewnętrznych.
11. Dr St. Serkowski. Bakteryologia lekarska (6 wykł. 12 g. zajęć praktycznych).

Warunki zapisów i plan poszczególnych wykładów i zajęć u kierownika pracowni Dra Serkowskiego (Warszawa, Niecała 7).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol. Dr E. Jelinek z Wiednia chwali (Aerztl. Centralzeitung 1909. Nr 1) działanie pyrenolu wykrztunce i uspokajające, a również przeciwgośćcowe i przeciwgorączkowe. Wskazanie główne przy zapaleniu płuc, dychawicy, krztuśćcu i grypie. Na ciśnienie krwi i tętno nie wywiera pyrenol działania niekorzystnego i na tym punkcie przewyższa prawie wszystkie przetwory salicylowe. Pyrenol działa przeciwnie, t. j. skrzepiająco i podniecająco na serce. Podobnież wolny jest pyrenol od wszelkich niepożądanych działań ubocznych na żołądek i jelita.

Kilka przytoczonych w rozprawie historyi chorób, wybranych z większej ich liczby, wykazuje ponownie rolę, jaka przypada pyrenolowi w leczeniu chorób dróg oddechowych i dowodzi, że niejednokrotnie działa przetwór ten korzystnie jeszcze tam, gdzie inne leki zawiodły. *Hr. W.*

Mączka Nestle'go wskazana 1) w niestrawności i nieżytach żołądkowo-jelitowych, jako środek swoisty w t. zw. szkodliwościach pokarmu mlecznego (Keller i Czerny), zwłaszcza przeciw biegunkom w porze letniej; 2) w mieszkowem zapaleniu jelit (enteritis follicularis); 3) w skazie kurczowej; 4) w skazie wysiękowej; 5) w zaburzeniach odżywczych, występujących u osesków pielęgnowanych w zakładach. *M. W.*

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
znana powszechnie ze skutecznego działania i przyjemnego smaku, zastępuje w zupełności tego rodzaju obcokrajowe szczawy. 218

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222
SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg. | ŁOG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.
MECHANOLECZNICZY
ZAKŁAD ZANDEROWSKI
(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).
LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.
Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.
APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.
POKOJE DLA CHORYCH. 125
ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.
Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

MENTHOSALAN „JAHR"
nacieranie ból uśmierzające, do zewnętrznego użytku.
Menthosalan Jahr działa skutecznie jako nacieranie przy bólach reumatycznych, bólach gośćcowych, ischias, łamaniu w stawach, nerwobólach, migrenie itp.
Menthosalan Jahr jest przetworem w formie maści i w przeciwieństwie do innych wcierań zawierających często amoniak lub inne składniki drażniące, jest przy wcieraniu łagodnym i posiada przyjemny zapach, przez co wpływa korzystnie na ustrój pacyenta. Jest zupełnie nieszkodliwym i działa nawet przy uporczywych i zastarzałych cierpieniach z dobrym skutkiem.
Cena 1 tuby: Kor. 1·20. 215 d
Rp. Menthosalan »Jahr« tab. orig.
Wyrób i główny skład
w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach.

W KRYNICY Dr Zygmunt Wąsowicz ordynuje jak w latach poprzednich do końca września. 313
dom pod „Orłem". (Choroby wewnętrzne i kobiece).

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 10. lipca 1909. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie miesienia brzucha przy chorobach serca.

Podał

Jan Studziński.

(Ciąg dalszy).

Grupa III. Wady złożone (zastawki dwudzielnej i tętnicy głównej).

12. Zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawek tętnicy głównej. Kamienie żółciowe. M. M., l. 32, izraelita. Przed 7 laty przebył ostry gościec stawowy, poczem zaczął doświadczać duszności i bicia serca przy szybszych ruchach i wysiłkach, zwłaszcza zaś przy wchodzeniu na górę. Ostatnimi czasy dołączyły się bole i kłucie w okolicy serca. Od czasu do czasu trochę brzękną mu nogi. Przed 4 miesiącami doświadczał napadów kolki wątrobnej z żółtaczką. Niewielkie bole bywają i teraz, lecz już bez wymiotów. Zaparcie stolca. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Wstąpił do kliniki 20/X. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięty prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe blade z niewielkim odcieniem żółtaczkowym. Podściółka tłuszczowa dostateczna. Niewielkie obrzęki stóp i dolnej części goleni. Odruchy ścięgniste wzmożone. W płucach zboczeń od stanu prawidłowego nie stwierdzono. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna w 3. międzyżebrzu, lewa na palec na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 5. międzyżebrzu na palec na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane. Nad końcem serca słaby szmer przedskurczowy, wzmocnienie pierwszego tonu i rozdwojenie drugiego z niewielkim dmącym szmerem rozkurczowym. Rozkurczowy szmer słychać nad całą okolicą serca, lecz najwybitniej na mostku w pobliżu 3. międzyżebrza. Tętno 60 w 1′, regularne, pełne. Wątroba macalna na $1\frac{1}{2}$ palca poniżej łuku żebrowego, średnio zbita, bolesna. Śledziona nie macalna. Dobowa ilość moczu 1300 ctm sz.; c. g. 1016; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; niewielka ilość barwika żółciowego; w osadzie niema nic chorobowego.

Podano: Sztuczną sól karlsbadzką — herbacianą łyżeczkę z rana naczczo i napar kozłkowy (10·0: 150·0) z nalewką konwaliową (6·0) — 3 łyżki dziennie. Od 21/X. do 25/X. żółtaczka prawie zupełnie ustąpiła. 28/I. żółtaczki ani śladu. Objawy w sercu bez zmiany. Napady kolki w okolicy serca codziennie. Leków zaniechano, a zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 8 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 12). Granica stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany. Tętno po miesieniu było wolniejsze jeden raz, pozostało bez zmiany 7 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 2 razy, spadło 2 razy, pozostało bez zmiany 4 razy. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, naogół nie spostrzega się różnicy. Samopoczucie począwszy od 2. dnia miesienia wyraźnie się polepsza. Napadów kolki w okolicy serca bardzo mało.

Tablica Nr. 12.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
29/X	1300	18	56	180	18	56	180	
30	2000	18	54	170	18	54	165	
31	2400	24	72	160	24	72	160	
1/XI	2300	24	66	150	24	66	140	
2	2500	18	60	150	18	60	150	
3	1900	20	68	130	20	68	150	
4	1950	20	64	130	20	56	135	Rozwolnienie
5	2000	20	60	150	20	60	150	

13. Zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawek tętnicy głównej w okresie niewyrównania. S. W., l. 21, prawosławny. Przed 3 laty przebył ostry gościec stawowy, poczem zjawiła się duszność i bicie serca, gdy tylko chory szybciej się przejdzie. Przed 10 dniami powstał obrzęk całego ciała; duszność i bicie serca wzmogły się; do tego przyłączył się silny kaszel i gorączka. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Wstąpił do kliniki 24/XII. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy prawidłowy. Na skórze i widzialnych błonach śluzowych bardzo znaczna sinica. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęk całego tułowia i kończyn. Przy opukiwaniu płuc zboczeń się nie zauważa; przy osłuchiwaniu wszędzie wielka ilość drobno- i średniobańkowych rzężeń, oddech bardzo osłabiony. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 3. żebrze, lewa na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6. międzyżebrzu, bardzo wyraźne. Nad końcem serca słaby szmer przedskurczowy, kłapiący pierwszy ton i szmer rozkurczowy; w kierunku ku podstawie serca szmery wzmagają się i na mostku na poziomie 3. międzyżebrza wyraźnie już słychać 2 szmery; skurczowy i rozkurczowy. Tętno 108 w 1′, małe. W jamie brzusznej wolny płyn, sięgający do pępka. Wątroba macalna poniżej łuku żebrowego na 3 palce. Śledziona nie macalna. Dobowa ilość moczu 900 ctm sz.; c. g. 1·024, odczyn kwaśny; białka 0·25‰; w osadzie nic nieprawidłowego.

Podano: napar naparstnicy (0·4: 200·0) z kofeiną (0·3) i rozczynem octanu potasu (15·0) — 3 łyżki dziennie. Od 25/XII. do 2/I. 1908 r. obrzęki ustępują powoli, duszność bardzo męczy chorego. Od 3/I. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 13). Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany. Tętno po miesieniu było częstsze 3 razy, wolniejsze 1 raz, pozostało bez zmiany 1 raz. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 3 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Na krzywych tętna po miesieniu daje się zauważyć niewielkie zmniejszenie się napięcia naczyń. Po każdem miesieniu chory

czuje się lepiej. Obrzęki ustępują prędzej. Dobowa ilość moczu nieco wzrosła.

Tablica Nr. 13.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
3/I	2000	24	58	155	24	64	155	
4	2500	30	54	145	30	60	150	
5	1800	30	64	150	30	60	150	
6	1800	32	60	150	32	64	155	
7	9000	30	76	145	30	76	150	Rozwolnienie

14. Zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawek tętnicy głównej. T. A., l. 21, prawosławny. Przed 2 laty przebył ostry gościec stawowy, po 8 miesiącach dostał nawrotu i od tego czasu stale uskarża się na duszność i bicie serca po wysiłkach fizycznych, lub szybszych ruchach. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 3/XII. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy prawidłowy. Skóra na twarzy i widzialne błony śluzowe nieco sinawe. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęku niema. Granice płuc prawidłowe, ruchome, przy opukiwaniu odgłos jawny, wdech pęcherzykowy, miejscami suche rzężenia. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 3. żebrze, lewa na przedniej linii pachowej. Uderzenie koniuszkowe w 6. międzyżebrzu, rozlane, na przedniej linii pachowej. Nad wierzchołkiem szmer przedskurczowy, niewielkie wzmocnienie pierwszego tonu i rozdwojenie drugiego; nad mostkiem na poziomie 4. międzyżebrza szmer rozkurczowy, nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony. Tętno 60 w 1′, pełne, chybkie. Wątroba macalna na palec poniżej łuku żebrowego. Śledziona niemacalna. Dobowa ilość moczu 1600 ctm sz.; c. g. 1·016; odczyn kwaśny; ślady białka; cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 3/XII. do 7/XII. żadna zmiana w stanie chorego nie zaszła. 8. XII. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 6 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 14): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech

Tablica Nr. 14.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
8/XII	1400	18	56	200	18	56	210	
9	1500	18	56	190	18	56	200	
10	1800	18	50	215	18	54	205	
11	1500	18	68	165	18	60	170	
12	1600	18	64	175	18	60	175	
16	1600	18	76	150	18	80	150	

bez zmiany. Tętno po miesieniu było częstsze 2 razy, wolniejsze 2 razy, pozostało bez zmiany 1 raz. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 3 razy, spadło 1 raz; pozostało bez zmiany 2 razy. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, nie spostrzega się żadnej różnicy. Chory czuje się przez cały czas miesienia dobrze. 17/XII. objawy w sercu i nerkach bez zmiany.

15) Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zastawek tętnicy głównej. B. W., l. 24, prawosławny. Przed 3 laty przebył ostry gościec stawowy, od tego czasu uskarża się na bole w okolicy serca, bicie serca i duszność, zwłaszcza przy szybszych ruchach. Ból w okolicy serca rozpromienia się zwykle na lewe ramię i występuje ostatnimi czasy bez żadnego powodu, nawet w nocy; pojawia się zaś stale po wysiłkach i wzruszeniach. Wyskoku chory nie nadużywał, kiły miał nie przebywać, Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 28 X. 1906 r.

Układ kostny i mięśniowy prawidłowy. Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade. Podściółka tłuszczowa niewielka. Obrzęku niema. Układ nerwowy bez zboczeń od stanu prawidłowego. Dolny brzeg płuc obniżony o 1 żebro; przy opukiwaniu odgłos jawny; oddech pęcherzykowy z niewielką ilością rozległych suchych rzężeń w obydwu dolnych płatach. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 3. żebrze, lewa na palec na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu, na palec na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane. Nad końcem serca silny szmer skurczowy; nad mostkiem szmer skurczowy i rozkurczowy; nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony; nad tętnicą główną dość słaby szmer skurczowy i dość silny rozkurczowy. Tętno 112 w 1′, dwubitne, chybkie. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1800 ctm sz.; c. g. 1·014; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Podano: bromek sodu (8·0), bromek potasu (4·0) z nalewką etero-kozłkową (15·0) w rozczynie wody (180·0) — 3 łyżki dziennie. Od 23/X. do 23/XI. objawy w sercu bez zmiany; napady bicia serca codziennie. Od 24. XI. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 10 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 15): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu stawał się częstszy 2 razy, pozostał bez zmiany 8 razy. Tętno po miesieniu pozostawało bez zmiany. Ciśnienie krwi było większe 3 razy, mniejsze 4 razy i bez zmiany 3 razy. W krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, na ogół różnicy zauważyć nie można. Chory czuje się po miesieniu lepiej. W ciągu 10-dniowego okresu miesienia napady bicia serca zdarzyły się tylko 2 razy (25/XI. i 2/XII).

Tablica Nr. 15.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
24/XI	2000	20	104	145	20	104	140	
25	1800	20	104	145	20	104	130	W nocy bicie serca 15 minut
26	1800	20	104	140	20	104	135	
27	1800	20	104	140	20	104	140	
28	1800	20	104	140	20	104	140	
29	1800	20	104	140	20	104	135	
30	1800	24	104	145	24	104	145	
2/XII	1800	22	104	150	24	104	160	
3	1800	20	104	130	20	104	140	
4	1800	20	104	140	24	104	145	

16) Zwężenie lewego ujścia żylnego, niedomykalność zastawki dwudzielnej i zastawek tętnicy głównej w okresie niewyrównania. O. N., l. 19, prawosławny. Przed 3 laty przebył ostry gościec stawowy i suche lewostronne zapalenie opłucnej. Od tego czasu uskarża się na wielką duszność i bicie serca, stale wzmagające się po znaczniejszych ruchach, lub po wysiłku. Ostatnimi czasy przyłączyły się obrzęki nóg, ogólne osłabienie i silny kaszel, niepokojący chorego, zwłaszcza w nocy. Chory niedokrwisty od dzieciństwa, Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Przyjęty do kliniki 13/XI. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy słabo rozwinięty. Skóra i widzialne błony śluzowe blade, nieco sinicze. Podściółka tłuszczowa niewielka; nieznaczny obrzęk stóp. Odruchy ścięgniste znacznie wzmożone. Granice płuc prawidłowe, ruchome; przy opukiwaniu odgłos jawny; oddech pęcherzykowy z porozrzucanemi wszędzie, zwłaszcza w dolnych płatach z tyłu, suchemi i wilgotnemi drobno- i średniobańkowemi rzężeniami. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na $1^1/_2$ palca na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6. międzyżebrzu na $1^1/_2$ palca na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane. Przedskurczowy i skurczowy koci mruk. Nad koniuszkiem słaby szmer przedskurczowy, wzmocnienie pierwszego tonu i szmer rozkurczowy; w 5. międzyżebrzu, na palec na wewnątrz od linii sutkowej, rytm cwałowy; w temsamem międzyżebrzu, tuż koło mostka, ciągły szmer, niby kamienia młyńskiego; nad tętnicą płucną obydwa tony ze szmerem, przytem drugi ton wzmocniony; nad tętnicą główną głuchy pierwszy ton i szmer rozkurczowy. Tętno 100 w 1′, małe, miękkie, dwubitne. Wątroba macalna na 3 palce poniżej łuku żebrowego, średniej zbitości. Śledziona występuje na palec z pod łuku żebrowego, średniej zbitości. Dobowa ilość moczu 430 ctm. sz.; c. g.

1·025; odczyn kwaśny; mocz mętnawy; ślady białka; cukru niema; w osadzie dużo soli moczowych, nadto nic chorobowego.

Podano: kodeinę (0·015) — 3 razy dnia. Od 13/XI. do 16/XI. bez zmiany. Od 17/XI. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 6 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 16); od 19/XI. wskutek powstania zapalenia skóry na brzuchu miesienie przerwano do 25/XI. Z powodu zwiększania się obrzęków i ogólnego osłabienia podano wtedy napar gorzykwiatu (8·0: 180·0) z kofeiną (0·3) i octanem potasu (4·0) — 6 łyżek dziennie. Ponieważ upadek sił i niewyrównanie serca stale wzrastały, 27/XI. miesienia brzucha zaniechano. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany. Tętno po miesieniu stało się częstszem 1 raz, wolniejszem 3 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Ciśnienie krwi zwiększyło się po miesieniu pięć razy, pozostało bez zmiany 1 raz. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, spostrzega się po miesieniu powstanie wahań wtórnych, co przemawia za zwiększeniem się napięcia naczyń.

Tablica Nr. 16.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
17/XI	500	20	120	140	20	110	150	
18	400	20	94	145	20	94	150	
24	400	20	90	135	20	90	150	
25	350	20	104	140	20	104	140	
26	510	20	92	125	20	98	135	
27	380	18	96	145	18	92	150	

Z zestawienia spostrzeżeń tej grupy widać, że w przypadku 12., 13. i 15. chorzy po miesieniu czuli się znacznie lepiej. W przypadku 15. napady dusznicy bolesnej stały się znacznie rzadsze. W przypadku 14. chory czuł się po miesieniu taksamo, a w 16. gorzej, prawdopodobnie z powodu wciąż wzmagającego się osłabienia serca. Co się tyczy przypadków z niewyrównaniem serca (13 i 16), to w przypadku 13. wyrównanie zaczęło szybciej powracać pod wpływem miesienia, w 16. zaś niewyrównanie wciąż wzrastało. Ilość moczu po miesieniu w przypadku 12. i 13. nieco większa. Oddech po miesieniu stał się częstszym 2 razy, pozostał bez zmiany 33 razy. Tętno po miesieniu było częstsze 6 razy, wolniejsze 7 razy, bez zmiany 22 razy. Ciśnienie po miesieniu podniosło się 16 razy, spadło 7 razy, pozostało bez zmiany 12 razy. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu naogół pozostały bez zmiany. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, spostrzega się w niektórych przypadkach po miesieniu skłonność do zmniejszenia się napięcia naczyń, atoli w większości przypadków różnicy niema, a w przypadku 16. daje się spostrzedz nawet pewna skłonność do zwiększenia się napięcia.

Grupa IV. Choroby mięśnia sercowego.

17. Przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego. Zrost serca z osierdziem. Ch. A., l. 22, prawosławny. Przed 3 laty spadł z dachu dwupiętrowego domu na lewy bok. Po tym wypadku przeleżał w szpitalu 10 miesięcy; od tego czasu zaczął doświadczać duszności i bicia serca, po najmniejszym już wysiłku fizycznym. Ostatnimi czasy przyłączyły się kłucia w okolicy serca. Wyskoku nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 4/X. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa niewielka, obrzęków niema. Układ nerwowy bez zboczeń. W płucach niema zboczeń. Prawa granicą stłumienia na linii środkowej, górna w 4. międzyżebrzu, lewa na linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 5. międzyżebrzu na linii sutkowej, rozlane; przytem daje się zauważyć skurczowe wciąganie, zwiększające się po ruchach. Granice stłumienia serca przy zmianie położenia chorego nie zmieniają się. Tony czyste; od czasu do czasu słychać nad koniuszkiem szmer skurczowy i rytm cwałowy. Tętno 76 w 1′, gdy chory przebiegnie 120 kroków — 140 w 1′, regularne, trochę napięte. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1500 ctm sz.; c. g. 1·020; odczyn kwaśny; białka niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 4/X. do 28/X. stan chorego bez zmiany. Od 29/X. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 8 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 17): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu stał się wolniejszym 1 raz, pozostał bez zmiany 7 razy. Tętno po miesieniu stało się wolniejszem 6 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było niższe 3 razy, bez zmiany 5 razy. W krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, nie spostrzega się szczególnej różnicy. Chory czuje się po miesieniu znacznie lepiej. Na kłucie w okolicy serca chory się nie uskarża.

Tablica Nr. 17.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
29/X	1300	26	60	180	26	56	175	
30	1200	28	66	180	28	60	170	
31	1600	30	72	165	28	72	165	
1/XI	1300	30	70	180	30	62	175	
2	1100	30	66	170	30	60	170	
3	1200	30	66	170	30	60	170	
4	1500	30	60	170	30	56	170	
5	1500	28	60	180	28	60	180	

18) Przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego. Względne zwężenie lewego ujścia żylnego. B. F., l. 22, prawosławny. Przed 3 laty po długiem i szybkiem bieganiu doświadczał przez kilka tygodni silnej duszności, która nie pozwalała mu pracować. W ciągu ostatniego pół roku duszność znowu zjawiała się po ciężkiej pracy; obecnie zaś zjawiła się po dłuższym marszu. Chorób zakaźnych i kiły miał chory nie przebywać. Wyskoku nie nadużywał. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 22/XI. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Skóra na twarzy i widzialne błony śluzowe blade, nieco sinicze. Podściółka tłuszczowa dobra. Obrzęku niema. Układ nerwowy bez zboczeń. Płuca bez zboczeń. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 4. żebrze, lewa na linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 5. międzyżebrzu, na linii sutkowej, rozlane. Nad koniuszkiem słaby szmer przedskurczowy, rozdwojenie drugiego tonu i słaby szmer rozkurczowy. Nad tętnicą płucną z głuchym pierwszym tonem łączy się szmer skurczowy, drugi ton nieco wzmocniony. Nad tętnicą główną niema ani szmerów, ani wzmocnienia tonów. Tętno 60 w 1′, pełne, miękkie. Wątroba i śldziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1000 ctm sz., c. g. 1·020; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 24/XI. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 7 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 18): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany, lecz od 25/XI. wymiary serca zaczęły stopniowo zmniejszać się, tak że już 30/XI. granice stłumienia serca w granicach prawidłowych; tony czyste, nieco głuche. Oddech po miesieniu stał się wolniejszym 1 raz, pozostał bez zmiany 6 razy. Tętno po miesieniu było wolniejsze, przyczem największe zmniejszenie się ilości uderzeń dochodziło do 8 w 1′. Ciśnienie krwi było wyższe 3 razy, niższe 4 razy. W krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, różnicy dostrzedz nie można. Chory czuje się po każdem miesieniu coraz lepiej.

Zestawiając spostrzeżenia tej grupy widzimy, że chorzy w obu przypadkach po miesieniu czuli się lepiej, je-

Tablica Nr. 18.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
24/XI	1100	20	60	150	20	56	140	
25	1200	20	60	145	20	52	150	
26	1700	20	60	170	20	54	155	
27	900	20	58	140	20	56	150	
28	1000	20	70	160	20	64	145	Rozwolnienie
29	1500	22	66	170	20	64	145	
30	1500	20	64	150	20	60	160	

dnakże w przypadku 18. owo polepszenie zależało najprawdopodobniej od spokoju. W przypadku 18. daje się spostrzedz niewielki wzrost dobowej ilości moczu. Oddech po miesieniu był wolniejszy 2 razy, pozostał bez zmiany 13 razy. Tętno po miesieniu było wolniejsze 13 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 7 razy, pozostało bez zmiany 8 razy. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. W krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy nie spostrzeżono.

Grupa V. Choroby układu nerwowego serca.

19. Nerwica serca. Przewlekłe zapalenie oskrzeli. E. A., l. 22, prawosławny. Przed pół rokiem przeziębił się i od tego czasu ciągle kaszle, prócz tego uskarża się na kłucie w prawym boku i duszność, zwłaszcza po szybkich ruchach lub wysilku. Przed 3 laty przebył dur brzuszny. Pali dużo. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 19/XI. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte dobrze. Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęku niema. Odruchy kolanowe obniżone. Zboczeń czuciowych niema. Granice płuc prawidłowe, ruchome, przy opukiwaniu odgłos jawny, oddech pęcherzykowy z rozlanemi suchemi rzężeniami i niewielką ilością wilgotnych drobno- i średniobańkowych rzężeń w obu dolnych płatach. Prawa granica stłumienia serca sięga do linii środkowej, górna na 4. żebrze, lewa na $1^1/_2$ palca na wewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste. Tętno 72 w 1′, miernie pełne, przepuszczające. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1400 ctm sz., c. g. 1·014; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 19/XI. do 7/XII. prawa granica stłumienia serca przesunęła się do lewej linii mostkowej. Tętno przepuszczające, jak dawniej. Od 8/XII. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 19): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech był wolniejszy 1 raz, bez zmiany 4 razy. Tętno po miesieniu było wolniejsze 2 razy, pozostało bez zmiany 3 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 1 raz, niższe 2 razy, bez zmiany 2 razy. Chory czuł się po każdem miesieniu lepiej. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy zauważyć nie można.

Tablica Nr. 19.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
8/XII	1500	20	60	155	20	56	145	
9	2100	20	60	145	20	60	145	
10	1600	22	60	150	20	60	145	
11	2000	20	66	145	20	64	145	
12	1800	20	60	145	20	60	155	

20. Choroba Basedowa. T. R., l. 25, izraelitka. Przed pół rokiem prawie zauważyła zgrubienie szyi, wysadzenie oczu, od czasu do czasu bicie serca i duszność. Wogóle jest więcej zdenerwowana już od 2 lat, od śmierci matki. Nerwowość dziedziczna. Wyskoku nie nadużywała. Kiły miała nie przebywać. Przyjęta do kliniki 7/III. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe różowe ze słabym odcieniem siniczym. Podściółka tłuszczowa dobra. Obrzęku niema. Gruczoł tarczowy powiększony (więcej płat prawy). Wysadzenie oczu. Źrenice jednakowe. Objaw Graefego i Möbiusa. Odruchy skórne i ścięgniste wzmożone. Płuca bez zboczeń. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna u górnego brzegu 4. żebra, lewa na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6. międzyżebrzu, rozlane, na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy z tonem. Ani nad tętnicą płucną, ani nad tętnicą główną wzmocnienia tonów niema. Tętno 104 w 1′, pełne, regularne. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1200 ctm sz.; c. g. 1·016; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie niema nic chorobowego.

Podano surowicę przeciwtarczową po 5—25 kropel 3 razy dnia. Od 7/III. do 16/IV. — bez zmiany. Od 17/IV. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 20): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu był częstszy 1 raz, pozostał bez zmiany 4 razy. Tętno po miesieniu było wolniejsze, największe zmniejszenie się ilości uderzeń tętna dochodziło do 8 w 1′. Ciśnienie krwi po miesieniu było niższe 4 razy, bez zmiany 1 raz. Chora czuła się po każdem miesieniu lepiej. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy dostrzedz nie można.

Tablica Nr. 20.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
17/IV	920	28	112	160	28	110	155	
18	1100	32	136	160	34	128	150	
19	1150	30	124	145	30	120	145	
20	1080	28	132	150	28	128	145	
21	1200	30	126	150	30	124	140	

21. Choroba Basedowa. D. L., l. 35, izraelitka. Przed pół rokiem po poronieniu zaczęła uskarżać się na bicie serca i chudnięcie, zjawiło się wysadzenie oczu i zgrubienie szyi; brak łaknienia. Od 10 lat blizko doświadcza chora od czasu do czasu bicia serca. Wyskoku nie nadużywała. Kiły miała nie przebywać. 8 porodów. Dziedzicznie nie obciążona. Przyjęta do kliniki 13/II. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy prawidłowe. Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa niewielka. Ledwie dostrzegalne obrzęki koło kostek. Gruczoł tarczowy powiększony (więcej płat prawy). Wysadzenie oczu. Źrenice jednakowe. Objaw Graefego, Möbiusa i Stellwaga. Drżenie rąk i nóg; pewien niepokój. Odruchy skórne i ścięgniste znacznie wzmożone. Płuca bez zboczeń. Prawa granica stłumienia serca na prawej l. mostkowej, górna na 3. żebrze, lewa na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6. międzyżebrzu na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej, wyraźne. Nad koniuszkiem słaby szmer poskurczowy. Drugi ton nad tętnicą płucną i nad tętnicą główną nieznacznie wzmocniony. Tętno 120 w 1′, małe, niemiarowe. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1100 ctm sz.; c. g. 1018; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie niema nic chorobowego.

Podano surowicę przeciwtarczową po 10 kropel 3 razy dnia. Od 13/II. do 16/V. gruczoł tarczowy i wysadzenie oczu nieco się zmniejszyły. Bicie serca, jak poprzednio. Od 17/IV. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 4 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr 21): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu był częstszy 1 raz, pozostał bez zmiany 3 razy. Tętno po miesieniu było wolniejsze, przytem największe zmniejszenie się ilości uderzeń tętna dochodziło do 16 w 1′. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 2 razy, pozostało bez zmiany

Tablica Nr. 21.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
17/IV	1000	28	124	150	28	110	160	
18	1270	30	120	150	30	104	150	
19	1500	28	112	150	28	104	155	
20	940	26	116	150	28	104	150	

2 razy. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy dostrzedz nie można. Chora po 4 dniach miesienia czuje się znacznie lepiej. Napady bicia serca rzadsze.

22. Choroba Basedowa. S. A., l. 23, prawosławna. Od roku spostrzegła powiększenie gruczołu tarczowego i zjawiające się od czasu do czasu po silnych ruchach lub wzruszeniach bicie serca, które ostatnimi czasy trwa prawie bez przerwy. Od niedawna do tego przyłączyło się wysadzenie oczu i drżenie kończyn. Poci się łatwo i obficie. Wyskoku nie nadużywała, kiły miała nie przebywać. Przyjęta do kliniki 19/III. 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte niedostatecznie. Skóra i widzialne błony śluzowe blado-różowe z niewielkim odcieniem siniczym. Podściółka tłuszczowa niewielka. Obrzęku niema. Gruczoł tarczowy powiększony (więcej płat prawy), tętni, przyczem daje się wyczuć koci mruk. Odruchy ścięgniste wzmożone. Drżenie wyciągniętych kończyn górnych. Wysadzenie oczu. Objaw Graefego wyraźny, Möbiusa i Stellwaga niezbyt wyraźne. Płuca bez zboczeń. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na dwa palce na zewnątrz od linii sutkowej. — Uderzenie koniuszkowe w szóstem międzyżebrzu, na dwa palce na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane. Nad koniuszkiem pierwszy ton ze szmerem. Ani nad tętnicą płucną, ani nad tętnicą główną niema ani wzmocnienia tonów, ani szmerów. Tętno 120 w 1', miarowe. Wątroba i śledziona niemacalne. Dobowa ilość moczu 1100 ctm. sz.; c. g. 1.016; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie niema nic chorobowego. Podano: Rodagen (1.0—3.0) 3 razy dnia. Od 19/III do 28/IV bez zmiany. Od 29/IV zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące: (p. tabl. Nr 22). Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu stał się wolniejszym 1 raz, pozostał bez zmiany 4 razy. Tętno po miesieniu było częstsze 1 raz, wolniejsze 4 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 1 raz, spadło 2 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy niema. Chora czuje się po miesieniu taksamo, jak przedtem.

Tablica Nr. 22.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
29/IV	1200	28	128	175	28	120	175	
30	1100	28	128	175	28	124	165	
1/V	1100	30	128	185	26	122	165	
2	1250	30	136	160	30	140	175	
3	1100	28	128	175	28	124	175	

Zestawiając spostrzeżenia tej grupy, widzimy, że chorzy czuli się lepiej w przypadku 19,20 i 21, a taksamo czuła się chora w przypadku 22-gim. Ilość moczu nieco się zwiększyła w przypadku 19-ym, w reszcie przypadków pozostała bez zmiany. Oddech po miesieniu był częstszy 2 razy, wolniejszy 2 razy; bez zmiany 15 razy. Tętno po miesieniu było częstsze 1 raz, wolniejsze 15 razy, bez zmiany 3 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 4 razy, spadło 8 razy, pozostało bez zmiany 7 razy. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu były bez zmiany. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, szczególnej różnicy niema.

W następującej tablicy zestawiłem wyniki wszystkich spostrzeżeń nad wpływem miesienia.

Grupy	Samopoczucie			Dobowa ilość moczu		Oddech			Tętno			Ciśnienie		
	Lepsze	Gorsze	Bez zmiany	Większa	Bez zmiany	Częstszy	Wolniejszy	Bez zmiany	Częstsze	Wolniejsze	Bez zmiany	Większe	Mniejsze	Bez zmiany
I	3	—	4	2	5	4	3	51	18	14	26	20	11	27
II	2	—	2	1	3	1	—	25	4	11	11	11	8	7
III	3	1	1	2	3	2	—	33	6	7	22	16	8	12
IV	2	—	—	1	1	—	2	13	—	13	2	—	7	8
V	3	—	1	1	3	2	2	15	1	15	3	4	8	7
Razem	13	1	8	7	15	9	7	137	29	60	64	51	41	61

Z tej tablicy, jak również z przytoczonych wyżej historyi chorób, widzimy, że gorzej czuł się po miesieniu tylko jeden chory i to widocznie niezależnie od miesienia. W 13 zaś przypadkach czuli się chorzy znacznie lepiej, a w 8 pozostało taksamo, jak przedtem. Ilość moczu po miesieniu zwiększyła się w 7 przypadkach, atoli zwiększenie się to było naogół nieznaczne, nie przekraczające 1000 ctm. sz. na dobę. W przypadkach z niewyrównaniem i przesiękami widoczna była skłonność do zmniejszania się ich pod wpływem miesienia. Na częstość oddechu miesienie brzucha osobliwego wpływu nie ma. Spostrzegane wahania w jedną lub drugą stronę nie przekraczają 6 oddechów w 1'. Częstość tętna: przy wadach zastawek (przyspieszenie 28, zwolnienie 32, bez zmiany 59) daje się zauważyć niewielka skłonność do zwolnienia; skłonność ta występuje już wyraźnie w przypadkach schorzeń mięśnia sercowego (zwolnienie 13, bez zmiany 2), jak również przy schorzeniach układu nerwowego serca (przyśpieszenie 1, zwolnienie 15, bez zmiany 3); przytem wahania w jedną lub drugą stronę bywały zwykle nieznaczne (około 4—6 uderzeń w 1'), tylko w jednym przypadku różnica była 18 uderzeń w 1'. Ciśnienie po miesieniu brzucha przy wadach zastawek (podniesienie się 47, spadek 26, bez zmiany 46) ma skłonność do podnoszenia się, a przy schorzeniach mięśnia sercowego (niższe 7, bez zmiany 8) i schorzeniach układu nerwowego serca (wyższe 4, niższe 8, bez zmiany 7) — do spadku; wahania w jedną lub drugą stronę bywały zwykle niewielkie, 5—10 mm. Hg, dochodząc tylko w niektórych przypadkach do 25 mm. Hg. Różnicy w granicach stłumienia serca po miesieniu brzucha w porównaniu do granic bezpośrednio przed miesieniem, jak można było przypuszczać już z góry, nie było ani razu. Co się tyczy napięcia naczyń, to było ono większe w 1 przypadku, mniejsze w 6 przypadkach, pozostając wszelako w większości (15) bez zmiany.

Porównując otrzymane przez nas dane z danemi Neumanna i Fricka, widzimy, że co do tętna, są one naogół zgodne, aczkolwiek nie tak wyraźnie zaznaczone. Co zaś się tyczy ciśnienia, to Neumann i Frick nie zauważyli żadnych zmian, my stwierdziliśmy w pierwszych 3 grupach skłonność do podniesienia się, w ostatnich zaś 2 do spadku, chociaż jednak niejednokrotnie ciśnienie pozostawało bez zmiany.

Zestawiwszy przypadki według grup chorób serca, sądzę, że nie będzie zbytecznem zestawić także w osobnej

tablicy wpływ miesienia brzucha na chorych z niewyrównaniem, względnie z wyrównaniem serca.

Grupy	Samopoczucie			Dobowa ilość moczu		Oddech			Tętno			Ciśnienie		
	Lepsze	Gorsze	Bez zmiany	Większa	Bez zmiany	Częstszy	Wolniejszy	Bez zmiany	Częstsze	Wolniejsze	Bez zmiany	Większe	Mniejsze	Bez zmiany
Z niewyrównaniem serca (5 przypadków)	4	1	—	3	2	2	—	40	11	14	17	26	4	12
Z wyrównaniem serca (17 przypadków)	9	—	8	4	13	7	7	97	18	46	47	25	37	49

Z tej tablicy widzimy, że w przypadkach z niewyrównaniem, zarówno jak i w przypadkach z wyrównaniem serca, chorzy po miesieniu brzucha w większości przypadków czuli się lepiej. Dobowa ilość moczu w przypadkach z niewyrównaniem serca była większa 3 razy, pozostała bez zmiany 2 razy. Oddech w większości przypadków bądź z wyrównaniem, bądź z niewyrównaniem serca, pozostawał bez zmiany. Tętno przy wyrównaniu i przy niewyrównaniu serca po miesieniu brzucha częściej stawało się wolniejszem. Ciśnienie krwi po miesieniu brzucha w przypadkach z niewyrównaniem serca miało skłonność do podnoszenia się (większe 26, mniejsze 4), w przypadkach zaś z wyrównaniem serca — odwrotnie, do obniżania się (większe 25, mniejsze 37). A więc wpływ miesienia brzucha na krążenie przy niewyrównaniu serca w porównaniu z przypadkami z wyrównaniem różnił się nieco co do ciśnienia krwi: gdy przy wyrównaniu ciśnienie krwi po miesieniu brzucha miało skłonność do obniżania się, przy niewyrównaniu miało skłonność do podnoszenia się.

Na podstawie wszystkiego, co wyżej przytoczyłem, dochodzę do wniosków następujących:

1. Miesienie brzucha jest dozwolone przy wszystkich chorobach serca.

2. Stwardnienie naczyń nie jest przeciwwskazaniem do miesienia brzucha.

3. Miesienie brzucha naogół wpływa dodatnio na samopoczucie chorych, zmniejszając dość często różne nieprzyjemne dolegliwości podmiotowe, jako to: duszność, bicie serca, ból w okolicy serca i tym podobne.

4. W przypadkach z niewyrównaniem serca miesienie brzucha widocznie również nieźle wpływa.

5. Napięcie naczyń pod wpływem miesienia brzucha ma więcej skłonności do zmniejszania się, niż do zwiększania się, innemi słowy, wpływ miesienia brzucha na napięcie naczyń jest podobny do wpływu kąpieli z kwasem węglowym.

Piśmiennictwo: 1) Reed. Important indications and contraindications for massage of the abdomen. International med. Magazine, 1898, Januar. Ref. we Wraczu, 1898, Nr 9. — 2) Stange. Protokoły zasiedanij S.-Petersb. Medic. Obszczestwa. Wracz, 1889, Nr 9. — 3) Władisławlew, Tamże. — 4) Chlumsky. Miesienie i jego zastosowanie. Kraków, 1908 — 5). Zabłudowski. Leczenie chroniczeskich bolezniej sierdca masażem. Ref. we Wraczu 1896, Nr 14. — 6) Ekgren. Untersuchungen und Beobachtungen der abdominalen Massage auf Blutdruck, Herztätigkeit und Puls, sowie auf die Peristaltik. Zeitschrift für diät. und physik. Therapie, 1902. S. 191. — 7) Połubiński. Przytaczam według Kijanowskiego: Matierjały k uczeniju o massażie żiwota. Diss. S.-Petersb. 1889. — 8) Huchard. Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte. Paris, 1899. T. I. — 9) Rubens-Hirschberg. Według Kijanowskiego l. c. — 10) Kijanowski l. c. — 11) Cautru. La lancette française. 1898, 12 jen. Ref. we Wraczu 1898, Nr 21. — 12) Baccarini. Sull' influenza del massagio abdominale sulla quantita dell'urina e sul suo potere tossico. Clin. med. italiana, 1900, Nr 10—12. Ref. w Zentralblatt für innere Med. 1901, Nr 20. — 13). Ekgren. Deutsche med. Wochenschrift 1902. Ref. we Wraczebnoj gazetie, 1902, Nr 32. — 14) Głowecki. O wlijanii massaża obłasti żiwota na krowootraszczenie i dychanie. Protok. III zjezda Russk. Wraczej. — 15) Colombo. La clin. med. italiane, 1899; ref. we Wraczu, 1899, Nr 51. — 16) Hasbrock. Ueber Krankheiten des Herzens und deren Behandlung mittelst Heilgymnastik und Massage. Leipzig, 1896. — 17). Neumann und Frick. Bauchmassage bei Herzkranken. Therapeutische Monatshefte, 1903, Nr 12. — 18) Kuwiczyński. O primienienji iskustwiennych Nauheimskich wann i massażu pri leczenji sierdiecznych bolezniej. Prakticz. Wracz, 1902, Nr 3. — 19. Huchard. Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte. Paris, 1905. T. III.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Frank. **Doświadczenia co do usypiania.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909, Nr 22). Nagłe zejścia śmiertelne i zapady w początkach uśpienia chloroformowego odnieść należy podług F. w wielu przypadkach do wstrząsu nerwowego, wywołanego obawą przed uśpieniem. F. stara się zapobiegać temu w ten sposób, że pozwala chorym usypiać się samym, i dopiero z chwilą wystąpienia podniecenia obejmuje od nich uśpienie. Dotychczasowe próby dały wynik zadowalniający, zwłaszcza u alkoholików, osobników młodych i osób nerwowych. *K.*

Neumann. **Tani i wygodny sposób przecinania opatrunków gipsowych i ze szkła wodnego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 24). Każdy wie z doświadczenia, na jakie niedogodności napotyka się przy rozcinaniu twardych opatrunków. Nożyce gipsowe są bardzo drogie, a nawet z ich pomocą rozcinanie idzie trudno i zdarzają się zranienia chorego. Celem udogodnienia podaje N. sposób bardzo prosty i dla każdego lekarza dostępny. Do rozcinania opatrunku używa N. drutu, który podkłada pod opatrunek i zagina; dla rozcięcia opatrunku oba końce, t. j. biegnący pod i ponad opatrunkiem skręca ze sobą, przez co drut napręża się i łatwo przecina opatrunek od wewnątrz ku zewnątrz. Jeżeli pod opatrunkiem jest wata, to drut kładzie się na nią, jeżeli zaś jej niema, to na trykot. Drut można też wsunąć i po założeniu opatrunku, umieszczając przedtem pod opatrunkiem rurkę z batystu Billrotha i wsuwając później drut do niej. Linia przecięcia jest wązka i zupełnie gładka bez porozrywanych brzegów. Należy zaczynać przecinanie dopiero wtedy, gdy opatrunek dostatecznie stwardnieje. *K.*

Schwarz. **O „odczulaniu“ przeciw promieniom Röntgena i radu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 24). Skutecznemu leczniczemu działaniu promieni Röntgena i radu staje na przeszkodzie czułość tkanek, zwłaszcza n. p. skóry przy stosowaniu dłuższych i głębszych naświetlań. Skoro znajdziemy sposób »odczulenia« tkanek, będziemy mogli także leczyć lepiej, bo dłużej i pewniej. Pierwszy krok ku temu podaje S. Przy badaniu działania promieni rentgenowskich na nasiona roślin przekonał się, że wysuszone ziarna znoszą znacznie lepiej naświetlania, niż ziarna namoczone i napęczniałe. Naprowadziło to Schwarza na myśl, że może różnica ta pochodzi od stopnia i rodzaju przemiany materyi w danem miejscu. Przez zmniejszenie, ewentualnie zatrzymanie przemiany materyi w danem miejscu, możemy niejako odczulić daną tkankę na działanie promieni. To zmniejszenie ewent. zatrzymanie przemiany materyi w tkance wywołać można najłatwiej zapomocą ucisku, wstrzymującego dopływ krwi do danego miejsca. Prócz tego może okażą się skuteczne i inne sposoby, nad którymi S. pracuje, jak mrożenie, wstrzykiwanie pewnych substancyi i t. p. Dotychczasowe próby z odczulaniem skóry przez ucisk dały S. wyniki bardzo dobre. Naświetlał on n. p. równocześnie dwa owłosione miejsca obok siebie, jedno, jak zwykle, a drugie przez płytkę uciskającą. Tam, gdzie nie było ucisku, wystąpił wybitny odczyn zapalny, w miejscu zaś ucisku odczynu prawie nie było. Może z czasem uda się odczulać i inne tkanki, przez

co z jednej strony możnaby naświetlać głębiej, a z drugiej spokojnie leczyć naświetlaniem także narządy wewnętrzne, n. p. wśród operacyi. *K.*

Axhausen. **O częściowem wydzielaniu się martwaków w przeszczepionej tkance kostnej; nowe badania drobnowidowe nad przeszczepianiem kości u człowieka.** (*Arch. f. klin. Chir.*, Nr 89, T. II.). Na podstawie doświadczenia klinicznego dowodzi A., że przeszczepiona tkanka kostna bardzo często przygaja się pomimo tego, że częściowo odchodzą z niej martwaki; nie należy też i w takich przypadkach tracić nadziei przygojenia się, albowiem oddzielanie się martwaków nie następuje, jak to dotąd sądzono, jedynie na granicy żywej i martwej kości, ale często wśród przeszczepionej kości, przyczem część pozostała wchodzi w ścisły związek z podłożem. Nie należy też przy ropieniu usuwać wszczepionego kawałka, ale należy odczekać, bo często odejdzie jako martwak tylko cząstka przeszczepionej kości, a większa część przerasta zdrową tkanką kostną i wgaja się zupełnie. *K.*

Hulles. **W sprawie operacyjnego leczenia rwy nerwu trójdzielnego.** (*Wied. Tow. lek.* 21. V. r. b.). Leczenie rwy nerwu trójdzielnego zaczyna się zwykle od środków wewnętrznych. W klinice Eiselsberga stosuje się najpierw leczenie przeczyszczające, połączone z podawaniem piramidonu, fenacetyny, aspiryny, a nieraz dobre usługi oddaje *aconitinum nitricum* 0·025: 25 (4 razy dziennie po 3 krople stopniowo do 7, a potem zwolna z powrotem). Nieraz w lżejszych przypadkach spostrzega się potem zniknięcie bolów. Korzystnie działają wstrzykiwania alkoholu do nerwu. Wycinanie gałązek prawie zawsze jest bezskuteczne, bo rychło (w $^1/_2$—2 lat) powstają nawroty bolu, zwłaszcza w przypadkach ciężkich, i tu jedynie wyjęcie zwoju Gassera może dać trwałe wyleczenie. Ta operacya pociąga za sobą czasem pewne zaburzenia, jak utrudnienie otwierania ust, utratę smaku lub powonienia po stronie operowanej i t. p. W dyskusyi zwracają uwagę Lorenz, Fuchs i i., że czasem po wyjęciu zwoju, a nawet zniszczeniu odpowiedniej części mózgu wracają bole. *A.*

Bläuel, Müller, Schlayer. **Zachowanie się serca przy wolu.** (*Beitr. zur klin. Chir.*, Nr 62., T. I.). Przeszkoda mechaniczna, którą wól stanowi dla oddychania, odbija się na sercu przerostem prawej jego połowy. Następuje to zwłaszcza przy długich, a wązkich tchawicach. Zmiany serca, a wielkość i czas trwania zwężenia nie stoją jednak ze sobą w stałym związku, i dlatego zapewne operacya wola, usuwająca zwężenie, w wielu przypadkach wpływa bardzo niewiele, lub też wcale nie wpływa na poprawę stanu serca. Wobec tego przyjąć należy, że prócz mechanicznych przeszkód także wpływy toksyczne odgrywają tu rolę. Te wpływy toksyczne zarysowują się nieraz wyraźnie (przyśpieszenie czynności serca, drżenie, wysadzenie oczu i t. p.). Operacya wola niejednokrotnie objawy te usuwa, lub zmniejsza; tak n. p. na 9 podobnych przypadków operowanych w 2 znaleziono po operacyach prawidłowy zupełnie stan serca, a w innych wybitną poprawę. W podobnych razach o wiele lepiej dla serca wypada rokowanie, gdy wole jest twarde, włókniste, niż gdy jest miękkie, miąższowe. Prócz tego często spotykamy zmiany serca kombinowane, t. j. na tle mechanicznem i toksycznem, a niekiedy w połączeniu z rzeczywistemi organicznemi wadami serca. B. twierdzi, że serca, dotknięte już wadą organiczną, wcale nie są słabsze i mniej odporne na skutki wola, niż serca przedtem zdrowe. Wogóle na 42 chorych na wola z powikłaniami sercowemi, znaleziono przy badaniu następowem po operacyi u 16 wybitną poprawę, lub też powrót do stanu prawidłowego, i to głównie w przypadkach tych, w których zmiany serca były skutkiem przyczyn mieszanych (mechanicznych oraz toksycznych i t. p.). *K.*

Ssizemsky. **Przyczynek do wszczepiania moczowodu do kiszki.** (*Zblt. f. Chir.* 1909, Nr 20). S. poleca następujący sposób wszczepiania moczowodu do kiszki. Moczowód wyosabnia się razem z płatem otrzewnej i okoliczną tkanką na tylnej powierzchni miednicy małej. Szczypczykami, wprowadzonemi do kiszki stolcowej, podnosi się jej ścianę, robi w niej mały otworek i przez niego wciąga się do środka koniec moczowodu na 1—1$^1/_2$ cm. Dwoma bocznemi szwami umocowuje się przy rance moczowód, a z płatu otrzewnego, wziętego z otoczenia moczowodu, tworzy się uszczelniającą pokrywę miejsca wszczepienia. Sposób ten wypróbował S. wprawdzie dotąd na zwłokach, ale ma nadzieję, że okaże się on i klinicznie bardzo praktycznym, bo jest stosunkowo prosty, a stwarza dokładną domykalność i szczelność połączonych narządów. *K.*

Prof. Casper. **Rozpoznanie i leczenie gruźlicy pęcherza i nerek.** (*Zebranie lek. grużl.* Berlin, 25—26. maja, 1909). Obecne dokładne badania dróg moczowych przekonywają, że gruźlica pęcherza i nerek jest znacznie częstsza, niż przypuszczano. Gruźlica pęcherza zwykle jest następową, rzadko pierwotną. Chorą nerkę rzadko można wyczuć, a nawet nieraz powiększona i bolesna bywa właśnie nerka zdrowa, wskutek przerostu zastępczego. Pewność rozpoznania zyskujemy, wykazawszy ropę, pochodzącą z nerki, a zawierającą prątki gruźlicze. Prawie w 80% udaje się prątki wykazać drobnowidowo, ewentualnie przez szczepienie. W początkach gruźlicy ropy jeszcze niema, natomiast występują nieraz krwotoki, a po ustaniu ich mocz bywa znowu zupełnie jasny. Również ropy w moczu może nie być wtedy, gdy nerka ta już zupełnie nie działa. Tu rozstrzyga szczegółowe badanie. Gruźlicę pęcherza cechuje silne parcie i mała pojemność pęcherza. W ciężkiej gruźlicy ogólnej wydzielać mogą czasem i zdrowe nerki prątki gruźlicze. Zdarza się to jednak rzadko. Leczenie powinno być o ile możności operacyjne. Operacya nerki leczy najpewniej zmiany pęcherza. Na zmiany pęcherza korzystnie działa rozczyn sublimatu 1: 20.000, stopniowo aż do 1: 1000, wstrzykiwany raz na tydzień do pęcherza w ilości 10 cm^3. Przytem stosować można także co tydzień małe dawki tuberkuliny. *A.*

Forssell. **O rentgenologii złogów w sterczu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 23). Złogi i kamyki w sterczu nie należą wcale do rzadkości, zwłaszcza w wieku podeszłym. Klinicznie ważne są one o tyle, że przy badaniu rentgenowskiem mogą sprawiać wrażenie kamieni i złogów, w pęcherzu lub moczowodzie położonych. Badać należy radyograficznie w położeniu na wznak, z pomocą blendy uciskowej. Czas ekspozycyi 1$^1/_2$—2 minut. Wykonawszy badania na 11 zwłokach i 100 chorych klinicznych, znalazł F. 15 razy złogi. Przedstawiają się one na płycie w postaci dwojakiej: 1) Pierwsza (mniej więcej 10% przypadków) przedstawia się jako zbiór okrągławych złogów, (każdy mniej więcej wielkości główki od szpilki), leżących w małych grupkach, zwykle symetrycznie. Obraz ten jest bardzo typowy. Złogi te występują zwykle u ludzi starszych i uważać je też należy za zmiany starcze w sterczu. 2) Drugą postać spotykamy rzadziej (mniej więcej w 3%) i to u ludzi młodszych, którzy przebyli jakieś cierpienia stercza. Złogi takie przedstawiają się w postaci znacznie większej zbitej masy, o brzegach groniastych. Masa ta leży symetrycznie w stosunku do linii środkowej, zwykle 1$^1/_2$—3 cm oddalona od dolnego brzegu spojenia łonowego. Obrazy wspomniane są tak typowe, że dozwalają uniknąć pomyłki ze złogami dróg moczowych (pęcherza). *K.*

Schanz. **Skrzywienia krzywicze.** (*Tow. lek.* Drezno, 6. III., 1909). Przy krzywicy zniekształtnienia kości powstają najczęściej wskutek obciążenia ciała przy chodzeniu i staniu, przyczem spostrzega się prawie zawsze jedno skrzywienie główne i dwa mniejsze, »wyrównujące« w przeciwną stronę. Prócz obciążenia, skrzywienia i zniekształtnienia wywołuje siła mięśni, a mianowicie należą tu wygięcia łukowate, przyczem wypukłość zwrócona jest zwykle w stronę mm. prostujących. Rzadziej już zniekształtnienia występują wskutek przypadkowego ucisku, n. p. ubrania i t. p. Gdy dziecko zaczyna chodzić za wczas, to występuje skrzywienie nóg na zewnątrz, gdy zaś zaczyna chodzić po 2. roku życia, to ku wewnątrz, a to z tego powodu, że do 2. roku życia u dziecka skrzywienie nóg ku zewnątrz jest fizyologiczne. Zniekształtnienia krzywicze prawie w 90% ustępują same z czasem, ale w 10% wymagają leczenia ortopedycznego. Zawsze powinno się stosować leczenie ogólne, a polega ono na dyecie głównie roślinnej, przeładowywanie zaś dzieci mlekiem i tranem uważa S. za niepotrzebne i szkodliwe. Szczególnie należy zwracać uwagę na skrzywienia kręgosłupa, bo te często utrzymują się na stałe. Skrzywienie kończyn, wymagające przecięcia kości, należy leczyć stopniowo, zaczynając od biodra i przecinać kość liniowo, podokostnie, w środku wklęsłości. Nie należy na raz na jednej kończynie poprawiać skrzywień w różnych kierunkach. *K.*

Schwarz. **W sprawie leczenia złamań uda wyciągiem z gwoździami.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 24). Steinmann polecił swego czasu przy złamaniu uda wbijać gwoździe niektóre wprost w kłykcie uda i na nich umocowywać wyciąg. Przez to przy znacznie mniejszem obciążeniu uzyskuje się dokładne rozprostowanie odłamków, kończyna może pozostać bez szyny, można ją więc miesić i ułożenie poprawiać, a gojenie idzie szybciej. Natomiast wadami tego sposobu są: częste zbyt wczesne obluźnianie się gwoździ i ropienie koło gwoździ. S. wy-

próbował ten sposób leczenia w 18 przypadkach i twierdzi, że mimo tych wad jest sposób Steinmana jednym z najlepszych i daje bardzo dobre wyniki. Wbijać gwoździe można w znieczuleniu miejscowem. Gdy się gwoździe za wczas obluźnią, wbija się je po raz drugi. Natomiast nie należy stosować tego leczenia, gdy złamanie nastąpiło tuż ponad kolanem, albowiem w takim razie gwoździe wbijaćby należało w obręb złamania, co łatwo wywołać może zakażenie krwiaka, a nawet ogólne ropienie. *K.*

Muskat. **Trzewik dla stopy płaskiej bez wkładki.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 25). Do leczenia stopy płaskiej używa się między innemi wkładek lub odpowiednio sporządzonych trzewików. Oba sposoby mają swoje złe strony. Używanie wkładek jest kłopotliwe i niewygodne, trzewiki zaś dotąd używane mają brzydki i rażący kształt, a prócz tego chory chodzi w nich ciężko i nie elastycznie. W Kopenhadze natomiast używa się bardzo wygodnych trzewików, w których podeszwa, t. j. jej część przypadająca na spłaszczenie stopy, jest sama przez się odrazu wkładką, podczas gdy reszta, t. j. właściwa podeszwa pod palcami i obcas są zupełnie zwykle zbudowane. Trzewiki te może na odlewie zrobić łatwo pod okiem lekarza każdy szewc. Zewnętrznie różnica cała polega na tem, że część wewnętrzna podeszwy zachodzi nieco w środku koło kostki ku górze. *K.*

Dentystyka.

Prof. Partsch: **Język a uzębienie.** (*Deut. Monatschr. f. Zahnheilk.* Z. V, 1909). P. zwraca uwagę, iż między uzębieniem a językiem istnieje ścisły związek i że znajomość zmian na języku, wywołanych nieprawidłowością uzębienia, ma dla ogółu dentystów niemałe znaczenie. Naprzód wspomina P. krótko tylko o zmianach w brodawkach językowych, jak przerost lub zanik, o zniekształtnieniach, wywołanych przez luki zębowe i sprawy zapalne, a główny nacisk kładzie na zmiany, wywołane przez czynniki mechaniczne. Czynniki te: pojedynczo stojące zęby, ostre krawędzie zębów, resztki korzeni, odkruszenie dentyny przy niedokształceniu szkliwa, kamień zębowy, wstawki, próchnienie, działając przez czas dłuższy, stają się przyczyną owrzodzenia urazowego. Rozpoznanie takiego owrzodzenia jest wazne wobec podobieństwa z owrzodzeniem rakowatem. Różnice rozpoznawcze: Owrzodzenie urazowe tylko wtedy rozpoznać możemy, gdy istnieje odpowiedni czynnik urazowy, jak ułamany ząb, ostra krawędź i t. p., gdyż ząb prawidłowy nigdy nie wywoła owrzodzenia, tylko wgłębienie. Siedziba owrzodzeń urazowych najczęstsza na brzegach języka i na tylnej ścianie w okolicy więzadełka. Kształtem odpowiada owrzodzenie urazowe przyczynie wywołującej. Wrzód taki jest tkliwy, silnie zaczerwieniony, dno naciekłe, niekiedy nalotem pokryte, brzegi wałowate. Przy dłuższem trwaniu dno jest twarde, gruczoły podszczękowe obrzękłe. Pomyłka z rakiem bardzo łatwa. Od błędów chroni brak bolów rozpromieniających się ku gardłu. Już Duplay w swojej rozprawie »Diagnostique des ulcerations de la langue« (Rev. hebd. de laryng. 1899, Nr 51/63) zwraca na ten szczegół uwagę. Owrzodzenie urazowe nie krwawi tak łatwo, brak ślinotoku i cuchnienia. Rozpoznanie rozstrzygnie w wątpliwych przypadkach badanie mikroskopowe. Partsch radzi jednak przedtem zwrócić jeszcze uwagę na zachowanie się owrzodzenia po usunięciu czynnika szkodliwego, czy to przez wyrwanie zęba, czy opiłowanie ostrego brzegu lub zaplombowanie. Z usunięciem przyczyny owrzodzenie urazowe staje się w krótkim czasie miększe, naloty oddzielają się, a brzegi wygładzają. Przeciwnie dzieje się z rakiem, on szerzy dalej zniszczenie. Oprócz owrzodzeń urazowych, wywołują te same czynniki wybujałości brodawkowate, polipy, włókniaki. Partsch opisuje przypadek, w którym taki włókniak był wywołany przez wypuklenie górnej wstawki, a kontury odpowiadały w zupełności wycięciu wstawki. W tych przypadkach radzi P. wybujałości i guzy operować doszczętnie, gdyż jak się się zdaje błona śluzowa jamy ustnej jest usposobiona do zmian nowotworowych i już nieznaczne podrażnienia wystarczają, aby wywołać zmiany poważne i długotrwałe na języku i policzkach. *Dr Jezowerówna.*

Neumann-Kneucker: **Bezbolesne wyjmowanie zębów za pomocą znieczulenia nawiedzionego w szczęce górnej.** (*Wr. klin. Runds.* 1908. Nr 1). Według doświadczenia autora pozwala znieczulenie nawiedzione (Leitungsanaesthesie) wyjmować zęby bez bolu zawsze, nawet przy zapaleniu okostnej. Sposób ten polega na znieczuleniu zapomocą rozczynu kokainy z suprareniną w pewnem oddaleniu od ogniska chorobowego wszystkich gałązek nerwowych, zaopatrujących daną część szczęki. Wstrzykuje się w tym celu (bez względu na to, który ząb ma być wyjęty) w trzy miejsca: 1) w to miejsce załamka błony śluzowej, które odpowiada mniej więcej kłowi; 2) w to miejsce załamka, które odpowiada szczytowi korzenia chorego zęba, przyczem wsuwa się igłę wstrzykawki możliwie jak najwyżej i dopiero potem opróżnia się strzykawkę; 3) na podniebieniu w sąsiedztwie chorego zęba. Autor stwierdził, że nawet złożone zabiegi, jak np. wydłutowanie zębodołu po złamaniu zęba, można w ten sposób wykonać bez bolu. (*Autoreferat*).

Linhart. **Nowe kleszcze do wyciągania dolnych zębów trzonowych.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 23). Wyciąganie tylnych dolnych zębów trzonowych używanemi zwykle kleszczami napotyka nieraz na trudności, a to z tego powodu, że wskutek trudnego dostępu, zwłaszcza przy wązkich ustach, nie możemy wygodnie ująć zęba w kleszcze w kierunku zupełnie podłużnym. O ile korona jest zdrową, zwykle ujęcie udaje się dobrze, natomiast gorzej bywa, gdy istnieje ubytek korony częściowy lub całkowity. Jeszcze trudniejsze warunki spotykamy np. przy obrzmieniu części miękkich, przy zapaleniu okostnej lub przy szczękościsku, gdzie ramion kleszczy nie można wsunąć między zęby. Trudności te usuwają zupełnie nowe kleszcze, których chwyty (zakładane na ząb) nie idą wprost od zamku, jak przy kleszczach zwykłych, lecz ustawione są bagnetowato bocznie. Kleszcze te są osobno zbudowane dla strony prawej i lewej, a prócz tego wyrabiane w dwóch typach z dłuższem lub krótszem połączeniem chwytów ze zamkiem. Kleszcze te mają następujące zalety: 1) Udaje się niemi wyciągać swobodnie tylne zęby trzonowe, nawet przy szczękościsku w wązkich ustach. 2) Odpada potrzeba używania kilku gatunków kleszczy do szczęki dolnej. 3) Kleszczami temi chwyta się ząb zawsze w kierunku podłużnym. (Kleszcze Linhardta wyrabia Reiner, Wiedeń IX/3, ulica Van Swietena). *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie 4. lipca 1909 r.

(Sprawozdanie własne »Przeglądu lekarskiego«).

1) Preses Rady zawiadowczej r. dw. Dr Merunowicz, stwierdziwszy nader liczny udział delegatów, (gdyż tylko trzy sekcye nie mianowały przedstawicieli), zagaja zebranie i poświęca gorące słowa wspomnienia zmarłym członkom Towarzystwa.

2) Przewodniczącym Zgromadzenia obrano Dra Wursta, poczem 3) przyjęto protokół z poprzedniego zgromadzenia.

4) Prezes r. dw. Dr Merunowicz przedstawia sprawozdanie Rady zawiadowczej za r. 1908. Z końcem r. 1908 miało Towarzystwo 553 członków czynnych (z nich 240 w sekcyi lwowskiej), 13 korespondentów, 2 honorowych; liczba członków czynnych wzrosła o 29. Obok stałego wzrostu liczby członków wzrasta w ostatnich latach stale ruch naukowy, na którego czele kroczy Towarzystwo lek. lwowskie; do sekcyi jarosławskiej, przemyskiej, wadowickiej i sanockiej, odznaczających się gorliwą pracą, przybyły sekcye czortkowska i zakopiańska. Na pensye stałe wydano dla 26 wdów i rodzin lekarzy 8380 K, na zapomogi jednorazowe 4676 K, w ostatniem trzechleciu wydawano rocznie średnio o 4853 K więcej na te cele, niż w trzechleciu poprzedniem. Filantropijna działalność Towarzystwa jedna też sobie uznanie wśród kolegów, czego dowodem są dary (w r. 1908 — 5231 K 82 h) i zapisy na fundusze wdów i sierót (w r. 1908 zapisał ś. p. Dr Barzycki około 34.000 K, a ś. p. Dr Nazarkiewicz posiadłości swe w Gries i Bozen na ten cel). Od członków wpłynęło tytułem wkładek rocznych 8773 K; zaległości wynoszą jednak 9730 K. Dochody fundacyi ś. p. Stillerów (dobra i zdroje Morszyńskie) nie są zadowalniające; Towarzystwo musiało bowiem poczynić znaczne wkłady, a zdrojowisko nie rozwija się należycie z powodu niedostatecznego poparcia przez kolegów; jednakże odkrycie w Morszynie pokładów soli potasowych (syngenitu, przewyższającego kainit) pozwala rokować zwiększenie się dochodów z tego źródła, (o ile dalsze poszukiwania potwierdzą wynik badań próbnych), a w każdym razie z solanki, odkrytej przy badaniach próbnych. Rada zawiadowcza przygotowała wreszcie zmianę ustawy Towarzystwa, przez której uchwalenie nastąpi połączenie Towarzystwa z Towarzystwem lek. krakowskiem na zasadach autonomicznych, wydatniejsze poparcie celów naukowych i unia obu czasopism lekarskich, »Przeglądu« i »Tygodnika«.

Z sekcyi Towarzystwa odbyło Towarzystwo lekarskie lwowskie 24 posiedzeń (28 wykładów, 46 demonstracyi), podtrzymywało jako własny organ »Tygodnik lekarski« i gromadziło fundusze na budowę własnego domu; sekcya jarosławska odbyła 7 posiedzeń, sanocka 3.

Czysty majątek Towarzystwa z końcem r. 1908 wynosił 584.503 K 57 h (w porównaniu z roku 1907 wzrósł o 6,751 K 67 h); w tem wartość czysta Morszyna 156.488 K 38, wartość czysta domu we Lwowie 50.746 K 71 h.

W dyskusyi nad sprawozdaniem Rady zawiadowczej przemawiali Dr Sawicki, na którego wniosek uchwalono wcześniejsze rozsyłanie sprawozdań sekcyom, Dr Kowenicki i Świątkowski (w sprawie zaległych wkładek), Dr Sękiewicz (w sprawie połączenia Towarzystw), i Dr Bednarski, poczem

5) Na wniosek komisyi rewizyjnej uchwalono Radzie zawiadowczej absolutoryum, a po dyskusyi (Prof. Gluziński, Dr Obtułowicz, Sękiewicz) uchwalono energicznie ściągać zaległe wkładki od członków.

6) R. dw. Dr Merunowicz referował wnioski Rady zawiadowczej: *a*) Zmiana ustawy Towarzystwa. Po bardzo wyczerpującej dyskusyi nad szeregiem paragrafów projektu nowej ustawy, uchwalono cały projekt z kilku tylko zmianami. Nowa ustawa łączy Towarzystwo lekarskie krakowskie z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, nadając Towarzystwu lek. lwowskiemu i krakowskiemu odpowiednią autonomię; zapewnia wszystkim oddziałom stosowne przedstawicielstwo w Radzie zawiadowczej; umożebnia odbywanie walnych zgromadzeń także poza Lwowem; zwiększa poparcie celów naukowych; uznaje »Tygodnik lek.« na równi z »Przeglądem lek.« za organ Towarzystwa i stwarza podział pracy między obu temi pismami, które (oba) otrzymywać będą wszyscy członkowie Towarzystwa. Z ważniejszych zmian projektu, uchwalonych przez Walne Zgromadzenie, wymienić należy poprawkę §. 9 (wniosek sekcyi jarosławskiej); według niej składa się Rada zawiadowcza z 11 członków, z których po 2 wybierają Towarzystwa lek. krakowskie i lwowskie, a 7 Walne Zgromadzenie; wśród tych 7 powinno być 4 lekarzy z prowincyi.

b) Sprawa połączenia Towarzystw lek. w kraju. W szczególności przedstawił referent stan układów z Krajowym Związkiem lekarzy; wprawdzie obecnie sprawa ta nie jest jeszcze dojrzałą, ale należy mieć nadzieję, że znajdzie się sposób pomyślnego rozwiązania trudności.

7) Wobec tego, że żadna z sekcyi nie zgłosiła na Walne Zgromadzenie wniosków, przystąpiono do obrad nad wnioskami członków, przyczem wnioski Dra Głowińskiego (w sprawie zapomóg) i Dra Sękiewicza (w sprawie udziału delegata Towarzystwa przy rozdawaniu zapomóg przez Izby) przekazano Radzie zawiadowczej.

8) Prof. Rencki imieniem komisyi dla fundacyi ś. p. Stillerów (dobra Morszyńskie) wniósł wybór komisyi, którąby zbadała, czy dochodów z Morszyna nie dałoby się podnieść, ewentualnie dóbr Morszyńskich sprzedać.

Po dyskusyi, w której uczestniczyli prezes Dr Merunowicz, Dr Świątkowski, Prof. Machek, Prof. Gluziński i Dr Mikołajski, wybrano do proponowanej komisyi prezesa r. dw. Merunowicza, Prof. Macheka, Prof. Renckiego i Dr Ziembickiego

9) Do Rady zawiadowczej na rok 1909 wybrani zostali: prezesem r. dw. Dr J. Merunowicz, wiceprezesem Dr Opolski, członkami: Prof. Gluziński, Prof. Machek, Prof. Rencki, skarbnikiem Dr Schellenberg, sekretarzem Dr Świątkowski.

Obrady trwały z jednogodzinną tylko przerwą od 11 rano do $9^1/_2$ wieczór. *D. C.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 23. czerwca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. Obecnych członków: 36.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Prof. Kader odnośnie do protokołu poprzedniego posiedzenia zaznacza, że szkoła francuska stoi na tem stanowisku, iż gruźlica narządów moczowych idzie drogą zstępującą i że szkoła Albarrana i Guyona zmieniła poprzednie swe zdanie i obecnie stoi na tem samem stanowisku.

3. Przewodniczący oznajmia, że wpłynęły pisma, zapraszające członków do wzięcia udziału w Zjeździe internistów polskich w Krakowie i w Zjeździe neurologów polskich w Warszawie.

4. Kol. Eisenberg przedstawia:

a) **Bakterye mastki** (b. łoju napletkowego, *mycob. smegmatis*) w preparatach **z osadu moczowego osób zdrowych** bakterye zabarwione na gorąco fuksyną karbolową, a odbarwianie kwasem azotowym 10% (bez alkoholu). Bakterye te u kobiet, zwłaszcza starszych, prawie stale znajdowane w osadzie moczowym, mogą wprowadzić w błąd przez swą kwasoodporność, gdy chodzi o rozpoznanie gruźlicy nerek, a gdy się barwi np. metodą Gabbeta, która nie uwzględnia alkoholoodporności badanych bakteryi. Tylko zastosowanie metod odbarwiających alkoholem, jak klasyczna metoda Ziehl-Günthera lub specyalne metody Bungego-Trautenrotha, Cazottesa lub Weichselbauma, może tu ważne to (ze względu na zabieg operacyjny) pytanie rozstrzygnąć.

b) **Preparaty krwi** z przypadku **białaczki limfatycznej** przewlekłej, barwione błękitem Mansona i metodą Giemsy. Krew ta zawiera 300.000 c. białych — wśród nich limfocyty i ich pochodne stanowią około 98%. Ciekawa jest w tych preparatach wielka ilość rozpadłych jąder, które stanowią połowę wszystkich limfocytów, a przedstawiają się jako roztarte siatki o nieprawidłowych konturach, słabo się barwiące. Schleipp, który w znanym swym atlasie przedstawia podobny przypadek (Tab. XXVIII. Fig. 49, form tych jest tam znacznie mniej), uważa je za wytwory rozpadu komórek szpikowych wielkich jednorodnych (grosse homogene Knochenmarkszelle), nadmiernie wytwarzanych, a niedokształconych i przez to skłonnych do rozpadu. Według swoich preparatów przypuszcza E. także możliwość, że pewna ich część pochodzi z rozpadu dojrzałych limfocytów, za czem zdają się przemawiać formy przejściowe między limfocytami nienaruszonymi, a tymi tworami.

5. Doc. Męsowicz wygłosił odczyt p. t. **Klinika gruźlicy.**

Dyskusya. Prof. Bujwid: Chcę wypowiedzieć kilka uwag w sprawie swoistego leczenia gruźlicy zapomocą produktów bakteryjnych. Gdy w 1890 r. Koch ogłosił swoje spostrzeżenia nad działaniem swego płynu, który nazwałem w »Gazecie lekarskiej« po raz pierwszy tuberkuiiną, gdy odkryłem jej skład zaraz po ogłoszeniu przez Kocha [1]) — jak wiadomo, nieostrożne stosowanie tuberkuliny, nie rachujące się z przebiegiem odczynu, dało wyniki niekorzystne — nawet wprost szkodliwe. Wówczas już wykonałem doświadczenia, których wyniki są dla mnie do dzisiaj miarodajne, a które potwierdzają coraz liczniejsi badacze. Szczególnie w ostatnich czasach rośnie liczba badań w tym kierunku. Kardynalnem doświadczeniem było doświadczenie, wykonane po zaszczepieniu gruźlicy ludzkiej świnkom morskim, traktowanym później co parę lub kilka tygodni tuberkuliną. Świnki takie żyły po kilka miesięcy, nawet do 1 roku, gdy kontrolne ginęły najwyżej po paru miesiącach. Zmiany chorobowe w ogniskach gruźliczych wskazywały na wzmożoną odporność względem bakteryi: ogniska były duże, bakteryi w nich było mało, gdy u nieleczonych tuberkuliną było odwrotnie. Podobne wyniki otrzymałem u innych zwierząt; u królików można było otrzymać całkowite wyleczenie. Dziś coraz więcej widzimy dążenia do stosowania rozmaitych tuberkulin, które dadzą się jednak sprowadzić do 2 grup ciał: jedna z nich rozpuszczająca lub dająca się wymacerować po długiem staniu w płynie — jest to t. zw. »Alt tuberkulin« i druga, to ciała zawarte w samych komórkach bakteryi, bakteryoproteiny, w znacznej części działające nieswoiście. Substancye, które wchodzą w skład tych grup, są bardzo mało znane i zbadane, a z pewnością wiele w ich działaniu zależy od sposobu otrzymywania. Najlepszym będzie ten, który najmniej narusza skład płynu, a więc unikanie wysokiej ciepłoty i odparowanie w próżni przy ciepłocie nie wyższej od 50 C°. Tak otrzymuję swoją tuberkulinę. Tymczasem te apodyktycznie zachwalane i mocno reklamowane ciała (T. K. Spenglera) nie przemawiają mi do przekonania i niedaleka przyszłość z pewnością je odrzuci. Małe dawki i nie za częste dają u różnych badaczy bardzo dobre wyniki (Turban, Denys.). Co do seroterapii, to jestem przekonany, że na tej drodze nic nie uzyskamy. Surowica przy długiem stosowaniu, a tak musi być przy gruźlicy stosowana, daje zbyt wiele niemiłych ubocznych wpływów, częściowo anafitaktycznych. Co do ilości zarazka w niektórych ogniskach gruźliczych, to sądzę, że ilość nie stoi w związku z rokowaniem. Może być wydzielana bardzo wielka ilość w plwocinie, a nie szkodzić człowiekowi, który staje się tylko roznosicielem zarazka, dla siebie nieszkodliwego, jak to bywa przy durze, cholerze i t. p. Natomiast już wygląd i sposób barwienia się zarazka musi tutaj mieć znaczenie.

Kol. Eisenberg podnosi, że wszystkie fizyczne metody rozpoznawania gruźlicy wczesnej opierają się na przypuszczeniu, że wszystkie sprawy nieżytowe lub naciekowe w szczytach i w przednich częściach górnych płatów są przyrody gruźliczej

[1]) Porówn. »Gazeta Lekarska« Nr 4 i 30 z 1891 r.

Niestety anatomia patologiczna nie może w tym kierunku dać zupełnie pewnej odpowiedzi, jakiej od niej żądamy, raz dlatego, że nowsze badania wykazały istnienie zakażeń gruźliczych bez obrazu anatomicznego gruźlicy (t. j. okres limfoidalny Bartla i innych), powtóre zaś dlatego, że dotąd metody wykazywania b. gruźliczych w tkankach niezupełnie są pewne i nie dają rękojmi, że mogą wykazać wszystkie bakterye w tkance obecne. W każdym razie sprawa ta wymagałaby rewizyi przy pomocy ulepszonych metod. Dalej zaznacza E., że na wspomniany przez prelegenta związek, zachodzący między odrą a nabyciem lub odnowieniem się utajonego zakażenia gruźliczego rzucają ciekawe światło spostrzeżenia Pirqueta, które wykazują, że w przebiegu odry stale znika uprzednio istniejąca nadwrażliwość skóry wobec tuberkuliny, aby po pewnym czasie stopniowo wrócić do dawnego stopnia. O ile uważać nadwrażliwość tę za pewną część odporności ustroju wobec zakażenia, znaczyłby ten objaw, że w toku zakażenia odrowego w nieznany nam sposób odporność ta ulega zmniejszeniu i umożliwia przez to zakażenie lub rozwój istniejącego, a utajonego zakażenia. Wreszcie w sprawie swoistego leczenia gruźlicy należy zasadniczo wybrać jedną z dwóch dróg: albo uodpornianie bierne przy pomocy surowic leczniczych, albo czynne przy pomocy szczepień leczniczo-ochronnych przetworami bakteryjnymi (tuberkulina i inne). Tutaj charakter biologiczny zarazka daje pewne wskazówki: rośnie on i mnoży się bardzo powoli w stosunku do innych zarazków, a nadto przeciwstawia ustrojowi politykę biernego oporu dzięki woskowatej osłonie, która go czyni trudno dostępnym zwykłym środkom bakteryobójczym ustroju. Te warunki z jednej strony pozwalają podobnie, jak we wściekliźnie, stosować szczepienia zapobiegawczo-lecznicze, z drugiej zaś strony sprawiają, że leczenie surowicze wobec długiego przebiegu choroby niełatwo może być stosowane (przypadłości posurowicze przy wielokrotnie ponawianych wstrzykiwaniach). Nadto leczenie gruźlicy powinno koniecznie dążyć do zabicia zarazków, a w tym kierunku preparaty, zawierające same ciała bakteryi, zdają się zasługiwać na pierwszeństwo (nowa tuberkulina sama lub w połączeniu ze starą). Naturalnie trzeba pamiętać o tem, że takie uodpornianie czynne stawia znaczne wymagania sprawności ustroju, że tedy koniecznie trzeba przez odpowiednie warunki społeczne, jak również lecznicze, fizyczno-dyetetyczne, uzdolnić ustrój do skutecznej walki i zdobycia trwałej odporności.

Prof. Kader był tego roku w Davos i miał sposobność przyjrzeć się leczeniu gruźlicy przez różnych kierowników sanatoryów .Podnosi doniosłość leczenia zapomocą wstrzykiwań azotu. Co do resekcyi chrząstki pierwszego żebra, to Hansch w niewielu przypadkach ją stosował; należy jeszcze być ostrożnym, bo dotąd doświadczenie jest małe. Co do leczenia tuberkuliną, zauważa K., że na klinice Mikulicza stosowano ją naprzód bezskutecznie, potem z małym skutkiem. Co do leczenia klimatycznego gruźlicy chirurgicznej, to tylko klimat morski jest korzystny. Kol. Blassberg zaznacza, że Brauer tylko wtedy radzi leczyć gruźlicę płuca przez odmę, o ile zmiana dotyczy tylko jednego miejsca. Ciśnienie krwi według Marfana ma tylko znaczenie prognostyczne. Kol. Herm. Hirsch sądzi, że dla rozpoznania wszystkie sposoby powinny być użyte. Kol. Janiszewski sądzi, że dla dokładności należy chorego kilka razy zbadać, prócz tego zwraca uwagę, zwłaszcza u osób chudych, na badanie klatki piersiowej wysoko pod pachą i na właściwe ustawienie rąk przy badaniu, dalej na wywiady dotyczące dziedziczności. Kol. Mięsowicz z powodu spóźnionej pory odpowiada tylko na najważniejsze punkta; nie wierzy w swoiste leczenie i nie wierzy również, by u ludzi zdrowych mogły być prątki w plwocinie. Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIII. Posiedzenie naukowe z dnia 25. czerwca 1909.

Przewodniczący poświęca kilka słów wspomnienia pośmiertnego kol. Wilczkowi. Następnie wybrano dalszym delegatem na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. kol. Prof. Gluzińskiego, a członkiem komisyi rewizyjnej kol. Prof. Macheka. Żywą dyskusyę wywołała sprawa wyboru przedstawicieli do polskiego komitetu na międzynarodowy Zjazd higieniczny w Paryżu, dyskusyę, spowodowaną istnieniem drugiego komitetu, t. zw. galicyjskiego. Polecono Zarządowi zastanowić się, czy Towarzystwo ma wysłać delegatów do jednego i drugiego komitetu.

Kol. Prof. Herman wygłosił wykład: **O rozpoznawaniu i leczeniu raka.** Prelegent omawia głównie dwa punkty: możność zapobiegania i wyleczenia. Pierwszy punkt łączy się ze sprawą pasorzytowego pochodzenia raka. Co do drugiego, to zestawienia wykazują 20—40% wyleczenia z raka po operacyi. Odsetek ten podniósłby się znacznie, gdyby chorzy zgłaszali się wcześniej do lekarza, a dalej przez udoskonalenie sposobów rozpoznawania. Prelegent omawia dalej różne sposoby wczesnego rozpoznawania raka, konstytucyę rakową, wyniki badania krwi, próby hemolitycznej, precypitacyjnej itd. Mówi o zabiegach operacyjnych, o leczeniu promieniami Röntgena, wstrzykiwaniami pewnych ciał (chinina, kakodylan sodowy itp.). Mówi o nawrotach raka, odporności ustroju chorego na raka po operacyi, oraz o zachęcających wynikach operacyjnych po nawrotach. W końcu rozpatruje szereg środków leczniczych takich, jak cholina, arszenik, pyoktanina, surowice, kankroina Adamkiewicza, metoda Fingerowska, fulguracya, elektroliza. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dnia 20. kwietnia 1909.

1) Karwacki pokazał trzy **preparaty ropy z zapaleń opon mózgowych.** W pierwszym przypadku nastąpiło zapalenie opon u chorego z gruźlicą stawu kolanowego po wstrzyknięciu do stawu zawiesiny jodoformowej. Płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty. W osadzie 60% ciałek wielojądrzastych, brak laseczników Kocha i grube, zaokrąglone na końcach laseczki. W drugim przypadku u dziecka obciążonego dziedzicznie i zołzowatego wystąpiły objawy zapalenia opon, przedstawiające się klinicznie, jako sprawa gruźlicza. Płyn mózgowo-rdzeniowy przeźroczysty. Osad, bardzo skąpy, zawiera nieliczne leukocyty wielojądrzaste i bardzo dużo ziarenkowców. Laseczników Kocha brak. W trzecim przypadku płyn mózgowo-rdzeniowy wyraźnie ropny, zawiera dwoinki Talamon-Fränkla. Na zakończenie zaznacza kol. Karwacki różnorodność bakteryologiczną spraw oponowych i wartość badania przyczynowego dla leczenia tych spraw.

2) Tuchendler i Grundzach przedstawiają chorego z **nowotworem złośliwym odbytnicy.** Grundzach rozpoznał u chorego raka odbytnicy: dla uzupełnienia swego rozpoznania skierował go do T. dla rektoskopii. Drogą wziernikowania odbytnicy T. potwierdza rozpoznanie, postawione przez kol. Grundzacha i pokazuje obecnym na posiedzeniu kolegom obraz wziernikowy u tego chorego. We wzierniku widać zupełnie wyraźnie w odległości 5 ctm od otworu stolcowego powierzchnię wewnętrzną kiszki wrzodziejącą, kraterowatą, ściany kiszki naciekłe, nie bardzo jednak zgrubiałe, bo światło kiszki nie zwężone. W pierwszych okresach sprawy rakowatej kiszek często mamy taki naciek płaski, który może nie być charakterystycznie twardy, może nie wystawać do światła kiszki, i dlatego nie dawać objawu zwężenia. Dolegliwości chorego, jak to było i w danym przypadku, zależeć mogą jedynie od sprawy czysto miejscowej (nieżytowej), towarzyszącej sprawie nowotworowej. Z okazyi tego przypadku i poprzednio przedstawianych, prelegent, chcąc zapoznać kolegów z rekto-romanoskopią, jako metodą mało znaną i mało rozpowszechnioną, zwraca uwagę na jej wartość w rozpoznawaniu spraw chorobowych odbytnicy i kiszki esowatej. Drogą wziernikowania całego dolnego odcinka kiszek od otworu stolcowego aż do zagięcia pętli esowatej (*inflexio romana*), t. j. do 35 ctm rozpoznawać możemy najwyżej w odbytnicy usadowione sprawy chorobowe, następnie sprawy kiszki esowatej, a sprawy nizko w odbytnicy położone, choć i dla innych metod badania dostępne, rozpoznawać możemy wcześnie, co szczególnie w przypadkach raka odbytnicy ma wielką wartość. Im wcześniej zdołamy rozpoznać raka odbytnicy, tem lepsze wyniki otrzymamy drogą operacyi. W końcu zwraca T. uwagę, że ze wszystkich metod badania odbytnicy, wziernikowanie jej daje wyniki najpewniejsze, a powracając do sprawy rozpoznawania raka odbytnicy, nadmienia, że wywiady i badanie kału dostarczyć mogą danych, które krytycznie spożytkowane naprowadzić nas mogą na właściwą myśl o raku; nigdy jednak na ich zasadzie nie zdołamy ustalić rozpoznania, tembardziej w początku sprawy. Badanie palcem daje wyniki pewniejsze, ale ograniczone. Wszak palcem dojść możemy w odbytnicy najwyżej do 9—10 ctm. Z tego to powodu sądzi T., że w każdym podejrzanym co do raka przypadku sprawy chorobowej dolnego odcinka kiszek należy nie zadowalniać się badaniem palcem, ale drogą wziernikowania zbadać odbytnicę, a jeśli wypadnie — także i kiszkę esowatą.

3) Otto wygłosił odczyt: **Wpływ nikotyny na zasadowość krwi.** We wstępie omawia prelegent w krótkości różne

metody i określania zasadowości krwi i ostatecznie zatrzymuje się na metodzie miareczkowania krwi zlakowanej (Zuntz-Loewy). Zasadowość osocza określano metodą Krauzego; zasadowość krwinek białkową i mineralną obliczano z formuły braci Bleibtreu, określiwszy wpierw N osocza całkowitego i rozcieńczonego, a także N krwi całkowitej. Oznaczano także zasadowość, przedstawianą przez białko krwinek i osocza (Rzętkowski). Zestawienia wszystkich danych liczbowych dokonano podług metody A. Landau. Dla porównania wyników zmian we krwi po nikotynie wykonano wpierw kilkanaście badań na królikach prawidłowych i zestawiono liczby podług schematu A. Landau. Co do badań doświadczalnych, to wykonał je prelegent na królikach, wstrzykując przez 10 miesięcy do żył rozczyn nikotyny początkowo 1: 10.000 fizyologicznego rozczynu Na Cl i stopniowo zmniejszał dawkę aż do 1: 1000. Wstrzykiwania robiono co drugi dzień, a wstrzymywano na kilka dni, o ile zwierzęta traciły na wadze. Krew wypuszczano na parownicę, na której uprzednio rozłożono cienką warstwę obojętnego szczawianu sodu. Krew miareczkowano H_2SO_4, używając jako wskaźnika, papierka lakmoidowego. Okazało się, że ogólna zasadowość krwi jest znacznie obniżona w przewlekłem zatruciu nikotyną, przyczem głównie obniża się zasadowość białkowa, natomiast zasadowość mineralna bardzo nieznacznie. Co do zasadowości białkowej osocza i krwinek, to obniża się przeważnie zasadowość białkowa krwinek, osocza zaś bardzo nieznacznie; wzajemny jednak stosunek obu tych zasadowości w porównaniu z normą pozostaje bez zmiany.

Dyskusya: Anastazy Landau zaznacza, iż odczyt kol. Otta stawia go w położeniu nadzwyczaj trudnem i drażliwem, ale mimoto L. uważa za właściwe zwrócić uwagę na dwie okoliczności. Przedewszystkiem część ogólna odczytu, wstęp, w którym prelegent omawia metody oznaczania zasadowości krwi, oraz ich wartość, jest z nader nieznacznemi zmianami zapożyczony z dwóch prac L. o zasadowości krwi i o acydozie. Następnie L. zaznacza, iż kol. Otto w odczycie swym nie wspomniał, iż ogólna metodyka badania zasadowości krwi, jaką prelegent w swych doświadczeniach się posiłkował, zastosowana była po raz pierwszy przez L.

Odpowiadając, zaznacza prelegent, że metody badań nie uważa za swoją, lecz że wziął ją z prac A. Landau, o czem tenże wiedział od prelegenta w dniu 6. IV. na posiedzeniu demonstracyjnem, że jednak więcej jej nie akcentował, wynikło stąd, że kol. A. Landau wygłosił te prace w tejże sali i wobec tychże słuchaczy, a więc metoda równie, jak i prace, były wszystkim znane. Co do wstępu, który A. Landau uważa za wzięty z jego prac, prelegent zaznacza, że podobieństwo wynikło prawdopodobnie z tego, że A. Landau i prelegent posługiwali się tymi samymi podręcznikami. Jeżeli zaś jest i coś wzięte od niego, to autora wymieniono.

W odpowiedzi dodaje Landau, iż wyżej wspomnianych zarzutów nie stawiałby prelegentowi, gdyby ten w odczycie swym, jak należało, zaznaczył, iż ogólna część odczytu, oraz metodyka badań zapożyczone zostały z prac mowcy.

4) Róbin wygłosił rzecz: **O znaczeniu rozpoznawczo-leczniczem dyety próbnej Schmidta w cierpieniach kiszek.** Przy rozpoznawaniu i leczeniu chorób kiszek dalecy jeszcze jesteśmy od naukowej ścisłości, gdyż posiadamy mało ściśle naukowych sposobów rozpoznawczych i wskutek tego kierujemy się szablonem. Badanie chemiczno-mikroskopowe kału na ogół nie rozwiązuje trudności, bo nie daje odpowiedzi co do zachowania się śluzówki kiszek w stosunku do poszczególnych składników pokarmowych, a często nawet w błąd wprowadza. Jedynie racyonalną jest w tym celu metoda czynnościowa, t. j. podawanie »dyety próbnej«, przy pomocy której możemy ustalić trawienie prawidłowe, a zatem i patologiczne.

Taką dyetę próbną, odpowiadającą teoretycznym wymaganiom co do ilości kaloryi, wprowadził przed kilkoma laty Schmidt. Dyeta próbna Schmidta jest następująca: *a*) rano — $^1/_2$ litra mleka i 50,0 biszkoptów; *b*) w południe — $^1/_2$ litra kleiku; *c*) popołudniu 125,0 mięsa wołowego i 250,0 ziemniaków; *d*) jak *a*) i *e*) jak *b*) zawiera 102,0 białka, 111,0 tłuszczu i 191,0 węglowodanów. Dyetę tę stosujemy w ciągu 3 dni, przyczem badamy codziennie kał makro- i mikroskopowo, wykonywamy odczyny mikrochemiczne (z kw. octowym, z jodem) i próby: »sublimatową« i »fermentacyjną«. R. obznajomił się z powyższą metodą przed 4 laty w pracowni Schmidta w Dreznie i od tego czasu stosował ją w 42 przypadkach, starając się ocenić jej wartość praktyczną, rozpoznawczo-leczniczą.

R. podaje kilka ze spostrzeganych przypadków, w których tylko dzięki dyecie próbnej Schmidta udało się rozpoznać cierpienie, do tego czasu nierozpoznane lub rozpoznane błędnie (n. p. brak HCl w żołądku — na zasadzie obecności tkanki łącznej w kale, t. zw. »niestrawność fermentacyjną« kiszek — »Gährungsdyspepsie«, na zasadzie obecności znacznej ilości węglowodanów w kale, nerwice kiszek — na zasadzie prawidłowego zachowywania się składników pokarmowych w kale, niedokładne trawienie mięsa, tłuszczu i t. d.). Dzięki wykrytym w ten sposób przyczynom cierpienia w każdym poszczególnym przypadku, rozpoznanie, a zatem i leczenie może być postawione na racyonalnej podstawie.

Zdaniem R. metoda Schmidta pozwala rozpoznawać t. zw. »gastrogene Diarrhoeen«, t. j. biegunki pochodzenia żołądkowego, które stanowią dość częste zjawisko w patologii kiszek; dalej wyłącznie tej metodzie badania zawdzięczamy poznanie nowej postaci chorobowej, dotąd zupełnie nieznanej, mianowicie »Gährungsdyspepsie«, t. j. niestrawności kiszek, zależnej od utraty zdolności przyswajania węglowodanów, wreszcie tylko metoda Schmidta pozwala z pewnością rozpoznawać nerwice kiszek, w których różnorodne objawy kliniczne skłaniają nas do rozpoznawania nieżytów i t. d., gdy dyeta próbna niewątpliwie wykazuje w tych razach zupełnie prawidłowe trawienie. R. roztrząsa zarzuty, stawiane tej metodzie przez różnych autorów (Philippsona, Bascha i innych) i uważa je za niepoważne. »Próba mięsna« Straussa i »próba z perełkami« Einhorna nie wytrzymują porównania z metodą Schmidta, gdyż nie wyjaśniają nam zupełnie sprawności kiszek.

R. sądzi zatem, że w każdym przewlekłym przypadku cierpienia kiszek powinniśmy stosować dyetę próbną Schmidta, która ma tu znaczenie dwojakie: *a*) rozpoznawcze i *b*) lecznicze (pozwala bowiem przepisywać odpowiednią dla każdego przypadku dyetę). Obecnie przepisujemy chorym dyetę zupełnie szablonowo, tymczasem każdy przypadek wymaga ścisłej indywidualizacyi. T. zw. »dyety uproszczonej«, podanej w ostatnim czasie przez Schmidta, R. nie poleca, gdyż jest bardziej dowolna, a zatem wyniki nie są tak ścisłe, jak przy stosowaniu całkowitej, nieuproszczonej dyety. *A. Majewski.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

(Dokończenie).

W 10 krajowych zdrojowiskach i uzdrowisku Zakopanem przebywało w r. 1905 — 37.000 osób, o 1556 więcej niż w r. 1904. Sprawozdanie podaje tym razem zajmujące tabelaryczne zestawienie ruchu w zdrojowiskach, a następnie wymienia poczynione w r. 1905 ulepszenia, odbyte przez lekarzy rządowych z lekarzami zdrojowymi konferencye i t. p., co jako rzeczy, skądinąd znane, tutaj pominąć można, podobnie jak i wyniki działalności 3 sanatoryów przeciwgruźliczych w Zakopanem (Dr Dłuskiego, Dr Hawranka i Bratniej pomocy).

Zakład ubezpieczenia robotników od wypadków wypłacił tytułem odszkodowań i renty 937.716 kor. (w roku poprzednim 861·783), z czego honoraryum lekarskie wynosiło 40.399 (w roku poprzednim 34.551, w r. 1903 — 21.933).

Liczba kas chorych wynosiła w Galicyi 61 ze 112.026 członkami (w r. 1904 — 91.584). Przypadków choroby zgłoszono 48.688, dni choroby 619.943 (prawie o 20% więcej, niż w roku poprzednim). Dochody kas doszły do 1,777.133 koron, rozchody do 1,226.740, koszta administracyjne pochłonęły 16,67% dochodów. Koszta te od kilku lat zwolna się jednak obniżają. Niemniej należy zauważyć, że do kosztów administracyjnych nie bywają wliczane koszta kontroli chorych, które się niesłusznie w sprawozdaniach kas dolicza do wydatków na lekarzy. Niedobór miały 2 kasy; inne kasy miały razem 816.321 kor. funduszów rezerwowych. Wreszcie należy nadmienić, że ze wszystkich kas jedyna tylko powiatowa kasa w Buczaczu zaprowadziła wolny wybór lekarzy z wynagrodzeniem po 60 hal. za poradę w domu lekarza, a 1 kor. w domu chorego; ile kasa w tych warunkach wydaje wogóle rocznie na pomoc lekarską, nie wiadomo.

Ambulatorya bezpłatne w klinikach w Krakowie i we Lwowie nie przedłożyły Radzie zdrowia żadnych sprawozdań. Poliklinika lwowska leczyła w r. 1905 — 10.014 chorych, »Narodna licznycia« 5.823.

B. Zakłady i urządzenia dobroczynności

także w r. 1905 nie uległy znaczniejszym zmianom. W 40 zakładach zaopatrzenia, dających stałe utrzymanie, było 3.852 prebendaryuszy. W 46 zakładach, dających częściowe utrzymanie, było umieszczonych 499 osób, a w 7 zakładach, dających tylko przytułek, było 151o sób. Zakładów sierot było w r. 1905 44 (o 3 więcej); mieściło się w nich 3.193 sierot (o 593 więcej). Ruch i koszt utrzymania tych zakładów zestawiono tabelarycznie; o ich stosunkach zdrowotnych żadnych danych nie podano. Opieką nad zaniedbanemi dziećmi zajmowało się 6 zakładów, w których było przeszło 1000 dzieci (liczby dokładnej podać nie można, gdyż zakład w Pawlikowicach i zakład Żurowskiej w Krakowie nie przedłożyły sprawozdań). O ochronkach w tym roku znajduje się wiązanka danych, co zasługuje na uznanie wobec tego, że w poprzedniem sprawozdaniu nie było o nich żadnej wzmianki. Sprawozdanie stara się podać przynajmniej ogólne wiadomości, wyliczając około 50 ochronek, istniejących w różnych miejscowościach kraju. Dokładniejszemi wiadomościami jednakże Rada zdrowia nie rozporządzała.

O działalności stacyi ratunkowych we Lwowie i w Krakowie podaje »Przegląd lekarski« corocznie w swoim czasie wiadomości, dlatego tu je pomijamy.

Liczba kolonii wakacyjnych (10) i pomieszczonych w nich dzieci (około tysiąca) w r. 1905 niestety nie wzrosła. O korpusach wakacyjnych (ustęp ten zdawałby się, jak już podnosiliśmy w latach poprzednich, należeć raczej do działu 6 e: Wychowanie fizyczne młodzieży) niema w tym roku żadnej wzmianki; o parkach Jordana dostarczono Radzie zdrowia wiadomości tylko z Nowego Sącza, gdzie istniejący od lat 14 park przeszedł pod zarząd Sokoła, i ze Stryja, gdzie właśnie w roku 1905 z ofiarności publicznej, a za staraniem starosty p. Szczurowskiego park taki założono. Rada zdrowia słusznie się użala, że nie dostarczono jej również dokładniejszych danych o bursach dla uczniów (burs takich jest w kraju około 50) i że tylko niektórzy lekarze urzędowi zwracają uwagę na te zakłady, pod względem sanitarnym ważne, a niestety zbyt często nieodpowiednie. W końcu tego działu podaje sprawozdanie wiadomości o kuchniach i herbaciarniach ludowych we Lwowie i kilku miastach prowincyonalnych, o »Kropli mleka« w Krakowie, wytykając słusznie brak wiadomości o kuchniach i herbaciarniach w sprawozdaniu fizykatu miejskiego krakowskiego i wielu lekarzy powiatowych.

8. Stosunki sanitarne w więzieniach i aresztach.

W tym rozdziale podaje sprawozdanie naprzód liczby, dotyczące ruchu chorych w zakładach karnych we Lwowie, Wiśniczu, Stanisławowie. Zdaje się, że co do gruźlicy wśród więźniów najgorzej jest w Wiśniczu, gdzie na 484 więźniów było gruźliczych 25, podejrzanych 53. Szerzeniu się gruźlicy w Wiśniczu starano się zapobiedz przez oddzielenie chorych i podejrzanych i umieszczenie w osobnych salach i warsztatach. Jednakże przepełnienie zakładu, podnoszone już w roku zeszłym, sprawia, że u już chorych gruźlica przebiega bardzo szybko. Również w Stanisławowie przeznaczono dla gruźliczych osobne sale w szpitalu i odpowiednio je urządzono, a projektowane są leżalnie. Domów poprawy dla nieletnich przestępców do ostatnich czasów nie było, pomimo, że ustawa o nich obowiązuje od r. 1885. Wprawdzie w 10 lat potem Wydział krajowy rozpoczął traktować o kupno majątku Bylic w powiecie samborskim, wszelako teren odkazał się tam nieodpowiedni i dopiero w r. 1905 wznowiono sprawę, nabywając majątek Przedzielnicę w dobromilskiem na ten cel. Stała poprawa następuje w aresztach sądów powiatowych. W r. 1905 powstały nowe budynki na takie areszta w 7 miastach, przygotowano budowę w 4, przerobiono w 2. W 5 miejscowościach są areszta stale przepełnione, w 18 są zupełnie źle pomieszczone (np. w Liszkach w piwnicy). Zauważyć należy, że sprawozdanie za r. 1903 podawało, iż nowych budynków potrzeba w 14 sądach powiatowych. Po jednym przypadku duru plamistego pojawiło się w 4 aresztach, po jednym przypadku czerwonki w 2. Przypadki te nigdzie jednak nie były źródłem epidemii. Areszta gminne są po największej części bardzo zaniedbane, nierzadko »nawet miasta o 20.000 ludności mają areszt gminny prawie niemożliwy, np. Bochnia i Stryj«. Ale przecież nawet we Lwowie areszta miejskie w r. 1905 »nie odpowiadały nawet najskromniejszym wymogom zdrowotnym«; w tym roku opracowano tam co prawda plany nowego budynku.

9. Zwalczanie chorób zakaźnych.

W roku zeszłym podnosiliśmy brak w sprawozdaniu wiadomości, jak bywa wykonywane donoszenie o chorobach zakaźnych w obu miastach stołecznych. Z uznaniem podnieść należy, że w tym roku sprawozdanie podaje o tem wiadomości i to, dodajmy, pomyślne. Mianowicie lekarze lwowscy »spełniają obowiązek donoszenia z wielką dokładnością i często wbrew własnemu interesowi«, poczem fizykat wdraża odpowiednie dochodzenia i zarządzenia. Według sprawozdania tak przynajmniej było w r. 1905. Jak wiadomo, w r. 1908 nawiedziła Lwów groźna i długotrwała epidemia płonicy, a czy i w tym przypadku sprawa donoszenia od początku szła należycie, to dowiemy się dopiero z przyszłych sprawozdań Rady zdrowia. W Krakowie w r. 1905 »jeszcze nie donoszono o każdym przypadku chorób zakaźnych w należytym czasie«, wiadomo wszakże, że stosunki te w ostatnich latach zasadniczo zmieniły się na lepsze. Podobnie, jak w roku zeszłym, tak i w tym roku, podaje sprawozdanie pomyślne wiadomości o donoszeniu po wsiach; »wogóle już gminy wciągnęły się do regularnego i wczesnego donoszenia o chorobach zakaźnych, do wyjątków należy niedbalstwo naczelników gmin; najczęstszą przyczyną zaniedbania jest nieznajomość pisania i brak wiadomości o zachorowaniu«. »Jeżeli jednak gminy donoszą regularnie o stanie zdrowia ludności, a nawet o sporadycznych przypadkach zachorowania na chorobę zakaźną, to rychło osłabia się ich gorliwość, jeżeli przekonają się, że starostwo nie uwzględnia należycie ich doniesień. Jeżeli naczelnik gminy donosi o panującej błonicy w gminie, a lekarz nie wyjedzie ani razu, zmniejsza to winę naczelnika gminy, jeżeli potem zaniedbuje się w donoszeniu. Kto chce wymagać spełniania obowiązków od innych, powinien sam wypełniać swoje«. Surowe to słowa, ale bardzo słuszne.

Co do lokalów izolacyjnych gminnych, nie odnosi się ze sprawozdania wrażenia, żeby nastąpiła poprawa. Miasto Lwów posiada wprawdzie budynek izolacyjny, lecz są to tylko drewniane baraki na 120 osób, »nieco zaniedbane i wymagające restaurowania«. Kraków nietylko w r. 1905, ale i dziś jeszcze nie ma własnego domu izolacyjnego, ani obserwacyjnego, jednakże objęte są one planem inwestycyi miejskich. W razie potrzeby wynajmuje gmina starą część szpitala Bonifratrów, bardzo nieodpowiednią. Na prowincyi są domy izolacyjne tylko w miasteczkach i to nie we wszystkich; we wsiach są tylko upatrzone na ten cel domy, któreby w razie potrzeby można opróżnić i odpowiednio urządzić. Mimo panującej epidemii stoją jednak domy izolacyjne najczęściej pustką z powodu niechęci ludności. Ze zdrojowisk dobry dom izolacyjny ma Krynica. W Zakopanem chorych zakaźnych odosabnia się w szpitalu klimatycznym. O innych zdrojowiskach niema w sprawozdaniu pod tym względem wiadomości.

Już piąty rok udzielane bywają z funduszów dyspozycyjnych namiestnika zapomogi rządowe dla ubogich chorych i odosobnionych; za pieniądze te zakupuje się żywność dla odosobnionych, środki skrzepiające dla chorych na dur plamisty, wypłaca się odszkodowanie za przedmioty zniszczone przy odkażaniu itp. Należy mieć nadzieję, że to bardzo pożyteczne urządzenie będzie ustalone przez państwową ustawę o chorobach zakaźnych, wniesioną niedawno przez rząd do Izby Panów. W r. 1905 wydano na te zapomogi 12.221 kor. (w roku poprzednim 22.284). Bezpośrednia kontrola zwalczania chorób zakaźnych przez Namiestnictwo znowu się z wielkim pożytkiem dla sprawy wzmogła, gdyż liczba podróży, podjętych w tym celu przez inspektorów sanitarnych i krajowego referenta sanitarnego, doszła 18 (w roku poprzednim 14, w 1902 7).

Przyrządów odkażających parowych było w r. 1905 w całym kraju 247 (o 14 więcej, niż w roku poprzednim), formalinowych 207 (134 więcej). Jest rzeczą trochę dziwną, że na 35 szpitali publicznych jest tylko 21 przyrządów dezynfekcyjnych parowych, kilkanaście więc szpitali publicznych nie ma własnego przyrządu. Co do wykonywania dezynfekcyi, to sprawozdanie ostatnie lepiej się przedstawia od poprzedniego, w którem była wzmianka tylko o dezynfekcyi we Lwowie. Jednakże i w tym roku podaje sprawozdanie, że »co do wykonywania dezynfekcyi niewiele można zebrać dat ze sprawozdań lekarzy urzędowych«. We Lwowie w r. 1905 odkażano mieszkania 1168 razy, rzeczy zaś 514 razy; uderzającem jest, że po płonicy odkażano mieszkania 525 razy, rzeczy tylko 69 razy! W Krakowie wykonano 218 dezynfekcyi, lecz »nie wiadomo z jakiego powodu i jakim sposobem«. Dobry przykład dał powiat borszczowski, który podzielono na 15 okręgów, a w każdym okręgu wspólnym kosztem gmin sprawiono przyrząd formalinowy. Trochę szczegółów o częstości i sposobie odkażania znajdujemy w sprawozdaniu jeszcze z 12 powiatów Należy mieć nadzieję, że lekarze powiatowi do przyszłych sprawozdań dostarczą obfitszych

danych. We Lwowie urządził fizykat trzeci z rzędu kurs dla dezynfektorów; uczestników było 70, w tem 18 wysłanych przez kółka rolnicze. Przy kursie posługiwano się środkami dydaktycznymi (tablicami, modelami), zakupionymi przez rządowy fundusz sanitarny, który może je pożyczyć także do innych wykładów popularnych. Wspominamy tu o tem, gdyż zdaje się mało kto z interesowanych wie, że z tych środków mógłby skorzystać.

W sprawie zwalczania gruźlicy »niestety mało jest do zanotowania!« Zawiązane w r. 1904 we Lwowie Towarzystwo przeciwgruźlicze w ciągu roku 1905 nie dało żadnego znaku życia (godzi się jednak wspomnieć, że w r. 1908 otwarło to Towarzystwo we Lwowie pierwsze dyspensatoryum, a obecnie rozszerzy swoją działalność na cały kraj). Towarzystwo higieniczne lwowskie urządziło szereg odczytów popularnych o gruźlicy W powiecie żywieckim za staraniem lekarza urzędowego, Dra Bąkowskiego, w każdym niemal budynku publicznym umieszczono odpowiednie spluwaczki

Zwalczanie kiły w Huculszczyźnie prowadzone było w r. 1905 równie energicznie, jak w latach poprzednich. W roku tym rozpoczęto budowę szpitala w Kossowie; natomiast nie mogła być jeszcze rozpoczęta budowa szpitala w Nadwórnej. W Stryju uchwalił Sejm zbudować osobny pawilon dla chorych kiłowych. Leczenie chorych w powiatach kossowskim i nadwórniańskim prowadziło 9 osobnych lekarzy. Z podanej w sprawozdaniu szczegółowej tabeli ruchu chorych wynika, że w obu tych powiatach od rozpoczęcia tej akcyi do końca r. 1905, t. j. przez półczwarta roku, leczono 4832 osoby. Z tego przypada na rok 1905 w powiecie kossowskim 907, t. j. 1,41% ludności, a w nadwórniańskim 863, t. j. 1,56% ludności. Z leczonych w r. 1905 wyzdrowiało w kossowskiem 79,2%, w nadwórniańskiem 55,1%. Oprócz tego podaje sprawozdanie, jak zwykle, tabelkę, obejmującą chorych, leczonych w szpitalach powszechnych, według miejsca zamieszkania. Wynikałoby z niej, że po miastach Lwowie i Krakowie najwięcej byłby kiłą dotknięty powiat peczeniżyński (2,34‰ ludności), w którym też od grudnia 1905 ustanowił rząd osobnych lekarzy, systematycznie leczących chorych na kiłę.

Szczepienie ochronne od ospy wykonano w roku 1905 u 274.120 dzieci, czyli 91,19% zdatnych do szczepienia. Liczba nieszczepionych znowu się zmniejszyła, zmniejszyła się także liczba tych przypadków, gdzie przyczyną nieszczepienia był opór matek. Gdy jednak w całym kraju w sprawie szczepienia stwierdza się z uczuciem szczerego zadowolenia bardzo widoczną i ciągle postępującą poprawę, to z tem przykrzejszem uczuciem dowiadujemy się, że już od szeregu lat, jak podnosiliśmy w roku zeszłym, najwięcej dzieci uchyla się od szczepienia w stolicy kraju, we Lwowie! Co gorsza, gdy w r. 1904 pozostało we Lwowie nieszczepionych 38,8%, to w r. 1905 pozostało nieszczepionych przeszło połowa, mianowicie 51,7%!! Najgorszy po Lwowie powiat nowosądecki miał nieszczepionych 13,5%... Wynik dodatni szczepienia stwierdzono w 91,3%. Rewakcynowano 174.133 dzieci 10-letnich (83,1% wyników dodatnich), 8669 dzieci szkolnych, nie mających wyraźnych blizn szczepiennych, w końcu szczepiono z konieczności 447 dzieci, a rewakcynowano 6.734. Ogółem zaszczepiono i rewakcynowano 464.106,a wydano na szczepienie z funduszu krajowego 129.019 kor. (średnio za jedno szczepienie z rewizyą 28 hal.). Oba krajowe zakłady krowiankowe dostarczyły 463.720 porcyi krowianki.

Stosownie do zapowiedzi zeszłorocznej podaje sprawozdanie szczegółowszą wiadomość o pracach »Komisyi w celu przedstawienia wniosków ku zwalczaniu chorób zakaźnych, w szczególności duru plamistego«. Komisya ta (której składu sprawozdanie imiennie nie podaje) odbyła pod przewodnictwem prof. Dra A. Gluzińskiego w r. 1904 i 1905 12 posiedzeń, na których uchwaliła oprócz ogólnych zasad przyszłej ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, wnioski tymczasowe, przedstawione potem przez osobną deputacyę namiestnikowi. Wnioski te zmierzają do tego, aby w Galicyi utworzyć osobny zakład badania chorób zakaźnych, aby utworzyć osobną ekspedycyę naukową w celu zbadania zarazka duru plamistego, aby pomnożyć liczbę lekarzy rządowych przynajmniej o 5, aby utworzyć przynajmniej 2 ruchome kolumny sanitarne, wysyłane kolejno z odpowiednim szpitalem barakowym do gmin najbardziej nawiedzonych przez dur plamisty, wreszcie, aby lekarzom rządowym przynajmniej w sprawie zwalczania chorób zakaźnych nadać zupełną samodzielność.

W tym ustępie podano jeszcze wiadomość o wykonanych z polecenia Namiestnictwa przez Dra Gąsiorowskiego badaniach nad działaniem formaldehydu w wyższej ciepłocie i o skonstruowanym przez niego bardzo dobrym przyrządzie, na tej zasadzie opartym.

Ofiarą przy zwalczaniu duru plamistego padło w r. 1905 znowu trzech lekarzy: dwóch okręgowych, a jeden delegowany przez rząd do zwalczania epidemii, mianowicie Dr Mizes, Galant i Długosz. Pierwszy z nich zmarł w Jaryczowie nowym, gdzie już kilku lekarzy ginie kolejno na dur plamisty. W pięcioleciu 1901—1905 szesnastu lekarzy naszych przypłaciło życiem tę okoliczność, że dla Austryi jest Galicya przed zarazami wałem ochronnym.

Koszta zwalczania chorób zakaźnych, poniesione przez skarb państwa, doszły w r. 1905 do kwoty 410.170 kor., wzrastając od r. 1900 przeszło w dwójnasób i stanowiąc lwią część wydatków państwa na ten cel, preliminowanych na całą Austryę w kwocie 1.000.000 kor.

Korzystną zmianą w ostatniem sprawozdaniu jest opuszczenie w tym dziale wiadomości o leczeniu surowicami, które dawniej powtarzały się tutaj i w dziale C. Skupienie ich w jednym tylko rozdziale daje niewątpliwie przejrzystszy obraz sprawy.

10. Opieka nad ułomnymi.

Obłąkanych, nieumieszczonych w żadnym zakładzie było w r. 1905 w całym kraju 2780, a na 100.000 ludności wypadało 38 (w całej Austryi średnio 36). Zaledwo 1/8 obłąkanych była umieszczona w zakładach, co jednak, jak wiadomo, przez rozszerzenie zakładu w Kulparkowie zmieniło się w ostatnich latach na lepsze. Z 4346 matołków tylko jeden był pomieszczony w zakładzie zaopatrzenia. Na 100.000 ludności wypada w Galicyi 57 matołków, w całej Austryi średnio 64. Głuchoniemych było 11.192, prawie tyle, co w roku poprzednim. Na 100.000 ludności przypada u nas głuchoniemych 150, w Austryi średnio 109. Ciemnych było 4443, o 89 mniej, niż w roku poprzednim, a 61 na 100.000 ludności w kraju (w całej Austryi 53). Tylko 49, t. j. 1,10% tych ciemnych było umieszczonych w zakładach. W zakresie opieki nad ułomnymi nie nastąpiła przeto w kraju niestety żadna poprawa.

11. Oględziny zwłok. Cmentarze. Trupiarnie. Obdukcye. Przewóz zwłok.

Jak corocznie, tak i w r. 1905 zaledwo 1/4 zwłok oglądali lekarze, zresztą zaś niewykształceni oglądacze. Tym razem dowiadujemy się ze sprawozdania, że niektórzy lekarze powiatowi starają się przynajmniej wyrobić lepszych oglądaczy, odbywając z nimi peryodyczne kursa. Z drugiej jednak strony dowiadujemy się ze sprawozdania, że oglądacze nieraz wykonują obowiązki niedbale, pobierają nieprawidłowo bezpośrednio taksy za oglądanie i t. p. Co do cmentarzy, zawiera sprawozdanie i tym razem utyskiwanie na ich przepełnienie i trudność rozszerzania lub urządzenia nowych cmentarzy. Np. w Rzeszowie urządzenie nowego cmentarza natrafiało na przeszkody przez 10 lat i dopiero w r. 1905 zdołano zakupić 9 morgów gruntu na ten cel, ale o pół mili od miasta i za ogromną stosunkowo cenę 25.000 kor. Szczególnie mało cmentarzy jest w zachodniej części kraju: w tarnobrzeskiem są wsie, oddalone od cmentarza parafialnego o 2 mile. Mnożeniu cmentarzy sprzeciwia się duchowieństwo. Jeszcze gorsze są stosunki co do cmentarzy żydowskich, do których zwożą zwłoki niekiedy z odległości 6 mil (40 klm.), np. w powiecie turczańskim, gdzie jest tylko jeden cmentarz na cały powiat. W r. 1905 urządzono w całym kraju nowych cmentarzy 22, rozszerzono 45. Jeszcze gorsze są stosunki co do trupiarni, których zbudowanie i urządzenie trzeba na gminach wywalczać. Nawet Lwów nie ma gminnego domu przedpogrzebowego. Nowych trupiarni zbudowano w r. 1905 46.

12. Służba zdrowia.

Po krótkim okresie spadku liczby lekarzy w kraju rozpoczyna się od r. 1905 wprawdzie powolny, ale stopniowy przyrost. W roku tym było ogółem lekarzy 1437, z nich we Lwowie 344, w Krakowie 241, razem 39,6% wszystkich lekarzy w kraju. Przepełnienie obu miast głównych przy niedostatku lekarzy na prowincyi znowu przeto wzrosło, gdyż w r. 1904 było w obu miastach tylko 37,2%. W porównaniu z r. 1904 przybyło 27 lekarzy. Utrzymywało się wyłącznie z praktyki prywatnej 39,1% (w roku poprzednim 39,4%), reszta miała rozmaite posady. Patronów chirurgii było 91 — o 4 mniej, niż w roku poprzednim. Podane w sprawozdaniu wiadomości o Izbach lekarskich, jako znane skądinąd, pomijam, jak również wiadomości o towarzystwach lekarskich; podnieść tylko należy, że tym razem sprawozdanie zawiera wiadomości nietylko o Towarzystwie lek. galicyjskich, ale i o innych towarzystwach lekarskich; o krakowskiem coprawda tylko tyle, że wykończyło budowę wła-

snego domu. Niema jednak jeszcze wiadomości o drobniejszych towarzystwach (ginekologiczne lwowskie, lek. kolejowych i t. d.).

Liczba aptek wzrosła o 3 i doszła do 293. Oprócz tego było domowych aptek 63; przy dorocznej rewizyi aptek stwierdzono w 7 usterki, za które w 2 przypadkach ukarano.

Położnych przybyło 80, a liczba ich doszła do 2388. Z nich żadnej posady nie miało 66%, a pod tym względem stosunki znacznie się pogorszyły, gdyż w roku poprzednim było bez posad 62,7%. Sprawozdanie podaje zajmującą tabelę rozsiedlenia położnych w poszczególnych powiatach, z której wynika, że w 35 powiatach liczba położnych wzrosła, w 16 nie zmieniła się, a w 28 nawet zmniejszyła się. Kontrola nad położnemi jest coraz lepsza; zgromadzeń kontrolnych odbyło się 404, o 101 więcej, niż w roku poprzednim. Wynik kontroli był również lepszy, niż w poprzednim roku.

Rozdział ten kończy się wiadomościami o zwalczaniu partactwa położniczego i lekarskiego; ze sprawozdania zdaje się wynikać, że w obu tych kierunkach rozwinięto w r. 1905 więcej energii, niż w latach poprzednich.

13. Gminna służba zdrowia.

Postępy w tym zakresie i w r. 1905 były zbyt powolne. Jedynie tylko we Lwowie nastąpiła stanowcza poprawa, ponieważ i liczba lekarzy gminnych (11) odpowiadała wymaganiom ustawowym, i miejska komisya zdrowotna pracowała energiczniej (odbyła 8 posiedzeń) i pożytecznie. Natomiast w Krakowie rok 1905 należał jeszcze do tego smutnego okresu, który stał się wreszcie niepowrotną przeszłością. Kraków miał bowiem w r. 1905 tylko 4, zamiast 7 lekarzy gminnych, a miejska komisya zdrowotna, która w 3 poprzednich latach nie odbyła żadnego posiedzenia, dopiero na żądanie Namiestnictwa zebrała się w r. 1905 dwukrotnie. Obecnie oczekiwać należy poprawy tych stosunków; wszelako konieczna reforma służby sanitarnej miejskiej i pomnożenie liczby lekarzy przewleka się do tej chwili, a komisya sanitarna i teraz jeszcze nie zbiera się tak często, jakby należało.

W 67 samoistnych gminach sanitarnych (przybyło 2) było 80 lekarzy gminnych. Okręgów sanitarnych czynnych było 128, utworzonych lecz nieczynnych 23, razem przeto 151, w porównaniu z rokiem poprzednim przybyło zatem zaledwo 9. W 8 powiatach w r. 1905 nie było jeszcze ani jednego okręgu sanitarnego. Sprawozdanie podnosi, że poprawa stosunków sanitarnych w kraju jest w znacznej części także zasługą lekarzy okręgowych; niestety nie mają oni żadnej egzekutywy, działalność ich bardzo utrudnia brak zorganizowanej opieki nad ubogimi, a sprawozdania ich są tak nierównomiernie opracowane, że nie można z nich odtworzyć obrazu ich działalności. Nie ulega wątpliwości, że stosunki te mogą się znacznie polepszyć, skoro w Wydziale krajowym utworzona zostanie dla okręgów sanitarnych lekarska władza nadzorcza i kierownicza; tylko na utworzenie jej zbyt długo już czekamy. Sprawozdanie podaje po raz pierwszy szczegółową tablicę okręgów sanitarnych z nazwiskami, rokiem mianowania i poborami lekarzy, oraz obszarem i ludnością okręgów. Z tablicy tej dowiadujemy się, że zaledwo w jednym okręgu (Bohorodczany) wynosiła płaca lekarza 1600 kor. zaledwo w kilku 1400, w kilkunastu 1200, bardzo znaczna zawiększość lekarzy okręgowych pobierała zaledwo po 1000 kor. rocznie i to nawet w takich okręgach, gdzie lekarz pracuje przeszło lat 12. Czegóż można przy takiej płacy od lekarza żądać, zwłaszcza jeśli się zważy, że za tę płacę ma lekarz nieraz opiekować się trzydziestu kilku gminami i dwudziestu kilku tysiącami ludności? Biorąc pierwszy przykład z brzegu, okręg w Obertynie z płacą 1200 kor. obejmuje 28.000 mieszkańców i 301 km. kwadrat. obszaru. Równie niewystarczające są ryczałty na objazdy, które nigdzie nie przekraczają 800 kor. rocznie, nawet w powiatach górskich (Dolina) przy obszarze 935 km. kw.! Wogóle z tablicy tej uderza bardzo przykro jedna okoliczność, tj. widocznie najzupełniej szablonowe traktowanie okręgów co do płac i ryczałtów na objazdy, wskutek czego zdarza się niezmiernie często, że taką samą płacę i ryczałt pobiera lekarz, który ma okręg z jakimi 6000 ludności i 140 km. obszaru, jak lekarz, który ma okręg z 26.000 ludności i 783 km. obszaru. To jedno tylko jako polepszenie stosunków, i to dopiero w roku 1908 zapisać można, że Sejm uchwalił wreszcie ustawę emerytalną, aczkolwiek pod wielu względami niezbyt dla lekarzy świetną.

Krajowa Rada zdrowia

odbyła w r. 1905 13 posiedzeń, więcej, niż w którymkolwiek z lat poprzednich, i załatwiła 74 spraw. Już w roku zeszłym podnosiliśmy, że byłoby bardzo pożyteczne i pouczające ogłaszanie orzeczeń Rady zdrowia w sprawach zasadniczego znaczenia; dotychczas zdarzyło się to tylko w jednym przypadku, aczkolwiek spraw takich co roku nasuwa się kilka; i tak, w roku 1905 wśród przedmiotów obrad Rady zdrowia znajdujemy sprawę utworzenia państwowego zakładu badania środków spożywczych, sprawę tłumienia chorób zakaźnych, zmian ustawy budowniczej dla uzdrowisk, lekarzy szkolnych i t. d. Nie tracimy nadziei, że pożądane to z wielu względów ogłaszanie ważniejszych elaboratów Rady zdrowia wejdzie zwolna w życie.

Wnioski Krajowej Rady zdrowia.

Jak w roku poprzednim, ograniczymy się i tym razem do dosłownego przytoczenia tylko tych wniosków, które pojawiają się po raz pierwszy w sprawozdaniach, lub które uległy ważniejszym zmianom. Inne zaś tylko krótko przypomnimy (por. Przegląd lek. 1907, Nr 31).

Nowe są tylko następujące wnioski, podane przez komisyę, zwołaną w sprawie zwalczania chorób zakaźnych:

»(29). W celu poznania zarazka tyfusu plamistego potrzeba utworzyć osobną ekspedycyę naukową, której zadaniem będzie tam, gdzie ten tyfus jest endemicznym, dokonać szczegółowych badań co do istoty tego zarazka, jego morfologii, aby uzyskać racyonalne podstawy do zapobiegania tej chorobie i do jej zwalczania«.

»(30). Dla skuteczniejszego zwalczania chorób zakaźnych, a zwłaszcza tyfusu plamistego, potrzeba pomnożyć w kraju ilość rządowych sił lekarskich«.

»(31). Na wzór niemieckich ruchomych kolumn do zwalczania tyfusu brzusznego w Westfalii trzeba utworzyć przynajmniej dwie ruchome kolumny, opatrzone w odpowiedni personal (lekarz, służący i 2 Siostry Służebniczki) i wszelkie urządzenia, potrzebne do leczenia szpitalnego (barak przenośny z urządzeniem, środki przewozowe, aparat dezynfekcyjny i środki do dezynfekcyi) i kosztem skarbu państwa wysyłać te kolumny kolejno do najbardziej przez tyfus plamisty nawiedzonej gminy lub kompleksu gmin«.

Wszystkie inne wnioski pozostały w temsamem brzmieniu, jak w poprzedniem sprawozdaniu. Wśród nich nich jest cały szereg takich, które, od lat już powtarzane, nieprędko jeszcze ze sprawozdań Rady zdrowia znikną, jako to: o osuszanie bagnisk i regulacyę rzek, o ściślejsze przestrzeganie ustawy budowniczej, o budowę mieszkań dla urzędników, o zmuszenie miasteczek zapomocą ustawy do budowy wychodków, o uregulowanie sprawy usuwania nieczystości z miast, o ustanowienie lekarzy szkolnych, o szybsze budowanie dobrych szkół ludowych, o boiska szkolne, o większą pieczę nad wychowaniem fizycznem i zdrowiem młodzieży, o nowe szpitale, o przytuliska dla kalek i nieuleczalnych, o zaopatrzenie wszystkich szpitali publicznych w oddziały zakaźne, przyrządy dezynfekcyjne i oddziały obserwacyjne dla obłąkanych, o zakłady dla głuchoniemych i ciemnych, o nowe budynki dla więzień, o budowę łaźni ludowych przez gminy.

Liczba wniosków, które wkrótce zapewne będą spełnione, nieco się zwiększyła, gdyż można oczekiwać w latach najbliższych utworzenia w kraju drugiego zakładu badania środków spożywczych, wejścia w życie państwowej ustawy epidemicznej, uchwalonej już przez Izbę Panów, reformy w zakresie służby szpitalnej, po części już rozpoczętej, a po części zapowiedzianej przez Wydział krajowy. Znikną też zapewne już w najbliższem sprawozdaniu wnioski o budowę drugiego krajowego zakładu dla obłąkanych, która już jest w toku i o ustawę emerytalną dla lekarzy okręgowych, która uchwalona przez Sejm, uzyskała już sankcyę cesarską.

Niezrozumiałą jest rzeczą, dlaczego niektóre wnioski Rady zdrowia szeregami lat nie są spełniane, chociaż spełnienie ich jest rzeczą niesłychanie łatwą. Do takich np. należy powołanie do Rady szkolnej członka z grona Rady zdrowia, wydanie rozporządzeń, zwalczających partactwo położnicze, założenie szkół dla służby szpitalnej w większych szpitalach. Inne znów wnioski swojem nieustannem pojawianiem się sprawiają tem przykrzejsze wrażenie, że nie słychać nic nawet o krokach przygotowawczych do ich wypełnienia, chociaż wykonanie tych wniosków, może nie tak łatwe, w każdym jednak razie nie pociągnęłoby za sobą ani wielkich kosztów, ani zbyt wielkiego nakładu pracy. Do takich wniosków należą: wniosek o zbadanie i ulepszenie normalnych planów na szkoły ludowe, wniosek o to, aby przy koncesyach na szkoły prywatne zasięgano zawsze zdania znawcy sanitarnego, o zmianę ustaw budowniczych, zastosowaną do obecnego postępu higieny, o ustawę o opiece nad ubogimi.

Nie słychać też dotąd o żadnych szerszych przygotowaniach do tego, aby szkoły średnie dostały odpowiednie gmachy, aby lekarzom urzędowym przyznano mniej zależne stanowisko i dodano do pomocy nadzorców sanitarnych, o których nawet w nowym rządowym projekcie ustawy epidemicznej wzmianki nie ma. Sprawa tak pilna, jak utworzenie samoistnego zakładu badania chorób zakaźnych w Galicyi, jak się zdaje, niewiele postąpiła; sprawa budowy domu porodowego w Krakowie, poruszona ponownie z końcem r. 1908, znowu ugrzęzła.

Z wniosków, podanych przez Radę zdrowia w r. 1904 i 1905 jeden tylko właściwie został rzeczywiście w ostatnich latach spełniony, a mianowicie rozszerzenie czynności krajowego biura melioracyjnego na sprawy asanacyjne.

Że niektóre wnioski Rady zdrowia muszą się corocznie powtarzać, nic dziwnego, o ile chodzi o prace, na których stopniowe dokonanie potrzeba lat dziesiątków. Trzeba się także i z tem pogodzić, że nierychło mogą być załatwione te wnioski, których spełnienie mogłoby nastąpić odrazu, ale związane jest z większymi wydatkami z funduszów publicznych. Niemniej jednak pozostaje jeszcze szereg wniosków, których niespełnianie tak wygląda, jakby one wcale nie dochodziły do wiadomości odpowiednich czynników, albo jakby, jeżeli dochodzą, nie wywierały należytego wrażenia. Wobec tego należałoby uważać za rzecz niezmiernie pożądaną, ażeby wnioski Krajowej Rady zdrowia jak najrychlej po ich uchwaleniu, zanim jeszcze będą wydrukowane w sprawozdaniu Rady, były ogłaszane np. w dziennikach politycznych. To bowiem może pobudzić wreszcie szersze koła do zajęcia się najżywotniejszemi sprawami sanitarnemi kraju, a opinia publiczna może nieraz wywrzeć należyty i skuteczny nacisk na tych, od których wykonanie wniosków Rady zdrowia zależy.

W roku bieżącym trafiają wnioski Krajowej Rady zdrowia na lepszą glebę, niż dotychczas. Da się to powiedzieć przynajmniej o Sejmie, który się sprawami sanitarnemi znacznie żywiej, niż dotąd zajął. Dowodzi tego niebywale ożywiona i długa dyskusya sanitarna w ostatniej sesyi sejmowej. Z tego raz obudzonego ruchu należy korzystać i starać się przełamać obojętność i ospałość społeczeństwa na sprawy zdrowotne. A do tego niepomiernie może się przyczynić nadanie wnioskom Rady zdrowia szerszego rozgłosu.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Cavete! Państwowy Związek organizacyi lek. austr. przypomina, że 1) bojkotem objęte są posady gminne w Piotrowicach (Śląsk), Köstendorf (Salzburg), Gratkorn, Trautmannsdorf, Spital (Styrya), Nassreith (Tyrol), Valaluca (Dalmacya), Flicz (Pobrzeże) i posada w kasie chorych fabr. Schichta w Aussig (Czechy); 2) ostrzega zaś przed posadami w Grazu, Windischgraz, Weinburg, Biedermannsdorf, St. Veit, Prein, Heidenreichenstein, Schruns, Lustenau, Rehberg, Kirchschlag, Hals, Meinetschlag, Gattenhof, Engelsberg, Altkarlstal, Breitenau, Hermannstadt.

Ustawa o chorobach zakaźnych uchwalona została przez austr. Izbę Panów z niewielkiemi tylko zmianami w porównaniu do projektu, wniesionego przez rząd; wszelkim poważniejszym poprawkom opierało się ministerstwo skarbu. Uzyskano tylko tyle, że lekarze epidemiczni w razie zarażenia się i wynikłej stąd niezdolności do pracy mają prawo do emerytury i zaopatrzenia według VIII klasy rangi (rząd proponował IX) i że za doniesienia o chorobach zakaźnych mają być lekarze, nie pozostający w służbie publicznej, wynagradzani. *R.*

W warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich powstał »wydział należytości« dla ściągania zaległych honoraryów lekarskich (na wzór takiegoż wydziału Kraj. Związku lekarzy Galicyi). Przewodniczącym Wydziału został wybrany Dr Chełchowski, sekretarzem Dr Łazarowicz. — Do założonej przy Stowarzyszeniu lekarskiej kasy chorych wpisało się dotychczas 60 członków; kasa ma zacząć swe czynności, gdy liczba członków dojdzie 200. *R.*

W sprawie położnych na Zjeździe »Towarzystwa podniesienia i ulepszenia stanu położnych« w Strassburgu (1. maja b. r.) uchwalono następujące rezolucye: 1) Starsze położne należy co pewien czas na koszt gmin posyłać do miast uniwersyteckich lub tam, gdzie jest szkoła położnych, celem odświeżenia wiadomości. 2) Należy dbać o lepszy dobór uczennic, a zachętą do tego będzie ustanowienie emerytury dla położnych, które przekroczyły 65. rok życia (proponowano dla położnych wiejskich 300—450 marek rocznie, dla miejskich 450—600). 3) Położne powinny o ile możności działać tylko przy porodzie, a wstrzymywać się od opieki nad położnicami. 4) Należy ustalić taksy dla położnych po miastach i po wsiach. *N.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca maja 1909 . .	469,112	265,494
W czerwcu 1909	3,635	15,000
Razem .	472,747	280,494

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 26. VI. do 3. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (w tem obcych — † —), płonicy 22 † 5 (1 † —), odry 13 (1), duru brzusznego 4 (2), czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. VI. do 3. VII. 1909 zgłoszono przypadków: krztuśca 3, płonicy 14 † 1 (w tem obcych 2 † —), odry 5 (1), duru brzusznego 2, gorączki połogowej 2 (2), tężca 1 (1). *Dr Janiszewski.*

I. Zjazd internistów polskich w Krakowie.

(19—21 lipca 1909).

W dalszym ciągu ogłoszono następujące odczyty:

V. Serya:

51. Dr F. Eisenberg i Doc. Dr R. Nitsch (Kraków): »O próbie Wassermanna ze sztucznym wywoływaczem«.

52. Dr J. Brudziński (Łódź): O nowych objawach (odruch drugostronny i objaw karkowy) w zapaleniu opon mózgowych u dzieci.

53. Dr Gantkowski (Poznań): Krótki pogląd na działalność poznańskich miejskich stacyi opiekuńczych dla gruźliczych i alkoholików.

Przy zgłaszaniu się do biura Zjazdu (Kopernika 15) po karty uczestnictwa zechcą uczestnicy Zjazdu złożyć swe karty wizytowe z oznaczeniem mieszkania w Krakowie (dla wydrukowania w dzienniku Zjazdu), następnie złożyć deklaracyę, czy chcą być członkami stałymi Zjazdu (karta żółta), czy tylko uczestnikami (karta czerwona), i czy chcą wziąć udział w obiedzie wspólnym i w wycieczce do Zakopanego.

Kol. prelegenci zechcą złożyć przy zgłoszeniu się w biurze krótkie streszczenie odczytu dla umieszczenia w dzienniku Zjazdu.

Chorzy, mający służyć do demonstracyi, będą umieszczeni w klinice medycznej na czas Zjazdu.

Wycieczka wspólna do Zakopanego przyjdzie do skutku, jeżeli zgłosi się dostateczna ilość uczestników: Wyjazd do Zakopanego we środę, t. j. 21. VII. w nocy. Przyjęciem w Zakopanem zajmie się komitet miejscowy, zorganizowany przez Dra Zychonia.

Mieszkania zamawiać można do 10. lipca, przesyłając zadatek 10 koron do biura Zjazdu (Kopernika 15) wraz z żądaniami co do jakości mieszkania.

Biuro Zjazdu (Kopernika 15) otwarte w niedzielę od godz. 10—12 przedp. i od 3—6 popoł., jakoteż w nocy z niedzieli na poniedziałek; w następne dni podczas trwania posiedzeń. Członkowie biura Zjazdu oznaczeni kokardkami na piersiach, a służba biura opaskami na ramieniu.

Ogólny program Zjazdu

jest następujący:

18. VII. (Niedziela) o godz. 7 wieczór zebranie uczestników Zjazdu w salach Starego Teatru (plac Szczepański).

19. VII. (Poniedziałek). Od $7^1/_2$—9 rano zwiedzanie kliniki lekarskiej. O 9. otwarcie Zjazdu w klinice lekarskiej. Po zagajeniu przez Prof. Jaworskiego, przemowach powitalnych, wyborze prezesa Zjazdu, prezesów honorowych i sekretarzy posiedzeń, nastąpi I. referat główny: »Zapobieganie i leczenie gruźlicy płuc« (referenci: Dr Rzętkowski z Warszawy i Brudziński z Łodzi). Cały pierwszy dzień Zjazdu przeznaczono na wykłady o gruźlicy. Wieczorem wspólny obiad w Domu lekarskim.

20. VII. (Wtorek). Od $7^1/_2$—$8^1/_2$ rano zwiedzanie oddziałów chorób wewn. w szpitalu św. Łazarza. O $8^1/_2$ posiedzenie rozpocznie się wykładem prof. Brunera »O fizycznych i chemicznych własnościach radu« i II referatem głównym: »O fizyologicznem i leczniczem działaniu radu« (referent Prof. Klecki). Wieczorem posiedzenie administracyjne członków stałych Zjazdu.

21. VII. (Środa) $7^1/_2$—8 rano zwiedzanie muzeum historyczno-lekarskiego. O 8 rano rozpocznie się posiedzenie ogłoszeniem uchwał komitetu i zgromadzenia administracyjnego, poczem nastąpi III. referat główny: »O zaradzeniu deprawacyi medycyny wykonawczej przez nowoczesne prądy w fabrykach chemicznych i aptekach« (referenci Prof. Jaworski i Doc. Męsowicz).

Szczegółowy program z porządkiem dziennym posiedzeń i t. p. rozsyła na żądanie biuro Zjazdu (Kraków, Kopernika 15).

Sekretarze komitetu: *Dr B. Korolewicz, Dr St. Łapiński.*

Przewodniczący komitetu: *Prof. Dr W. Jaworski.*

Wiadomości bieżące.

Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich w d. 4. b. m. dokonało ważnego kroku. Uchwalenie nowej ustawy Towarzystwa łączy Towarzystwo lekarzy galicyjskich z Towarzystwem lekarskiem krakowskiem w jedno grono, nadaje Towarzystwu lekarskiemu lwowskiemu konieczną dla dalszego rozwoju autonomię, zachowując Towarzystwu krakowskiemu równe prawa, rozszerza prawa innych oddziałów Towarzystwa lekarskiego gal., wreszcie stwarza ścisły związek między obu pismami lekarskiemi, »Przeglądem« i »Tygodnikiem«; każdy członek połączonych Towarzystw będzie w przyszłości otrzymywać oba pisma, między któremi nastąpi podział pracy. W ten sposób spełnia się w znacznej części dążenie do złączenia wszystkich lekarzy naszych w jeden zastęp, do zestrzelenia sił i podniesienia poziomu naszego czasopiśmiennictwa. Nie stało się to bez trudu i bez pewnych ofiar; ale w nich właśnie widząc dowód, że ogół nasz lekarski coraz lepiej rozumie konieczność wzajemnych ustępstw dla wspólnego dobra, witamy dokonaną unię z radością i otuchą, że utoruje ona w najbliższej przyszłości drogę do zespolenia wszystkich Towarzystw lekarskich w Galicyi w wielki bratni związek, jednym ożywiony duchem i zgodnie kroczący do wspólnych celów.

Kraków. Szczegółowy program I Zjazdu internistów polskich wysyła na żądanie Biuro Zjazdu (Kraków, Kopernika 15).

— W czasie I Zjazdu internistów polskich odbędzie się posiedzenie polskiego komitetu dla międzynarodowego Zjazdu w Peszcie we wtorek 20. VII. o 5 pop. (Zgoda 1), a zebranie organizacyjne Związku prasy lekarskiej polskiej 19. VII. o 7 w. (w Towarzystwie lekarskiem, Radziwiłłowska 4, na dole).

— Prof. Dr Kazimierz Kostanecki mianowany został honorowym doktorem uniwersytetu w Genewie, który obchodził właśnie 350-tą rocznicę założenia.

— Wydział lekarski Uniw. Jagiell. uchwalił przedstawić Doc. Dra Nowotnego do tytułu profesora nadzwyczajnego.

— Dziekanat Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze anatomii patologicznej. Podania wnosić należy do Dziekanatu. Termin konkursu 31 lipca b. r.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego« przeznacza zaległe jeszcze należytości za »Kalendarz« na rzecz funduszu wdów i sierot po lekarzach Związku lekarskiego i uprasza tych Kolegów, którzy jeszcze za Kalendarz nie zapłacili, o przesyłanie należności wprost pod adresem: »Krajowy Związek lekarzy«, Kraków, Radziwiłłowska 4.

Lwów. W d. 23. VI. odbyła się ankieta farmaceutyczna z udziałem przedstawicieli Gremiów aptekarskich, Wydziałów kondycyonujących farmaceutów i Towarzystw zawodowych. Ankieta rozpatrywała przyspieszenie utworzenia Izb aptekarskich, uzupełnienie nowej ustawy aptekarskiej, reformę studyów, sprawę kształcenia praktykantów, ubezpieczenia na starość i t. d.

— »Koło medyków« wszechnicy lwowskiej wręczyło przez delegacyę, wysłaną do Wiednia, ministrom i Kołu polskiemu memoryał w sprawie potrzeb Wydziału lekarskiego, którego frekwencya od r. 1895/6 wzrosła z 165 słuchaczy na 567 w roku 1908/9, a któremu brak dotąd gmachów dla kliniki neurologiczno-psychiatrycznej, okulistycznej i dermatologicznej, a klinika chirurgiczna i zakłady chemii lekarskiej i histologii są za szczupłe. (Tyg. lek. 26).

Warszawa. Stowarzyszenie lekarzy polskich wybrało członkami honorowymi: Prof. Baranowskiego i Drów H. Dobrzyckiego, Lasockiego, Majkowskiego i St. Markiewicza.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie przyznało nagrodę im. Chałubińskiego Drowi Stanisławowi Orłowskiemu za dzieło p. t.: »Choroby rdzenia i nerwów obwodowych«.

Mianowani: Prof. Maixner, dyrektor czeskiej kliniki lekarskiej w Pradze, radcą dworu,

Dr Piotr Pręgowski ordynatorem szpitala św. Ducha w Warszawie.

Powołani: Pedyatra Prof. Czerny z Wrocławia do Strassburga.

Zmarli: Dr N. Rubinstein, lekarz okręgowy w Medenicach w Galicyi, padł ofiarą zawodu przy tłumieniu epidemii duru plamistego;

ginekolog Prof. Pfannenstiel w Kiel w 48 r. ż. (zakaziwszy się przy operacyi).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Słowiańskie miejsce kąpielowe na Morawach

LUHACZOWICE

(LUHAČOVICE)

ma bardzo wygodne połączenie kolejowe z Warszawą, Krakowem i Lwowem przez Przerów — Węg. Gradisko — Ujezd — Luhaczowice.

Stacya kolei na miejscu. Kuracyuszów było w roku 1908 **5053**, z tego dużo Polaków.

Środki lecznicze: 4 źródła alkaliczno-muriatyczne, kąpiele naturalne z kwasem węglowym (jak w Nauheim), inhalatorium (jak w Reichenhall), kąpiele słoneczne, leczenie wodą, kąpiele w rzece

14 lekarzy z tych niektórzy mówią po polsku.

Wskazania: chroniczne choroby dróg oddechowych, serca, żołądka, kiszek, wysięki, kamienie żółciowe, cukrzyca, niedokrewność, blednica, neurastenia. 308

Zabawy: orkiestra pierwszorzędna ze 20 sil, codziennie od 6—8 i od 4—6, biblioteka, czytelnia (polskie gazety i książki), teatr.

Prospekty polskie, czeskie, ruskie i niemieckie. — **Zapytania** w kwestyi mieszkań etc. odwrotną pocztą przez Dyrekcyę.

Czeskie towarzystwo akcyjne.

Kapitał akcyjny 2,000,000 Koron.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 17. lipca 1909. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

I. ZJAZDOWI INTERNISTÓW POLSKICH

SKŁADA

REDAKCYA.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Opsoniny Wrighta. Ich badanie, technika i znaczenie kliniczne w schorzeniach gruźliczych.

Podali

Prof. W. Jaworski i Dr. P. Korolewicz, asystent kliniki.

Nim przystąpimy do właściwego przedmiotu, przedstawimy dla bliższego zrozumienia, w sposób bardzo treściwy, dwa poglądy na zakażenie ustroju zwierzęcego.

Jeżeli drobnoustroje wtargną do żyjącego ciała zwierzęcego, to powstaje wzajemne oddziaływanie (reakcya) ustroju napadniętego przeciw ustrojowi napadającemu i naodwrót. Jest to, nazwijmy obrazowo, walka dwóch ustrojów o byt, która to walka odbywa się w rozmaity sposób, stosownie do tego, czy drobnoustroje wtargnęły do tkanek, czy do soków, np. do krwi. Sprawa patologiczna, jaka się tu toczy, jest dla nauki o zakażeniu niezmiernie ważna, bardzo zajmująca, zaprząta dziś umysły setki myślących badaczy, daje podstawę do wielu domysłów i genialnych teoryi, popieranych wyszukanemi doświadczeniami, a mimo to ani w małej cząstce jeszcze nierozwiązana. Nas zajmuje tu przebieg sprawy, toczącej się po wtargnięciu drobnoustrojów do krwi.

Według teoryi komórkowej Miecznikowa odbywa się ta sprawa w ciałkach białych (leukocytach) zwanych fagocytami (mikrofagi i makrofagi), które przyciągają drobnoustroje, pochłaniają je, i przy pomocy w nich wytwarzającej się cytazy (aleksyny Buchnera) trawią i niszczą je, czyli pożerają *(phagocytosis)*. Krwinki te są więc bakteryożercze. Teorya Miecznikowa oparta jest na bardzo obfitym materyale doświadczalnym, mimo to nie tłómaczy jeszcze wszystkich zjawisk, dostrzeganych w przebiegu zakażenia.

Teorya humoralna niemiecka (Buchnera), wydoskonalona przez P. Ehrlicha w jego nauce o receptorach, przenosi sprawę zakażenia w osocze, względnie w surowicę krwi. W osoczu krwi krążą dwa ciała, które wspólnie działając na drobnoustroje, zabijają je *(bacteriocidia, bacteriolysis)*. Jedno z tych ciał o dwóch receptorach, czyli grupach drobinowych chwytnych, (zwane przeto dwuchwytnikiem, amboceptorem), chwyta się jedną grupą (receptorem) krążącej we krwi bakteryi, a drugą przyciąga z osocza ferment, zwany aleksyną Buchnera, dopełniaczem (komplementem) Ehrlicha. Bakterya, naładowana amboceptorem (= fiksatorem Miecznikow-Bordeta) i aleksyną ulega pod jej wpływem zniszczeniu (bakteryolizie). I ta teorya, poparta mnóstwem niezmiernie pomysłowych doświadczeń, nie tłómaczy wszystkich przy zakażeniu pojawiających się zjawisk.

Zaznaczyć tu należy, że ani cytazy Miecznikowa, ani aleksyny Buchnera, ani amboceptorów Ehrlicha nikt jako ciał chemicznych jeszcze dotąd nie otrzymał. Jeżeli się o nich mówi, to tylko na podstawie własności i zjawisk, jakie wywołują krwinki białe lub surowica krwi. Są to więc ciała przypuszczalne (hipotetyczne), których nazwami autorowie się posługują dla uzmysłowienia swoich idei. Takich ciał o właściwie bezprzedmiotowych nazwach nauka o odporności posiada obecnie cały słownik. Może one wcale nie istnieją, a wszystkie objawy polegać mogą na zjawiskach fizyczno-chemicznych (Arrhenius, Madsen), osmotycznych (Holzinger), lub koloidalnych. Codziennie przybywają takie puste nazwy bez treści i gmatwają pojęcia patologiczne między lekarzami.

Na podstawie swych doświadczeń poznali angielscy autorowie: Leishman, a zwłaszcza Wright, jednostronność i niedostateczność tłómaczenia zjawisk przy pomocy teoryi Miecznikowa i Ehrlicha i zbudowali w r. 1903 osobną teoryę odporności. Teorya ta powstała przez prace Leishmana, Wrighta i Douglasa i znana jest pod nazwą opsoninowej teoryi odporności Wrighta. Dla zro-

zumienia jej należy wprzód przytoczyć zjawiska i fakta, na których została opartą. Wiele przyczyniła się do wyjaśnienia w przebiegu zakażeń ta okoliczność, że Wright odosobnił leukocyty i surowicę krwi i oddzielnie badał zachowanie się każdego czynnika do bakteryi.

I. Co do leukocytów, to należy zaznaczyć następujące fakta, popierające teoryę opsoninową Wrighta:

1. Właściwemi ciałkami bakteryożernemi, czyli fagocytami, są tylko leukocyty wielojądrzaste neutrochłonne. Eozynochłonne i jednojądrzaste nie są fagocytami w pojmowaniu Wrighta.

2. Krwinki białe, wymyte z surowicy i włożone do 0·85% rozczynu NaCl, same dla siebie tylko nieznacznie, albo wcale nie pochłaniają dodanych bakteryi. Zależy to po części od zgęszczenia rozczynu solnego. Przy 0·6% NaCl pochłaniają one jeszcze najwięcej, przy 1% NaCl pochłaniania bakteryi przez leukocyty prawie niema (Wright i Douglas). Pochłanianie bakteryi przez leukocyty w rozczynie fizyologicznym nazywa się samoistną bakteryożernością *(phagocytosis spontanea)*. Wright twierdzi, że przy wykonywaniu jego metody fagocytozę samoistną można zupełnie usunąć, używając 1·1% rozczynu NaCl. Z tego dochodzi Wright do wniosku, że leukocyty same dla siebie nie posiadają własności bakteryożernych, czyli zachowują się wobec bakteryi zupełnie biernie — twierdzenie zupełnie sprzeczne ze szkołą Miecznikowa, która krwinkom białym przypisuje czynną bakteryożerność (Löhlein, Levaditi). Z tego dalszy wniosek, że zwiększenie leukocytozy nie jest równoznaczne ze wzmożeniem się fagocytozy. Przyczyna, nadająca leukocytom właściwość bakteryożerności, musi istnieć zatem poza ciałkami białemi.

3. Leukocyty, przeniesione z naczyń krwionośnych do rurki szklanej, nie tracą swej własności jako fagocyty, jak to utrzymywał dawniej Miecznikow, mogą one być pobudzone do fagocytozy jeszcze po 3 dniach. Również dodatek 1% rozczynu cytrynianu lub szczawianu sodowego do wynaczynionej krwi nie wpływa ujemnie na fagocytozę. W takich rozczynach mogą fagocyty przebywać przez kilka godzin bez zmian.

II. Osocze krwi i surowica, której zachowanie się poniżej podajemy, wywierają jednakowy wpływ na fagocytozę.

1. Jeżeli zrobimy mieszaninę ciałek białych, wypłukanych z surowicy i bakteryi w rozczynie fizyologicznym soli, to nie dostrzegamy właściwej fagocytozy; pojawi się ona zaraz, jeżeli dodamy do tej mieszaniny czystej prawidłowej surowicy. Potrzeba przeto do wywołania fagocytozy pewnych ciał, które się znajdują w surowicy prawidłowej (Denys i Leclef, Marchand, Wright).

2. Jeżeli surowicę prawidłową (zdrowego człowieka) ogrzeje się przez 10—15 minut do ciepłoty 60° C i takiej doda do mieszaniny krwinek białych i bakteryi, to nie pojawi się fagocytoza, to znaczy, że surowica przez ogrzanie utraciła ciała, pobudzające fagocytozę.

3. Jeżeli bakterye pozostawi się przez 15 minut w surowicy prawidłowej przy ciepłocie nawet 0°, a najlepiej przy 37°, i dopiero po tym czasie tę mieszaninę ogrzeje do 60°, a po ogrzaniu doda wymytych leukocytów, to pojawia się prawidłowa fagocytoza. Znaczy to, że bakterye ze surowicy nieogrzanej przyciągnęły (absorbowały) przez 15 minut pewne ciała, które je przysposobiły do pochłonięcia przez leukocyty.

Z tego doświadczenia wynika, że surowica nie działa na ciałka białe pobudzająco do fagocytozy, lecz na bakterye, czyniąc je pochłanialnemi przez fagocyty.

III. Opsoniny są to według Wrighta ciała, właściwe surowicy prawidłowej, wiążące się z bakteryami w jedną całość, która może być przez ciałko białe fagocytowana.

Opsoniny mają następujące własności:

1. Dla każdej bakteryi istnieją w surowicy krwi osobne opsoniny, właściwe tylko tej bakteryi. Każda bakterya pochłania ze krwi tylko sobie właściwe opsoniny, a pozostawia inne nienaruszone. Jednak dla niektórych bakteryi chorobotwórczych (np. dla *b. diphtheriae, bac. xerosis*) nie zdołano odnaleść odpowiednich opsonin.

2. Ilość opsonin u zdrowych ludzi nie jest jednakowa. Jednak u tego samego człowieka zdrowego jest zawartość opsonin ilością dość stałą.

3. Ilość opsonin w chorobach jest zwykle mniejsza, niż w stanie zdrowym; może ona być i większa. Ilość opsonin zmienia się tylko względem tej bakteryi, która zakaża ustrój, względem innych zachowanie się surowicy jest normalne. Przy zakażeniu miejscowem zmienia się ilość opsonin dla wszystkich zakażających bakteryi, niezawsze jednak w równym stopniu.

4. Opsoniny działają na bakterye żywe i na niektóre przez ogrzanie zabite (gruźlica, paciorkowce), przysposabiając je do fagocytozy. Bakterye pochłaniają opsoniny ze surowicy już w ciepłocie 0°, a najchciwiej przy ciepłocie 37°. Połączenie opsonin z bakteryami jest ciepło-trwałe.

5. Ilość opsonin w ustroju daje się zwiększyć przez wstrzykiwanie zabitych hodowli bakteryi. Powstające przez takie uodpornianie opsoniny (Immunopsonine) są jednak różne od normalnych. Przez ogrzanie do 60° nie zostają one zniszczone, są ciepłotrwałe, natomiast opsoniny krwi prawidłowej tej ciepłoty nie znoszą, są ciepłochwiejne.

6. Po wstrzyknięciu pewnej ilości swoistych bakteryi do ustroju zakażonego okazuje się przez kilka godzin lub kilka dni ilość opsonin we krwi zmniejszoną, czyli według Wrighta tak zwana faza ujemna. Po kilku dniach wzmaga się ilość opsonin w ustroju, następuje faza dodatnia. Powtarza się tu znane zjawisko opadania antytoksyn we krwi, po wstrzykiwaniu toksyn uodpornianemu zwierzęciu. Wprowadzenie więc antygenu do ustroju zakażonego wywołuje wytwarzanie opsonin; mają one przeto cechy przeciwniczych ciał (ciał odpornych). Swojemi własnościami przypominają one bakteryotropiny Neufeld-Rimpaua.

W przeciwieństwie do Wrighta przypuszcza wielu autorów, że opsoniny nie są nowemi ciałami, lecz już znanemi. A mianowicie opsoniny surowicy normalnej są aleksyną (Bächer, Neufeld i Hühne, Levaditi i Inmann), z małą ilością amboceptorów, działające wspólnie na bakterye. Opsoniny odporne są to znów amboceptory

(fiksatory Bordeta), jak to przypuszczają Sawczenko, Levaditi, wiążące się przy pomocy aleksyny z bakteryami, które to obydwa czynniki (amboceptor i aleksyna) biorą także udział i w bakteryolizie. Opsonizacya sama miałaby mieć związek z bakteryolizą ten, że ona jest pierwszym, czyli wstępnym aktem do bakteryolizy. Marchand, Hektoen, Levaditi przypuszczają, że opsonizacya bakteryi odbywa się tylko wskutek samego działania chemiczno-fizycznego lub fizycznego na powierzchni bakteryi.

Opsoniny znikają po otrzymaniu surowicy ze krwi już po kilku dniach, szybciej jeszcze przez działanie światła słonecznego, są więc nietrwałemi ciałami, dlatego też w surowicach antytoksycznych handlowych ich obecności wykazać nie można. Wright powątpiewa przeto o skuteczności tych surowic w leczeniu chorób zakaźnych.

IV. Mierzenie opsonin.

Zawartość opsonin w surowicy daje się według Wrighta mierzyć przez oznaczenie fagocytozy. Jest to sposób zupełnie naukowy, w teoryi bardzo łatwy, a pozornie dokładny, bo da się wyrazić w cyfrach.

Jeżeli chodzi o oznaczenie ilości opsonin u chorego, np. gruźliczego, to należy porównać wartość fagocytową jego surowicy z wartością fagocytową surowicy zdrowego, czyli ze surowicą normalną. Trzeba więc mieć człowieka zdrowego, który niema gruźlicy w ustroju. Dla wykonania próby potrzebne są 4 rzeczy:

Z człowieka zdrowego: 1) surowica i 2) ciałka białe.

Z człowieka badanego: 3) surowica krwi.

4) Zawiesina prątków gruźliczych.

Z tego robimy co do fagocytozy przy tych samych warunkach dwie próby (mieszaniny):

A. Surowica zdrowa + leukocyty zdrowe + zawiesina prątków gruźliczych.

B. Surowica chora (badana) + leukocyty zdrowe + + zawiesina prątków gruźliczych.

Mieszaniny te (*A* i *B*) sfagocytujemy przy 37^0.

Potem robimy z każdej preparaty mikroskopowe. W tych preparatach obliczamy ilość sfagocytowanych bakteryi.

Przypuśćmy, że w próbie *A* (normalnej) wykazało obliczenie na 100 leukocytów 160 bakteryi sfagocytowanych, a w próbie *B* (badanej) 60 bakteryi, to rachunek według Wrighta jest następujący:

$\frac{160}{100} = 1{\cdot}6$ wskaźnik fagocytowy (IP, *index phagocyticus*) u normalnego.

$\frac{60}{100} = 0{\cdot}6$ wskaźnik fagocytowy (IP, *index phagocyticus*) u badanego.

Z tego oblicza Wright wartość opsoninową badanego, przyjmując wartość fagocytową surowicy normalnej za jednostkę:

$\frac{IP}{IP} = \frac{0{\cdot}60}{1{\cdot}60} = 0{\cdot}37$ wskaźnik opsoninowy (IO, *index opsonicus*) badanego chorego gruźliczego.

Wskaźnik opsoninowy może według Wrighta wahać się w granicach błędów doświadczalnych o 0·2, t. j. w prawidłowych surowicach wynosić 0·8—1.2.

V. Wskaźnik opsoninowy (IO).

Wright wyprowadza ze wskaźnika opsoninowego bardzo zajmujące i ważne wnioski kliniczne, rozpoznawcze, lecznicze i przepowiednie dla przebiegu chorób zakaźnych. Przytoczymy je tu tylko dla schorzeń gruźliczych, które były szczególnym przedmiotem badania Wrighta.

1. IO wykazuje u gruźliczych w porównaniu do ludzi zdrowych znaczne wahania poniżej lub wyżej 1·0. Staje się to zrozumiałem, jeżeli uwzględnimy następujące okoliczności.

2. Jeżeli wstrzykniemy choremu gruźliczemu stosowną dawkę tuberkuliny, to przez kilka dni znajdziemy obniżenie pierwotnego IO (faza ujemna). Po kilku zwykle dniach IO się podnosi ponad 1·0 (faza dodatnia). Zjawisko to polega według Wrighta na tem, że wstrzyknięty antygen (tuberkulina) wiąże opsoniny gruźlicze, a następowo dopiero przez podrażnienie ustroju do wytwarzania ciał przeciwniczych, wytwarza się obok innych ciał większa ilość opsonin. W ten sposób każde wprowadzenie toksyn lub bakteryi gruźliczych do ustroju gruźliczego, wywołuje wahania w zawartości opsonin we krwi.

3. U chorych gruźliczych, jak Wright twierdzi, może się jad, względnie bakterye gruźlicze, łatwo dostawać z ognisk gruźliczych do obiegu krwi, czyli nastąpić samozaszczepienie (*autoinoculatio*), np. z płuc, ropni, wysięków, kości spróchniałych. Powstają przez to wahania IO. Sprzyjają temu ruchy ciała, jak taniec, chodzenie, jeżdżenie, miesienie, zmęczenie, nawet siadanie w łóżku, badanie chorego gruźliczego, urazy psychiczne i t. p. W takich warunkach IO może opaść, aby się wkrótce podnieść.

4. Najmniej waha się IO w gruźlicy skóry, gruczołów, a czasem i kości. Bulloch na 150 przypadków tego rodzaju chorych oznacza średnio IO na 0·75. Nizka wartość wskaźnika tłómaczy się tem, że bakterye gruźlicze, nagromadzone w miejscu chorobą dotkniętem, odciągają opsoniny z obiegu krwi, przez to mniej ich wykazuje surowica. Większe wahania IO pojawiały się wtedy, kiedy następowała autoinokulacya, np. jeżeli naświetlono ogniska chorobowe na skórze promieniami Röntgena lub metodą Finsena, albo wywoływano bierne przekrwienie. Wtedy z ognisk gruźliczych wchodzi antygen do obiegu krwi, pochłania opsoniny i z początku obniża IO, a następnie dopiero sprawia zwiększone wytwarzanie ciał przeciwniczych i podwyższenie IO.

Najwięcej wahań i najwyższe wzniesienie IO aż do 1·5 napotyka się w gruźlicy płuc (Lawson i Stewart). Rano bywa IO niższy, niż popołudniu, w ostrych przypadkach wyższy, niż w przewlekłych. Podczas werandowania okazuje się on niższy, niż przy chodzeniu, która to czynność sprawia wogóle wielkie wahania IO.

Między przebiegiem gorączki w gruźlicy a IO nie można wykazać związku.

Jako przykład do stosowania IO w przebiegu gruźlicy niech posłuży następujący przypadek Wrighta. Chory na gruźlicę kości chciałby w łóżku siadać, albo chodzić. Czy mu można pozwolić na to, ma rozstrzygnąć zachowanie się wskaźnika opsoninowego. Jeżeli po wstawaniu lub leżeniu IO, kilkakrotnie oznaczony, wykazuje znaczne wahania, świadczy to o tem, że wstawanie wywołuje autoinokulacyę i jest dla chorego szkodliwe.

Tu musimy dodać, że zmniejszenie IO względem bakteryi gruźliczych **nie pociąga** za sobą zmniejszenia IO względem innych bakteryi, np. gronkowców, paciorkowców, chybaby istniało zakażenie i temi bakteryami, t. j. mieszane. Opsoniny, jak wyżej już powiedziano, są swoiste dla każdej bakteryi. (C. d. n.).

Z kliniki medycznej Uniw. Jagiellońskiego.

Wyniki rozpoznawcze i lecznicze, otrzymane w schorzeniach kiłowych, przy kierowaniu się odczynem Wassermann-Neisser-Brucka.

Podali

Prof. W. Jaworski i Dr. St. Łapiński.

Od czasu ogłoszenia odczynu Wassermanna-Neissera-Brucka (WNB), t. j. od r. 1906, piśmiennictwo tego przedmiotu tak wzrosło, że opis powstania i teoretyczne tłómaczenie odczynu uważalibyśmy za niepotrzebne tylko powtarzanie znanych już rzeczy. Wspomnimy tylko, że pochop i zachętę dały doświadczenia francuskich badaczy Bordeta i Gengou — dotyczące wykazywania pewnych ciał swoistych, t. zw. przeciwciał (anticorps, Antikörper), w surowicy krwi zapomocą odwrócenia dopełniacza (komplement, aleksyna), t. j. zahamowania hemolizy.

Zasługą Wassermanna jest to, że pierwszy zamiast wywoływacza (Antigen), za który dotychczas uważano tylko samą hodowlę chorobotwórczą, wpadł na pomysł użycia wyciągu i to początkowo wodnego z narządów kiłowych. To pierwszy krok naprzód, który doprowadził do stworzenia właściwego odczynu. Sam odczyn święci tryumfy, piśmiennictwo przepełnione, liczba badanych przypadków chorobowych szybko wzrasta. Sam Wassermann podaje na Zjeździe internistów niemieckich w Wiedniu w r. 1908 ilość zbadanych przypadków kiłowych pewnych na 1982. Rozpoczyna się gorączkowa praca; pierwsze miejsce zajmuje sprawa wywoływacza: okazuje się, że nietylko wyciąg wodny, ale i wyskokowy, dalej, że nietylko wyciągi z narządów kiłowych, ale i zdrowych (Levaditi), nietylko ludzkich, ale i zwierzęcych, a nawet ciała i związki nieorganiczne (Sachs i Rondoni) w połączeniu z surowicą kiłową sprawiają zahamowanie hemolizy, czyli odchylenie dopełniacza (Komplementablenkung).

Tu zrozumienie odczynu trudne: jeżeli bowiem ciała obce, niezakażone, a więc nie żaden wywoływacz (Antigen) w połączeniu z surowicą kiłową wiąże dopełniacz, czyli wstrzymuje hemolizę, w takim razie nie jest to odczyn swoisty, w myśl doświadczeń Bordeta i Gengou, ale jakaś sprawa niewyjaśniona; dodajmy do tego próby i statystyki początkowe więcej skeptyczne, a odczyn spada do rzędu wątpliwych i niejasnych odczynów, których istnienie w piśmiennictwie bywa przemijające. Następuje znów okres gorączkowej pracy, znów szereg doświadczeń i oto sprawa po części się wyjaśnia: Przy odczynie WNB (jak go krótko nazywać będziemy) chodzi o odczyn ciała, które już w prawidłowych warunkach tak w ustroju ludzkim, jak i zwierzęcym się znajduje, którego ilość przez działanie jadu (virus) kiłowego się wzmaga; według innych (Meyer) pod wpływem jadu kiłowego ciało to staje się wolnem, dostaje się do ogólnego obiegu krwi, gromadzi się dalej w wątrobie i śledzionie, skąd łatwo do rozczynu wodnego przechodzi. Dalsze doświadczenia stwierdziły, że ciało to nietylko w wodzie, ale i w wyskoku jest rozpuszczalne. Wynikiem dalszym prac różnorodność wywoływaczy: obok rozczynów wodnych, wyciągi wyskokowe z najrozmaitszych narządów (wątroba, śledziona, serce, mózg) zdrowych i kiłą zakażonych, zawiesiny lecytyny, soli kwasów żółciowych i t. d. Wobec dość skomplikowanej techniki odczynu, okazuje się dążność do uproszczenia samego odczynu, względnie zastąpienia go jakimś odczynem innym, łatwiejszym i dostępnym dla każdego w praktyce. Prace Forneta i Michaelisa wykazują, że po dodaniu surowicy kiłowej do pewnych wywoływaczy (Fornet posługuje się surowicą ludzką kiłową, Michaelis wyciągiem z narządów pewnie kiłowych) następuje osad, strąt. Powstaje odczyn precypitacyi Porgesa i Meyera, Klausnera z wodą przekroploną. Część autorów wraca do pierwotnego odczynu WNB i stara się go uprościć: powstaje odczyn Bauera, który wymaga bliższego omówienia. Jak wiadomo, w surowicy ludzkiej znajduje się dwuchwytnik (amboceptor) dla krwinek baranich. Bauer więc modyfikuje odczyn w ten sposób, że nie uznaje chwytnika sztucznego z królika, ale operuje tym właśnie dwuchwytnikiem, który w surowicy ludzkiej ma znajdować się stale. O ile tego dwuchwytnika brak, lub jest w małej ilości, o czem poucza kontrola, radzi Bauer dodawać surowicy zwykłej, dodać, albo zwiększyć temsamem ilość dwuchwytnika i w ten sposób stworzyć warunki dla hemolizy. Ograniczymy się na tem, gdyż własnego doświadczenia co do swoistości odczynu i jego wartości klinicznej nie mamy. Do tych samych celów zdążają sposoby Tschernogubowa, Hechta i Weidanza, wychodzące znów z innego stanowiska: posługiwanie się dopełniaczem, zawartym w badanej ludzkiej surowicy, a więc stąd nie unieczynnianie (Inactivierung) surowicy; nadto posługiwanie się znacznie mniejszą ilością krwi ludzkiej (0,1—0,2 cm^3) niż przy odczynie WNB. Według podania samego Tschernogubowa odczyn jego ma być swoistym i w porównaniu z WNB równorzędnym. Co do wyników samych, to na razie nie możemy wydać sądu; będzie to tematem najbliższej naszej pracy.

Ostatni wreszcie odczyn na kiłę jest to odczyn barwny Schürmanna (Farbenreaktion), już w piśmiennictwie niemieckiem dostatecznie za nieużyteczny uznany, a polegający na obfitym strącie ciemnym w surowicy kiłowej, po dodaniu następującego odczynnika: *Phenol.* 0·5 + 0·5 *cm*^{3} *ferri sesquichlorati* 5% + 34·5 *aq. dest. i* H_2O_2. Surowica kiłowa unieczynniona lub nie, ma dawać po dodaniu odczynnika ciemno-brunatny strąt i silne burzenie cieczy, gdy surowica zdrowa zaledwie lekko zielonkawy pierścień na granicy zetknięcia się z tym płynem; pierścień ten za wstrząśnieniem znika.

Odczynu tego próbowaliśmy na 10 surowicach pewnie kiłowych, odczynem WNB stwierdzonych i na 10 pewnych zdrowych. Wyniki okazały się niepewne. Tak zdrowe, jak i kiłowe surowice dawały po dodaniu wyżej wspomnianego odczynnika i H_2O_2 silne burzenie i strąt nierównomierny i bynajmniej nie cechujący dla jednych i drugich tak, że odczyn ten zupełnie zarzuciliśmy.

W klinice krakowskiej rozpoczęliśmy nasze badania w listopadzie r. 1908 i doprowadziliśmy do dnia 10 lipca b. r., w którym to dniu statystykę naszą na razie zamknęliśmy; pokrótce opiszemy technikę odczynu, używanego w naszej pracowni.

I. Surowica.

Krew braliśmy stale zapomocą nakłucia (*venepunctio*) z żyły łokciowej pośrodkowej (*vena med. cub.*). O ile szło o ciężej chorego, lub też nakłucie z powodu warunków technicznych było bardzo trudne, przykładaliśmy na skórę brzucha plaster pryszczawkowy (*emplastr. cantarid.*), lub też w ostatecznym razie zakładaliśmy ciętą bańkę, lub gdy o pośpiech chodziło, braliśmy krew kilka razy z opuszki palca. Co do surowicy, otrzymanej zapomocą plastra pryszczawkowego, to kontrole na 30 przypadkach, gdzie równocześnie braliśmy krew z żyły, dały nam też same wyniki.

Krew powyższymi sposobami otrzymaną zbiera się do wyjałowionych rurek, w których pozostaje do wyraźnego wytworzenia się skrzepu i oddzielenia surowicy. Następuje oddzielenie skrzepu od surowicy i unieczynnianie (Inaktivierung) surowicy, t. j. ogrzewanie do 56° C. przez $1/_2$ godziny. Unieczynnianie surowicy powinno odbywać się w możliwie krótkim czasie po wzięciu krwi; tego też warunku zawsze przestrzegaliśmy. W ten sposób przygotowaną surowicę rozcieńcza się w stosunku 1:4 rozczynem fizyologicznym NaCl.

II. Przygotowanie wywoływacza (antigen).

Jako wywoływaczem posługiwaliśmy się stale wyciągiem wyskokowym z wątrób kiłowych, dostarczanych nam uprzejmie z kliniki położniczej U. J. i zakładu anatomii patologicznej. W użyciu mamy 4 wywoływacze B, D, M, S, nadto G z serca morskiej świnki, które oddają nam pomimo sześciomiesięcznego przechowania w lodzie zupełnie dobre usługi. Samo przygotowanie wywoływacza dość proste: wątrobę płodu po oddzieleniu tkanki łącznej, więzadeł, naczyń, waży się, następnie rozciera w moździerzu porcelanowym z piaskiem morskim na papkowatą masę. Masę tę zbiera się dokładnie i zalewa dziesięciokrotną ilością 97%-wego wyskoku, stawia następnie do przyrządu wstrząsającego na 24 godzin. W ten sposób otrzymuje się zawiesinę brudno żółtą, która po przesączeniu daje płyn przejrzysty, jasno-żółtawy, gotowy do użycia. Wywoływacz należy przed użyciem wymiareczkować, to znaczy oznaczyć jego ilość najmniejszą, nie przeszkadzającą hemolizie, do czego znów w ten sposób się dochodzi, że do szeregu rurek z systemem hemolitycznym dodaje się w rozcieńczeniu coraz mniejsze ilości wywoływacza, zacząwszy od 1:1, 1:2, 1:3 i t. d.

Szereg takich rurek (wywoływacz w ilościach coraz mniejszych + dopełniacz + dwuchwytnik i 5% zawiesiny ciałek barana) stawia się do cieplarki na 20 minut, a po odczytaniu wyniku odczynu bierze się ostatnią ilość wywoływacza, niehemolizującą podwójnie, i tej ilości używa się stale do wykonania próby.

Ponieważ wywoływacz, jak doświadczenie wskazuje, może ulegać zmianie, to znaczy jego siła wiążąca może się zmniejszać, nawet znikać zupełnie, przeto od czasu do czasu należy miareczkowanie powtórzyć, względnie skontrolować z wywoływaczem pewnym [1]).

III. System hemolityczny.

a) Ciałka czerwone.

Krew, otrzymaną przez nakłucie żyły szyjnej barana, chwyta się do kolbki wyjałowionej z szklanemi perełkami i wstrząsa przez 5 minut w celu odwłóknienia. Odwłóknioną krew przechować można w lodowni do dni 6. Do każdego doświadczenia zlewa się pewną ilość (2—3 cm) zawiesiny z krwinek do naczynia z wirownicy i przepłukuje się, wirując, 0·85% rozczynem NaCl tak długo, póki płyn zbierający się ponad osiadłemi w dole ciałkami nie będzie zupełnie przeźroczysty i bezbarwny. Zazwyczaj trzykrotne wirowanie przez 5 minut (4000 obrotów wirownicy) wystarcza. Z przepłukanych krwinek przygotowuje się 5% rozczyn. W pracowni naszej używamy stale krwinek czerwonych barana; niektóre zakłady posługują się krwinkami wołu, owcy, morskiej świnki (Tschernogubow) z odpowiadającym dwuchwytnikiem.

b) Dwuchwytnik (amboceptor).

Krwinki baranie przepłukane wstrzykuje się królikowi do żyły usznej w odstępie 7 dni w ilości 1—2 cm. przez 4 tygodnie. Podczas przygotowywania należy po pierwszym tygodniu oznaczyć wartość surowicy co do stopnia własności hemolitycznych; są bowiem zwierzęta, które na wstrzykiwania nie oddziaływają zupełnie, albo też bardzo mało; należy wtedy wstrzykiwania przerwać i użyć innego zwierzęcia. Po 5 tygodniach wypuszcza się krew z tętnicy szyjnej (całkowita ilość, jaką otrzymać można, około 200 cm.) i oddziela się surowicę od skrzepu. Oddzieloną surowicę unieczynnia się w cieplarce przy 56° C. przez $1/_2$ godziny (niszczy się dopełniacz) i oznacza jej zawartość dwuchwytnika. Następnie dla pewnego i łatwiejszego przechowania suszy się w próżni przy 60 mm. Hg i ciepłocie 40° C. do pozostałości szaro-żółtego proszku ($1/_{10}$ płynu). Surowicę suchą należy jeszcze raz dokładnie wymiareczkować i tą ilością już stale się posługiwać. Dwuchwytnik w proszku trzyma się zupełnie dobrze, zatopiony w szklanych rurkach w ilości 0·1 gr. Do doświadczenia rozpuszcza się zawartość jednej takiej rurki, t. j. 0·1 gr. w 1 cm. wody przekroplonej, a z tego rozczynu robi się rozcieńczenie odpowiednie do zawartości i wysokości dwuchwytnika. (U nas 1:600).

(C. d. n.).

O powietrzu w pokoju a na werandzie.

Podali

Prof. W Jaworski i Dr. B. Korolewicz.

Pierwszym warunkiem korzystnego leczenia chorób płucnych jest według dzisiejszego zapatrywania »świeże« powietrze. Na czem ta »świeżość« powietrza ma polegać, nikt tego dokładnie nie określił, a zdania pod tym wzglę-

[1]) Uprzejmości Prof. Neissera z Wrocławia zawdzięczamy przysłanie nam wywoływacza swoistego, używanego w jego klinice, dla sprawdzenia wartości naszych wywoływaczy. Pracownia wrocławska odstępuje wywoływacz w cenie 25 marek za 10 cm.

dem są podzielone. Jedni utrzymują, że świeże powietrze jest to to samo, co i czyste. Dawniej wymagano czystości chemicznej powietrza (Pettenkoffer), to jest, że powietrze nie powinno zawierać obcych domieszek gazowych, nie powinno zawierać większej ilości kwasu węglowego, niż 0·04% i pewien stopień wilgoci (nasycenie parą wodną). Następnie dołączono do tego, jako warunek czystości ten, aby powietrze nie zawierało ciał stałych, jak pyłu i ciał uorganizowanych organicznych tj. bakteryi. Przez to byłoby powietrze właściwie aseptycznem, analogicznie, jak woda przekroplona wyjałowiona. Powietrza aseptycznego (czystego) nie można uważać za czynnik leczniczy, lecz nieszkodliwy, obojętny. Dlatego zaczęto upatrywać działanie lecznicze »świeżego« powietrza w innych czynnikach, tak zwanych klimatycznych: w ciśnieniu atmosferycznem, kierunku wiatrów, ciepłocie, usłonecznieniu (insolacyi), elektryczności, a w ostatnich czasach w promieniotwórczości (radyoaktywności). Przez to powstało odróżnianie klimatu morskiego, górskiego, stepowego, leśnego i t. p.

Jeszcze jeden składnik powietrza, który najprawdopodobniej stoi w ścisłym w związku ze świeżością powietrza, zasługuje na szczególne uwzględnienie t. j. ozon czyli tlen w stanie czynnym. Temu składnikowi przypisują chemicy własność oczyszczania (czystość) powietrza i jego świeżość. Działa on utleniająco na ciała organiczne, wybiela np. barwiki; niszczy więc w powietrzu pył organiczny i drobnoustroje i nadaje mu woń orzeźwiającą. Ozon tworzy się w powietrzu z tlenu przez działanie elektryczności w czasie burz, przy nagłej zmianie ciepłoty atmosferycznej, przy rozpylaniu wody, np. przy wodospadach, w lasach szpilkowych działaniem żywic i olejków aromatycznych i t. p. Ilość ozonu w powietrzu jest bardzo mała i zmienna, liczy się na kilka miligramów w metrze sześciennym. Powietrze zawierające wiele ciał organicznych, jak np. w miastach fabrycznych nie zawiera ozonu lub tylko bardzo mało; w lasach i w górach napotykamy go więcej. Działanie ozonu w stanie zgęszczonym na narząd oddechowy ma być podobne jak gazu chlorowego t. j. drażniące i szkodliwe; nie zostało ono jednak dokładnie zbadane. W stanie rozcieńczonym działanie ozonu może być tylko korzystne.

Ponieważ przypuścić należy, że ilość ozonu w powietrzu daje najwłaściwszą miarę czystości, względnie świeżości powietrza atmosferycznego, zajmowaliśmy się przygodnie w czasie ostatnich wakacyi (1908) jego oznaczaniem w kilku miejscowościach zapomocą papierków tak zwanych ozonometrycznych. Papierki te są skrawkami bibuły, którą zanurzaliśmy w kleik skrobiowy, zawierający 2½% jodku pot. i suszyliśmy w ciemności. Papierki, tak napojone, wystawione na działanie ozonu, zabarwiają się według ilości ozonu na blado-fiołkowo, fiołkowo, ciemno-fiołkowo, lub ciemno-niebiesko, a wreszcie na czarno. Ozon bowiem wydziela z KJ jod wolny, który barwi skrobię. Dla wykonania spostrzeżeń zwilżaliśmy papierki i pozostawialiśmy równocześnie w miejscach zaciemnionych przez 24 godzin: w mieszkaniach nad łóżkami, przy oknach, za oknami, na werandach, wewnątrz i na zewnątrz werand, w ogrodach, na plantacyach i w lasach. Papierki zdjęte po 24 godzinach i wodą zwilżone, okazywały według miejscowości różny stopień zabarwienia, który przez porównanie pozwalał ocenić obecność większej lub mniejszej ilości ozonu w powietrzu. Spostrzeżenia wykonaliśmy w Krakowie, Krynicy i Zakopanem. (Dok. nast.).

Z kliniki medycznej pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Kliniczne i doświadczalne badania nad zachowaniem się substancyi antytryptycznych w surowicy krwi ludzkiej.

Podali

Docent Dr. Erwin Mięsowicz asystent kliniki. i **Dr. Adam Maciąg** praktykant kliniki.

Coraz dokładniejsze poznawanie różnorodnych substancyi obronnych, krążących w ustroju, przyczyniło się także do wyjaśnienia odpornoścі tkanek żyjących wobec spraw fermentacyjnych. Szczególniej więcej zrozumiałemi stały się przyczyny, chroniące żywe tkanki przed działaniem fermentów proteolitycznych.

Fermi i Pernossi zwrócili uwagę, że sok z narządów wewnętrznych zwierzęcych, jakoteż krew, a szczególniej jej surowica osłabiają działanie fermentu tryptycznego, (t. zw. działanie antytryptyczne). Camus, Gley, Pugliese, Coggi i Marcin Hahn wykazywali również działanie antytryptyczne surowicy krwi.

Wkrótce potem ukazały się badania Ascoliego i Bezzoli. Autorowie ci badali za pomocą metody gelatynowej Fermiego siłę antytryptyczną surowicy krwi ludzkiej w zapaleniu płuc włóknikowem. W tym celu stwierdzali trawiące działanie trypsyny na gelatynę. Następnie osłabiali działanie trypsyny przez dodawanie odpowiedniej surowicy krwi. Badania wykonywali w następujący sposób: Zwiększające się ilości (od 0·01—0·08) surowicy krwi rozcieńczonej roztworem soli kuchennej 0·85% w stosunku 1:10, mieszali 1 cm³ co do siły rozczynu trypsyny w odpowiednich probówkach. Po 10 minutach dodawali do tej mieszaniny 3 cm³ gelatyny Arthusa. Probówki wstawiali następnie do cieplarki o ciepłocie 37° na 2½ godziny. Po tym czasie wstawiano probówki do lodowni. Gelatyna niestrawiona krzepła. Jako miarę (titer) oznaczono tę najmniejszą ilość surowicy, która zapobiegała krzepnięciu. Metoda ta skomplikowana, mieściła w sobie, z powodu zmienności własności gelatyny, wiele powodów do błędów.

Ascoli i Bezzola stwierdzili, że siła antytryptyczna surowicy krwi ludzkiej w zapaleniu płuc włóknikowem jest aż do przełomu choroby zwiększoną, następnie zaś szybko obniża się. Zjawisko to tłómaczyli, opierając się na wynikach badań Delezenna. Autor ten wykazał, że działanie trawiące trypsyny polega na dwóch składnikach, z których jeden zawarty jest w soku trzustkowym, drugi zaś (kinaza) jest produktem krwinek białych (leukocytów), powstającym prawdopodobnie w ścianie jelita w kępach Payera.

Opierając się na badaniach Delezenna, doszli Ascoli i Bezzola do przekonania, że rozpadające się we włóknikowem zapaleniu płuc ogromne ilości leukocytów powodują powstawanie wielkich ilości kinazy. Ustrój zaś oddziaływa na ten zalew kinazą wytwarzaniem odpowiedniej ilości antykinazy. W końcu wypowiadają Ascoli

i Bezzola zdanie, że podobne spostrzeżenia co do zachowania się surowicy krwi będą zapewne stwierdzone i w innych chorobach.

W dwa lata później wykazali Kolaczek, Bittorf, Wieus i inni, posługując się metodą płytkową Müllera i Jochmana, że surowica krwi ludzkiej nie tylko działa antytryptycznie lecz, że działanie to jest w różnych stanach chorobowych różne.

Systematyczne badania nad zachowaniem się surowic krwi ludzkiej wobec fermentów proteolitycznych (uzyskanych z leukocytów) podjęli Müller i Jochmann. Badania ich zwróciły jednak na siebie dopiero wtedy większą uwagę, skoro Brieger i Trebing ogłosili spostrzeżenia nad wzmożeniem się siły antytryptycznej surowic z krwi chorych na raka.

W tym właśnie czasie rozpoczęliśmy nasze badania nad tą sprawą.

Zanim przystąpimy do przytoczenia wyników, przez nas uzyskanych, podamy opis metod, obecnie zazwyczaj używanych do oznaczania antytryptycznego działania surowicy krwi.

Metoda płytkowa, używana i polecana przez Briegera i Trebinga a podana przez Jochmana i Müllera, udoskonalona przez Markusa, polega na następujących zasadach. Ropa zapalna działa proteolitycznie na skrzepłą surowicę Löfflera, zawartą w szalkach Petriego, wywołując powstawanie dołków. Działanie proteolityczne ropy na surowicę można zmniejszyć, względnie znieść przez dodanie odpowiedniej ilości surowicy krwi. Ilość zaś surowicy krwi, potrzebna do zniesienia działania proteolitycznego ropy, jest miarą zawartości substancyi hamujących działanie proteolityczne w surowicy. W miejsce ropy wprowadzono rozczyny trypsyny, przez co metoda płytkowa zyskała na dogodności i doskonałości. (Markus).

Metodzie tej, dogodnej i szybkiej, zarzucić jednak można, że odporność płytek z surowicą Löfflera jest wobec fermentów (proteolitycznych) trawiących bardzo niestała, a przez to i wyniki nie zupełnie są ścisłe.

Z tego powodu używaliśmy w badaniach naszych drugiej metody, której wykonanie zabiera wprawdzie nieco więcej czasu, ale daje za to wyniki jednostajniejsze.

Jest to metoda Fulda — Grossa, która pierwotnie służyć miała tylko do oznaczania siły trawiącego działania trypsyny.

Zasada tej metody jest prostą. Działanie trawiące trypsyny wykazujemy w ten sposób, że fermentem tym działamy na rozczyn sernika (kazeiny). Jeżeli kazeina została strawioną, to rozczyn badany pozostaje po zakwaszeniu przeźroczystym, gdyż kazeina strawiona nie strąca się w rozczynie kwaśnym. Jeżeli w rozczynie znajduje się jeszcze kazeina niestrawiona, to rozczyn taki po zakwaszeniu mętnieje, gdyż kazeina strąca się w rozczynach kwaśnych. Działanie zaś antytryptyczne surowicy krwi ujawnia się w ten sposób, że dawka trypsyny, trawiąca w zupełności rozczyn kazeiny, po dodaniu do niej surowicy rozczynu tego już nie trawi, gdyż rozczyn taki po zakwaszeniu mętnieje. Ilościowo można działanie antytryptyczne oznaczyć, układając szereg rozcieńczeń. Do równych ilości rozczynu kazeiny i surowicy dodajemy zwiększające się ilości trypsyny. Po $^1/_2$ godzinnem pozostawieniu w cieplarce, zakwaszamy szereg rozcieńczeń. Rozcieńczenie mętniejące po zakwaszeniu wskazuje na dawkę trypsyny, której działanie zostało zniesione przez wiadomą ilość surowicy.

Badanie przebiega w następujący sposób:

Potrzebne rozczyny:

1) Rozczyn sernika (kazeiny): 1 gr sernika rozpuszcza się wśród słabego ogrzania w 100 cm^3 $^n/_{10}$ NOH; rozczyn zobojętnia się $^n/_{10}$ HCL wobec lakmusu i dopełnia się 0·85$^0/_0$ rozczynem soli kuchennej do 500 cm^3.

2) Rozczyn kwasu octowego: 5 cm^3 kwasu octowego + 45 cm^3, alkoholu + 50 cm^3 wody.

3) Rozczyn trypsyny: 0·5 gr trypsyny *(Tripsinum puriss. Grubler)* rozpuszcza się w 50 cm^3, 0·85$^0/_0$ rozczynu soli kuchennej po dodaniu 0·5 cm^3 N rozczynu sody. Rozczyn ten rozcieńcza się 0·85$^0/_0$ rozczynem soli kuchennej 10 krotnie.

Następnie stwierdzamy siłę trawiącą trypsyny w ten sposób, że w odpowiednich probówkach coraz to mniejsze ilości trypsyny, dopełnione rozczynem soli kuchennej do tej samej objętości, mieszamy z 2 cm^3 rozczynu kazeiny i wstawiamy na pół godziny do cieplarki. Po wyjęciu z cieplarki zakwaszamy wszystkie rozczyny kilku kroplami kwasu octowego i badamy, w której próbówce wystąpił pierwszy ślad zmętnienia. W naszych rozczynach trypsyny ustawialiśmy szeregi zawierające trypsynę od 0·5 do 0·2 cm^3. Przy ilości 0·4 cm^3 trypsyny stwierdzaliśmy jeszcze słabe zmętnienie. Zatem 0·5 cm^3 trypsyny było ilością zupełnie trawiącą sernik. Samo się przez się rozumie, że każdy preparat trypsyny należy w podobny sposób zbadać co do zdolności trawienia.

Zdolność antytryptyczną surowicy oznaczamy zaś w ten sposób: Do 6 próbówek wlewamy po 0·5 cm^3 2$^0/_0$ surowicy krwi (rozcieńczonej 0·85$^0/_0$ rozczynem soli kuchennej). Dodajemy wzrastające ilości rozczynu trypsyny (od 0·5 postępując o 0·1 do każdej następnej probówki), dopełniając wszystkie probówki do równej objętości rozczynem soli kuchennej. W końcu dolewamy wszędzie po 2 cm^3 rozczynu sernika. Po dokładnem wymieszaniu wstawiamy wszystko do cieplarki na 30 minut. Po wyjęciu z cieplarki ostrożnie zakwaszamy kilku kroplami kwasu octowego zawartość każdej probówki. Najmniejsze zmętnienie stwierdzone w jednej z szeregu probówek, wykazuje ilość trypsyny, zahamowaną w swem działaniu przez znaną ilość (0·01) surowicy.

Wyniki przytoczonego badania dają się przedstawić w liczbach, oznaczających wartości względne, jak to n. p. jest w użyciu przy metodach hemolitycznych, aglutynacyjnych etc.

Zazwyczaj jednak posługujemy się stosownie do wyniku odczynu znakami + albo —. Prawidłowe zahamowanie działania trypsyny aż do 0·6 cm^3 trypsyny oznaczamy znakiem —, zahamowanie 0·7 cm^3 trypsyny znakiem ±, zahamowanie aż do 0·9 cm^3 trypsyny znakiem +, zahamowanie jeszcze znaczniejsze znakiem ++.

Rozpoznanie zmętnienia jest bardzo łatwe, tak łatwe, jak wykazanie białka w moczu przez zagotowanie.

Rozczyny należy przechowywać w lodowni, dłużej jednak, niż przez tydzień, tych samych rozczynów używać nie można, gdyż pomimo przechowania w lodowni rozkła-

dają się. Z tego powodu należy co tygodnia świeże przygotowywać rozczyny trypsyny i sernika.

Przed każdem badaniem należy skontrolować działanie trawiące trypsyny w powyżej podany sposób.

Posługując się metodą Fulda—Grossa badaliśmy zachowanie się surowicy krwi ludzkiej w najrozmaitszych przypadkach chorobowych. Materyał czerpaliśmy z kliniki stałej oraz ambulatoryum klinicznego za łaskawem zezwoleniem Dyrektora kliniki Profesora W. Jaworskiego.

W poniższem zestawieniu podajemy wyniki badań naszych, zestawione podług siły antytryptycznej surowic badanych.

Omawiając znaczenie rozpoznawcze naszych spostrzeżeń, w pierwszym rzędzie podnieść musimy, że statystyka nasza co do raka prawie w zupełności zgadza się ze statystyką Briegera i Trebinga oraz Bergmana i Mayera. Podobnie, jak ci badacze, stwierdziliśmy w 20% przypadków raka przewodu pokarmowego wyraźne wzmożenie antytryptycznego działania surowicy krwi. Równocześnie jednak z zestawienia naszego wynika, że nietylko w przebiegu raka, ale i w innych chorobach stwierdzamy wzmożenie działania antytryptycznego surowicy krwi.

Wobec tego nasuwa się pytanie, czy wogóle możemy na wspomnianem zachowaniu się surowicy krwi w przy-

Odczyn ++	Odczyn +	Odczyn ±	Odczyn –
1. Atrophia muscul. progr. spinalis. 2. Infiltratio apicum. 3. Exsudat. pleuriticum. dextrum. 4. Carcinoma ventr. susp. 5. Phtisis pulmon. destructiva. 6. Chlorosis gr. 7. Chlorosis gr. 8. Hypochondria. 9. Mb. Basedow. 10. Stenosis oesophagi (ca?). 11. Stenosis oesophagi (ca?). 12. Carcinoma ventriculi. 13. Carcinoma ventriculi. 14. Tumor hepat. et lienis malaricus. 15. Carcinoma recti. 16. Carcinoma intest. et peritonei. 17. Typhus abdominalis. in gravida. 18. Typhus abdominalis. 2. tydzień. 19. Pleuropneumonia crouposa d. 3-ci dzień. 20. Typhus abdominalis. 2 tydzień. 21. Cirrhosis hepatis atrophica. 22. Carcinoma ventr. 23. Carcinoma ventr. 24. Carcinoma ventr. post. gastroenterost. 25. Carcinoma ventr. post. resect. pylori. 26. Septicopyaemia cryptogenes (Leukocytoza 16.000). 27. Stenosis pylori carcinomatosa. 28. Carcinoma ventriculi (ad fund.) 29. Cirrhosis hepatis hypertr. Infiltratio apicum. 30. Carcinoma ventriculi. 31. Morbus Basedowii. 32. Morbus Basedowii forma frustranea. 33. Exsudatum pleurit. haemorhagicum. 34. Purpura haemorhagica. 35. Hyperemesis gravidarum, gravid. III m. 36. Graviditas VIII mens. 37. Carcinoma ventriculi. 38. Atrophia muscul. progr. spinalis. 39. Tetanus. 40. Carcinoma ventriculi. 41. Anaemia perniciosa. 42. Pleuropneumonia crouposa sin. 4-ty tydzień.	1. G. J. Carcinoma ventriculi. 2. L. W. Sepsis (Leukocytoza 25.000 c. b.). 3. E. S. Arthritis deformans. Cahexia. 4. W. T. Ulcus ventriculi. 5. R. W. Mb. Basedow. 6. 7. Ca. ventriculi. 8. Ca. ventriculi. 9. Neurosis cordis. Hysteria. 10. Hypochondria. 11. Typhus abdom. 2-gi tydzień. 12. Typhus abdom. 3-ci tydzień.. 13. Typhus abdom. 4-ty tydzień. 14. Sepsis. (Leukocytoza 18.000). 15. Angiocholitis suppurativa. 16. Pleuropneumonia crouposa d. 7 dzień. 17. Typhus abdominalis, 1-szy tydzień. 21. Ca. ventriculi. 22. Pneumonia crouposa sin. 2-gi dzień. 23. Morbus Addissonii. 24. Lymphaemia acuta. 25. Morbus Basedowii. 26. Graviditas V mens. 27. Graviditas V mens. 28. Graviditas V mens. 29. Morbus maculosus Werlhofii. 30. Carcinoma uteri. 31. Carcinoma uteri. 32. Infiltratio apic. d. St. febrilis. 33. Sepsis (Leukocytoza 24.000).	1. M. R. Pneumonia crouposa ambilateralis. 7-my dzień. 2. Z. E. Hemiparesis d. cystopyelitis. (Leukocytoza 12.000). 3. H. P. Sclerosis disseminata. 4. I. J. Neurasthenia. 5. P. A. Neurasthenia. 6. K. F. Sclerosis dissem. 7. R. L. Cirrhosis hepatis atroph. 8. Carcinoma ventriculi. 9. Carcinoma recti. 10. Post pleuropneumoniam (w dwa dni po przełomie choroby). 11. Sarcoma femoris. 12. Carcinoma mammae. 13. Lymphosarcoma. 14. Abscessus paranephriticus. 15. Leucaemia. 16. Polyarthritis rheumatica. 17. Chlorosis. 18. Spondylitis tbc. 19. Rhachitis. 20. Osteomalacia. 21. Osteomalacia. 22. Lues maculopapulosa.	1. M. T. Hysteria 2. R. S. Sepsis (Leukocytoza 24.000 c. b.) 3. J. R. Hemiplegia cerebr. 4. M. W. Pleuritis exs. d. 5. T. W. Ulcus ventriculi. 6. Neuritis ischiatica. 7. Inf. ap. d. 8. Diabetes mellitus gravis. 9. Epithelioma labii inferioris. 10. Carcinoma ventriculi. 11. Helminthiasis. 12. Hysteria, cystitis. 13. Urticaria. 14. Enteritis chron.

Rzut oka na przedstawiony wykaz zachowania się surowicy krwi ludzkiej pod względem siły antytryptycznej wykazuje nam, że wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi występuje w różnych chorobach.

Stałe wzmożenie siły antytryptycznej surowicy występuje w zapaleniu płuc włóknikowem i chorobie Basedowa, prawie zaś stale natrafiamy na ten objaw w przebiegu raka duru brzusznego; często w gruźlicy, sprawach septycznych, niektórych chorobach krwi, oraz w ciąży.

padkach, gdzie chodzi o rozpoznanie raka (żołądka), opierać nasze wnioski rozpoznawcze, czy też należy objawowi wzmożenia siły antytryptycznej surowicy odmówić wszelkiego znaczenia rozpoznawczego. Sądzimy, że obecnie sprawa przedstawia się w ten sposób: Wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi należy z wielką tylko ostrożnością, przy braku wyraźnych innych objawów klinicznych, uważać za szczegół, przemawiający za rozpoznaniem raka.

Przy prawidłowem zaś zachowaniu się su-

rowicy krwi pod względem siły antytryptycznej, należy rozpoznanie kliniczne raka wobec braku bardzo wyraźnych i pewnych objawów klinicznych poddać bardzo gruntownej kontroli. Rozpoznanie raka przy niepewnych objawach klinicznych, a przy prawidłowej sile antytryptycznej surowicy krwi jest niepewne. Ktoby, opierając się tylko na zachowaniu się surowicy krwi chciał rozpoznawać lub wyłączać obecność raka, popełniłby błąd, gdyż, jak dotąd, nie posiadamy w klinice sposobów rozpoznawczych, któreby same przez się bez innych czynników pomocniczych dozwalały na pewne rozpoznawanie chorób. Metodzie oznaczania siły antytryptycznej w surowicy krwi nie można odmówić znaczenia rozpoznawczego w rozpoznawaniu raka, jeżeli równocześnie z nią uwzględni się wszelkie inne środki, służące do klinicznego rozpoznawania tej choroby.

O przyczynach wzmożenia się siły antytryptycznej surowicy krwi w przebiegu raka wspomnimy poniżej.

Wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi w chorobach takich, jak zapalenie płuc włóknikowe lub dur brzuszny nie budzi pod względem rozpoznawczym zaciekawienia. Podnieść jednak już tutaj musimy, że przypadki zapalenia płuc włóknikowego okazywały zwiększenie się ilości krwinek białych (leukocytozę neutrofilną), wahającą się od 15.000 do 26.000, w przypadkach zaś duru brzusznego bez wyjątku stwierdzić można było małą ilość krwinek białych (leukopenię) (2800—3200 krwinek białych).

W kilku przypadkach gruźlicy płuc, i to nie bardzo posuniętych, jakoteż w przypadkach wysięków opłucnych, stwierdzaliśmy wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi. O ile stwierdzenie tego faktu nie ma w wspomnianych chorobach znaczenia rozpoznawczego, o tyle okoliczność ta, że wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi może zjawiać się w stosunkowo wczesnych okresach gruźlicy płuc, nasuwa myśl, czy objaw ten nie ma znaczenia prognostycznego. Wobec krótkości czasu i szczupłej liczby naszych przypadków gruźlicy, nie możemy wypowiedzieć w tej sprawie ostatecznego zdania.

U chorych, którzy okazywali zakażenia septyczne (głównie paciorkowcami), również stwierdzono wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi. U chorych tych liczba krwinek białych (leukocytoza) była zawsze znaczna, tylko w jednym przypadku, gdzie liczba krwinek białych wynosiła 24.000, nie stwierdzono wzmożenia siły antytryptycznej surowicy krwi.

Z chorób krwi mieliśmy sposobność zbadać cztery przypadki co do zachowania się antytryptycznego działania surowicy krwi. W dwóch przypadkach ciężkiej blednicy oraz w jednym przypadku niedokrwistości złośliwej i w jednym przypadku limfemii siła antytryptyczna surowicy krwi była wzmożona, prawie zaś bez zmiany pozostała w przebiegu ciężkiej białaczki.

Ważnem, i to nie tylko pod względem rozpoznawczym, jest stwierdzenie zwiększonej siły antytryptycznej surowicy krwi w przypadkach choroby Basedowa. We wszystkich przypadkach choroby Basedowa, badanych przez nas, stwierdziliśmy wyraźne wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi. Gdyby się na większej liczbie przypadków ten objaw stale stwierdzić dało, a to szczególnie w postaciach choroby niezupełnych (formes frustes) to objaw ten, w rozpoznawaniu trudnych przypadków tej choroby miałby niemałe znaczenie.

Co do znaczenia wzmożenia siły antytryptycznej surowicy krwi, spostrzeganej przez nas w innych przypadkach chorobowych, nie możemy wobec szczupłej liczby przypadków, dotąd w tym kierunku zbadanych, wypowiedzieć żadnego zdania.

Z tego już jednak, cośmy powyżej przytoczyli, wynika, że kliniczne zastosowanie oznaczania siły antytryptycznej surowicy krwi może mieć względne znaczenie w rozpoznawaniu niektórych chorób, a mianowicie, jak dotychczasowe spostrzeżenia wykazują, głównie w raku oraz w chorobie Basedowa.

Nie mniej zajmujące od zagadnień praktycznych, dotąd poruszonych, a zwróconych głównie w kierunku rozpoznawania chorób, są pytania, dotyczące przyrody i przyczyn powstawania i wzmagania się substancyi antytryptycznych w surowicy krwi. (Dok. nast.).

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

Autoseroterapia w surowiczo-włóknikowem zapaleniu opłucnej.

Podał
Dr Stanisław Szurek,
asystent kliniki.

Gilbert, a za nim Fede (Schmidts Jahrbücher 1907) podali pierwsi, że w gruźliczem i niegruźliczem surowiczo-włóknikowem zapaleniu opłucnej można wywołać wessanie wysięku, jeżeli się strzykawką Pravatza 1 cm^3 wysięku aspiruje i następnie bezpośrednio wstrzykuje pod skórę. Takich wstrzyknięć robi się w dniach następnych w całości 2 do 4, zależnie od ciężkości przypadku. Fede przytacza następnie 5 przypadków, w których wynik miał być dobry, tak dalece, że w lżejszych przypadkach całkowite wyleczenie następowało w 12—15 dniach. W następnym roku Nassetti (Riforma med. 1908) próbował tegoż samego postępowania i doszedł do tych samych co Gilbert i Fede wyników. W ślad za niemi Schnütgen w r. 1909 (Berlin. klin. Wochschr.) z polikliniki Senatora ogłosił pracę pod tytułem »Die Autoseroterapie bei serös-fibrinöser Pleuritis« i potwierdził w całości wyniki uzyskane przez Gilberta i Fedego, ale na większym, aniżeli tamci materyale klinicznym. Stosował on tę metodę nietylko w surowiczo-włóknikowem zapaleniu opłucnej, ale także w licznych przypadkach krwotocznego i rozpoczynającego się ropnego zapalenia opłucnej, a nadto w przesiękach opłucnych, puchlinie brzusznej i zapaleniu osierdzia. Podobnie jak Fede wstrzykiwał on po największej części 1 cm^3, rzadko 2 cm^3 surowiczo włóknikowego płynu, otrzymanego z worka opłucnego, pod skórę, a postępowanie to powtarzał co 2. dzień, wyjątkowo codziennie lub co 3. dzień, i stosownie do ciężkości przypadku ponawiał aż do 6 razy. Do doświadczeń swoich brał tylko wielkie wysięki, jużto z chorych stałej kliniki, jużto z przychodnich. U każdego oznaczał 24-godzinną ilość moczu, a samo nakłucie wyko-

nywał u chorego siedzącego. Wbrew utartemu zwyczajowi nie czekał, aż wysięk przestanie narastać, a objawy zapalne całkiem znikną, ale wykonywał autoseroterapię natychmiast po przyjęciu chorego, bez względu na to, czy wysięk rośnie, czy też jest stały i przekonał się, że przy stosowaniu autoseroterapii to wyczekiwanie nie jest potrzebne i narastania wysięku obawiać się nie trzeba.

Z wyników ogłoszonych przez Schnütgena wypada, że autoseroterapia w krwotocznem i rozpoczynającem się ropnem zapaleniu opłucnej. w puchlinie brzusznej, opłucnej i t. p. jest prawie bez wyjątku bezskuteczną; natomiast w 15 ogłoszonych przez niego przypadkach surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej w 14 był wynik dodatni, a tylko w jednym autoseroterapia zawiodła. Tylko w tym jednym przypadku od roku przeszło okazało się nakłucie z powodu ogromnej duszności konieczne, w pozostałych 14 autoseroterapia zrobiła swoje.

Na tej zasadzie potwierdza Schnütgen w całości doświadczenia uzyskane przez Gilberta i Fedego i poleca autoseroterapię jako pewny środek, który w większości przypadków gruźliczego i niegruźliczego surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej może doprowadzić wysięk do wessania. W poszczególnych przypadkach wystarcza czasem wedle Schnütgena do usunięcia płynu już jednorazowe nakłucie, w cięższych musi się powtórzyć nakłucie aż do 6 razy. W lekkich przypadkach całkowite wessanie wysięku następuje zazwyczaj w ciągu 2 tygodni. Znikaniu wysięku towarzyszy po największej części zwiększenie ilości moczu, a prześwietlenie promieniami Röntgena stwierdza zniknięcie istniejącego poprzednio cienia, w niektórych zaś przypadkach przy grubych zrostach opłucnych, tylko jego wyjaśnienie. Ubocznych działań przy stosowaniu tej metody Schnütgen nie spostrzegał, a niebezpieczeństwo zakażenia było mniejsze, niżby się napozór wydawało. Przy stosowaniu tej metody w niektórych przypadkach podawał Schnütgen środki moczopędne, które uważa za cenny środek, wspierający jej działanie.

W jaki sposób działa autoseroterapia i dlaczego przyspiesza wessanie wysięku, na to Schnütgen nie daje odpowiedzi. Być może, jak sądzi Nassetti, że działa tutaj mechaniczny bodziec nakłucia próbnego, jak to nieraz przy nakłuciach próbnych spostrzegać można, a być może, zwłaszcza przy gruźliczem zapaleniu opłucnej, że z gruźliczym wysiękiem do obiegu krwi dostają się także antytoksyczne i bakteryobójcze wytwory prątka gruźliczego.

Zaciekawieni wynikami, uzyskanymi przez Fedego, już w następnym roku t. j. w 1908 za zachętą Prof. Dra Jaworskiego zastosowaliśmy tę metodę w jednym przypadku prawostronnego surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej przyrody niewątpliwie gruźliczej z wysiękiem średnich rozmiarów, a w następnym roku stosowaliśmy ją na 8 dalszych przypadkach. Historye chorób w skróceniu i uzyskane wyniki pozwalam sobie przytoczyć kolejno.

I. A. P. lat 19, przy rodzicach, leczona od d. 27. XII. 1907 z rozpoznaniem: *Exsudatum pleuriticum dextrum sero-fibrinosum tbc. in individuo cum condensatione apicis dextri* — do d. 11. II. 1908 r.

Od 3 miesięcy nieznaczne osłabienie i upośledzenie łaknienia; od 2 niecałych miesięcy dreszcze i kłucie w boku prawym; od początku choroby kaszel suchy i uczucie duszności zwłaszcza po jedzeniu. W worku opłucnym prawym wysięk sięgający do połowy łopatki, ze szmerami oddechowymi osłabionymi, z przodu do górnego brzegu VI. żebra. W pasze prawej słabe tarcie opłucne. 30. XII nakłucie próbne; płyn jasno-żółty, nieco mętny, c. gat. 1·027, białka 5% (Esb.); pod drobnowidem ciałka krwi czerwone, liczne limfocyty; próba Rivalty dodatnia. 18. I. wydobycie 1 cm³ płynu i wstrzyknięcie pod skórę; 22. I., 27. I. to samo; zmiany opukowe te same, szmery oddechowe głośniejsze. 31. I., 4. II, 9. II. autoseroterapia. Stan bez zmiany. Ogółem wykonano 6 razy autoseroterapię, wstrzykując za każdym razem po 1 cm³ z wynikiem ujemnym. Ciepłota wahała się początkowo między 36° C. do 38·3° C., przy końcu podnosiła się ponad 37° C. Ilość moczu na dobę początkowo między 600—800 cm³, od 18. I. między 800—1000 cm³.

II. J. H., lat 42, wyrobnica, leczona od d. 9. III. do 9. IV. 1909 z powodu *Exsudatum pleuriticum dextrum serofibrinosum*. W pierwszych dniach stycznia kłucie w boku prawym, w lutym kaszel suchy; przed przyjęciem osłabienie i poty, przeważnie w nocy. Po stronie prawej klatki piersiowej wysięk, rozpoczynający się na wysokości grzebienia łopatki, z przodu od III żebra w dół; szmery oddechowe ponad stłumieniem zupełnie zniesione, ponad 3. i 4. żebrem z przodu tarcie opłucne. 23. I. nakłucie próbne; płyn żółty, mętny, c. gat. 1·023, białka 3% (Esb.), próba Rivalty dodatnia, pod drobnowidem przewaga limfocytów. Tegoż samego dnia autoseroterapia (1 cm³ płynu). Odczyn skórny Pirqueta słabo dodatni, odczyn spojówkowy Calmettea ujemny. 22. III. autoseroterapia (1 cm³ płynu). 29. III. stan podmiotowy dobry, ruchy oddechowe swobodne, bez dolegliwości, gorączki brak (początkowo kilkakrotnie wzniesienia ciepłoty do 37·1°, 37·3° C.); kaszlu niema. Wysięk wsysa się dość szybko; odgłos opukowy z tyłu u góry jawny z odcieniem bębenkowym, od dolnego kąta łopatki przytłumienie mniej nasilone, niż poprzednio, szmery oddechowe słyszalne. Nakłucie i wstrzyknięcie 2 cm³. 1. IV. 2 cm³; 4. IV. 2 cm³; 7. IV. 2 cm³; 9. IV. nie gorączkuje, nie kaszle, dreszczy ani potów niema, łaknienie dobre, stan podmiotowy dużo lepszy; kłucia nie odczuwa, jedynie tylko przy głębokim wdechu doznaje pewnego rodzaju zawadzania i chwytania. Przedmiotowo resztki wysięku w tyle w dole poniżej dolnego kąta łopatki, tamże szmery oddechowe wyraźniejsze, niż poprzednio, a miejscami ciche tarcie opłucne, natomiast w dole pachy i poniżej piersi prawej szmery oddechowe nieoznaczone, pokryte grubem tarciem opłucnem. Z łatwością wydobyto jeszcze 2 cm³ wysięku, które wstrzyknięto pod skórę. Przy prześwietleniu od tyłu do przodu lekkie zaciemnienie pola widzenia, granicy przepony nie widać; prześwietlanie od przodu do tyłu daje obraz mniej wyraźny. Z powodu świąt musiano wypuścić chorą z resztkami wysięku do domu. Ogółem wykonano autoseroterapię 7 razy (początkowo 1 cm³, później 2 cm³) z wynikiem niecałkowicie dodatnim. Moczu początkowo między 750—800 cm³, później między 1000 a 1300 cm³.

III. A. K., lat 16, przy rodzicach, leczona od d. 12. III. 1909 do 7. IV. 1909 z powodu *Pleuritis sero-fibrinosa dextra*. Początek choroby w styczniu b. r. ogólnem osłabieniem i kłuciem w boku prawym. Przedmiotowo po stronie prawej stłumienie zupełne od górnego kąta łopatki w dół, z przodu od 3. żebra; szmery ponad stłumieniem zniesione, na pograniczu osłabione. 20. III. nakłucie próbne; płyn surowiczy, c. gat. 1·020, białka 2·5 (Esb), próba Rivalty dodatnia. Autoseroterapia (podskórnie 1 cm³ wysięku). 23. III. stan bezgorączkowy. 24. III. odczyn Pirqueta ujemny. 29. III. autoseroterapia (2 cm³); nie gorączkuje, nie kaszle, dolegliwości podmiotowe małe. Stłumienie w tych samych granicach, szmery bez zmian. 1. IV. autoseroterapia (2 cm³). 4. IV. wynik nakłucia ujemny; nakłuto w 3 miejscach i wydobyto zaledwie 1 cm³ płynu krwawego, który wstrzyknięto pod skórę. W miejscu wstrzyknięcia i poniżej objawy ograniczonej odmy opłucnej. 6. IV. odczyn spojówkowy Calmettea ujemny, Pirqueta słabo dodatni. 7. IV. nie gorączkuje, nie kaszle, brak dreszczy i potów, podmiotowo czuje się lepiej. Przy prześwietleniu wybitny cień od połowy łopatki w dół. Ruchomość klatki piersiowej po stronie prawej znacznie gorsza. Cała prawa połowa wyraźnie zapadnięta tak z przodu, jak i z tyłu, bark prawy niżej ustawiony, odgłos opukowy z tyłu w szczycie i poniżej z tyłu aż do dolnego kąta łopatki przytłumiony, w samym dole bębenkowo-przytłumiony, w pasze bębenkowy, z przodu od brodawki sutkowej w dół przytłumiono-bębenkowy. Szmery oddechowe bardzo osłabione. Dzienna ilość moczu początkowo 700—800 cm³ rośnie następnie do 1500 cm³. Ogółem wykonano autoseroterapię 4 razy (początkowo 1 cm³, później 2 cm³).

IV. H. Z., lat 34, żona urzędnika, leczona od d. 24. III. do 25. IV 1909 z powodu *Exsudatum pleuriticum sinistrum, induratio apicis dextri in individuo nervoso*. Początek choroby w grudniu roku 1908 silnem kłuciem w boku lewym bez dre-

szczów, z ciepłotą nieznacznie podniesioną. W 9 dni potem poród siłami natury. W 2 tygodnie po porodzie nakłucie jamy opłucnej, po którem chora nie czuje się lepiej. Po stronie lewej wysięk, sięgający do kąta dolnego łopatki z wielkiem osłabieniem szmerów oddechowych. 2. IV. nakłucie próbne, płyn surowiczy mętny, c. gat. 1·021, białka 4% (Esb), Rivalta +, limfocytów 63%. Autoseroterapia (2 cm³), 5. IV. autoseroterapia (2 cm³). Pirquet słabo dodatni. 24. IV. chora nie zgodziła się na dalsze nakłuwania, stan podmiotowy lepszy, nie gorączkuje, nie kaszle, doznaje tylko niewielkich bolów w lewej stronie klatki piersiowej. Stłumienie w tych samych granicach równie znaczne jak poprzednio, drżenie lepiej nieco wyczuwalne, a szmery również lepiej słyszalne, jakkolwiek zawsze jeszcze osłabione w porównaniu ze stroną prawą. Przy prześwietleniu po lewej stronie wyraźny cień. Dzienna ilość moczu stale się waha między 1200—1600 cm³. Ogółem stosowano autoseroterapię w tym przypadku tylko 2 razy po 2 cm³.

V. J. B. lat 29, wyrobnik, leczony od d. 6. IV. do 18. V. 1909, z powodu *Exsudatum pleuriticum sero-fibrinosum permagnum dextrum*. Od 2 miesięcy dreszcze, gorączka, brak apetytu, kaszel częsty i męczący, w prawej połowie klatki piersiowej kłucie, nadto duszność i ogólne osłabienie. Wysięk sięga po stronie prawej od grzebienia łopatki w dół, z przodu od 3 żebra; szmery oddechowe zniesione, cała prawa połowa klatki piersiowej rozsadzona. 8. IV. nakłucie próbne, płyn blado-zielonkawy, mętnawy, c. gat. 1·020, białka 3% (Esb), Rivalta +, limfocytów 95%. Autoseroterapia (2 cm³). 10. IV. Autoseroterapia (2 cm³). Pirquet ujemny. 12. IV., 14. IV., 17. IV. autoseroterapia po 2 cm³ 21. IV. nie odczuwa większej poprawy, tylko duszność nieco mniejsza, toż samo i sinica; gorączkuje. Serce przesunięte na lewo, tętno drobne, małe, szybkie, liczba tętna 112. Wysięk w tych samych granicach, z przodu sięga nawet wyżej, bo do górnego brzegu 3. żebra. Autoseroterapia 2 cm³. 24. IV., 26. IV., 28. IV. Autoseroterapia po 2 cm³. 2. V. ogółem dostał chory 10 wstrzyknięć podskórnych po 2 cm³. Podmiotowo czuje się lepiej, sinica mniejsza, wejrzenie lepsze. Wysięk nie zmniejszył się i zajmuje tąż samą przestrzeń co na początku. Z tego powodu wypuszczono choremu 1 litr płynu z jamy opłucnej; płyn barwy zielonkawej, nieco mętny, o c. gat. 1·020, białka 3% (Esb.), limfocytów 95%, Rivalta +. 15. V. odpuszczono ponownie 1400 cm³ wysięku. Ciepłota początkowa około 38° C., końcowa 37·2° C., maximum 39° C. Dzienna ilość moczu początkowo 700—800 cm³, waha się następnie między 1000—1600 cm³ spadając później do 1000 cm³ i 1100 cm³.

VI. M. D., lat 34, żona wyrobnika, leczona w klinice od dn. 5. IV. do dn. 18. V. 1909 r. z powodu *pleuritis exsudativa sinistra*, w zeszłym roku leczona od 26. X. do 14. XI. 1908 z powodu *pleuritis exsudativa dextra*. Wysięk sięgał wówczas od połowy prawej łopatki w dół, z przodu od 4. żebra, i uległ wessaniu bez autoseroterapii. Obecnie po stronie prawej zrosty opłucne, a po lewej wysięk, sięgający od kąta górnego wewn. łopatki w dół ze szmerami oddechowymi zniesionymi. Serce przesunięte na stronę prawą. 6. IV. nakłucie; płyn żółtawy, nieco krwawy i mętny, c. gat. 1·025, białka 4% (Esb.), Rivalta +, limfocytów 94%. Autoserateraрia (2 cm³). 8. IV. autoserateraрia (2 cm³). Stan chorej lepszy, sinica mniejsza, duszność tażsama, tętno lepiej napięte. 9. IV. Calmette i Pirquet ujemny. 10. IV., 12. V., 18. IV. autoserateraрia (à 2 cm³). 2. IV. podmiotowo czuje się chora znacznie lepiej, duszności niema, kaszel niewielki, sinicy brak, tętno drobne, małe, słabo napięte, liczba 124. Ruchomość klatki piersiowej z tyłu w dole po stronie lewej znacznie lepsza, drżenie słabo wyczuwalne, od połowy łopatki przytłumienie, od kąta dolnego stłumienie, szmery oddechowe dobrze słyszalne, pokryte głośnem tarciem opłucnem. W pasze lewej szmery nieoznaczone, pokryte grubem tarciem, z przodu odgłos opukowy jawny z odcieniem bębenkowym, a w częściach dolnych grube tarcie opłucne. Serce stale przesunięte na stronę prawą. Nakłucie próbne z wynikiem ujemnym. Przy prześwietleniu od tyłu do przodu przyciemnienie pola po stronie lewej, przy odwrotnem prześwietleniu w dole po lewej stronie cień wyraźny, wyraźniejszy, niż po prawej. 3. V. ciągle gorączkuje, stan ciężki, tętno bardzo drobne, słabo napięte, szybkie, nieregularne; serce przesunięte stale na stronę prawą; tarcie opłucne po stronie lewej obecnie tylko z tyłu słyszalne i mniej wyraźne. W jamie brzusznej po stronie prawej od kilku dni macalny wałowaty opór, bolesny. 11. V. zmiany opukowe w tych samych, co poprzednio granicach, tarcia z tyłu brak, z przodu w okolicy mostka ślad tarcia. 16. V. tarcie opłucne, niesłyszalne. Po stronie prawej brzucha macalna, rozlana, bolesna oporność. Ciepłota przez cały czas pobytu wahała się między 37° C., a 40°,2 C. Ilość moczu waha się stale między 200—500 cm³. Ogółem wstrzyknięto chorej 6 razy po 2 cm³ wysięku.

VII. J. S., lat 45, wyrobnica, leczona w klinice od dnia 14. I. do 22. II. 1909 r. z powodu *Leukaemia mixtocellularis cum exsudato peritonei, pericardii et pleurae dextrae*. Początek choroby w r. 1907; po świętach Wielkanocnych r. 1908 zauważyła opór po stronie lewej brzucha, sięgający mniejwięcej do wysokości pępka; od 4 tygodni tak osłabiona, że musi leżeć; w tym czasie powiększenie brzucha także i po stronie prawej. W jamie opłucnej prawej wysięk surowiczo-włóknikowy, sięgający z tyłu na palec powyżej kąta dolnego łopatki, z przodu do 5. żebra, szmery oddechowe tamże zaledwo słyszalne; w worku osierdziowym objawy wysięku znacznych rozmiarów, ponad tętnicą główną i płucną tarcie osierdziowe. W jamie otrzewnej wysięk wolny; obwód brzucha na wysokości pępka 90 cm, poniżej wyrostka mieczykowatego 87 cm. Wątroba powiększona, brzeg dolny macalny na 3 palce poniżej łuku żebrowego. Śledziona znacznie powiększona, sięga do linii środkowej ciała, ku dołowi na 3 palce, powyżej łuku łonowego, bolesna przy dotyku. 24. I. obwód brzucha, mierzony przez pępek, 96 cm. 30. I. obwód brzucha na wysokości pępka 97 cm. Z powodu silnej duszności wypuszczono z jamy otrzewnej 2000 cm³ płynu; płyn o barwie zielonkawej, c. gat. 1·020, białka 4% (Esb), Rivalta +, krwinek białych 1670, krwinek czerwonych 3400; limfocytów małych 57%, dużych 18%, neutrofilów 25%, fagocyty obecne. Po wypuszczeniu płynu obwód brzucha 93 cm. 31. I. Podskórnie wstrzyknięto w ramię lewe 1 cm³ płynu, wydobytego z jamy brzusznej. 2. II. podskórnie w ramię prawe 1 cm³ płynu z jamy brzusznej. 5. II. podskórnie w ramię lewe 1 cm³ płynu z jamy brzusznej. 8. II. 1 cm³ podskórnie płynu z jamy brzusznej. 12. II. podskórnie 2 cm³ płynu z jamy brzusznej. 15. II. toż samo. 18. II. również to samo. 21. II. obwód brzucha na wysokości pępka 91 cm. Wysięk w worku opłucnym prawym i osierdziowym bez najmniejszej zmiany. Ciepłota przez cały czas pobytu wahała się między 36° C., a 39·°2 C. Ilość moczu stale około 500—600 cm³ w okresie autoseroterapii, a tylko w początkach przez dni kilka wynosiła około 1000 cm³. Rozbiór krwi z 16. I krwinek białych 225.000, krwinek czerwonych 3,576.000, % Hb 42 (Sahli), poikilocyty, mikrocyty, polichromatofilia, normoblasty; limfocytów małych 4%, limfocytów dużych 1%, ciałek przejściowych 2%, neutrofilów 56%, komórek tucznych 0,5%, myelocytów neutrofilnych 37%. Rozbiór krwi z 21. II. krwinek białych 119.000, krwinek czerwonych 1,296.000, % Hb 35 (Sahli), mikrocyty, poikilocyty, polichromatofilia; limfocytów małych 2%, dużych 1%, ciałek przejściowych 1%, neutrofilów 30%, eozynochłonnych 0·5%, komórek tucznych 0·5%, myelocytów neutrofilnych 65%. Ogółem wykonano autoserateraрię 7 razy, początkowo po 1 cm³, później po 2 cm³ bez najmniejszego wpływu na wysięk opłucny i osierdziowy, a z wątpliwym skutkiem co do wysięku otrzewnego.

VIII. A. S. subjekt, lat 19, leczony ambulatoryjnie od 24. V. do 16. VI. 1909 z powodu *Catarrhus apicis sinistri, pleuritis serofibrinosa sin., adhaesiones pleurales dextrae*. Od tygodnia gorączka, kaszel, kłucie w boku lewym. Przedmiotowo w worku opłucnym lewym stwierdzić można wysięk, sięgający na 2 palce powyżej kąta dolnego łopatki, tamże szmery oddechowe osłabione, nie zniesione. 26. V. autoseroterapia (2 cm³); przy nakłuciu próbnem płyn wydobyty surowiczo-włóknikowy, 28. V. 2 cm³ podskórnie. 30. V. 2 cm³ podskórnie. 2. VI. 2 cm³ podskórnie. 5. VI. toż samo, 9. VI. toż samo. Wstrzyknięcia te znosi chory bez żadnych ubocznych przypadłości. Drżenie wyraźniejsze, szmery stanowczo głośniejsze, wysięk wsysa się. 12. VI. wynik nakłucia ujemny; przytłumienie w dole wyraźne, granica nieruchoma. Chorego nie prześwietlano. Ciepłota początkowo powyżej 37° C, spada do poziomu prawidłowego. Ilość moczu, mierzona przez chorego, miała cały czas być tą samą. Ogółem wykonano autoseroterapię 6 razy à 2 cm³.

IX. J. G. wyrobnik, lat 36, leczony od 3. V. do 13. VI. z powodu *Exsudatum sero-fibrinosum dextrum permagnum, infiltratio dimidii pulmonis sinistri*. Od roku dreszcze, poty nocne, plwocina obfita, czasem krwawa, osłabienie ogólne, wychudnienie, gorączka. Od miesiąca silne kłucie w boku prawym, duszność, pogorszenie się stanu ogólnego i zwiększenie się gorączki. Przedmiotowo: stłumienie po prawej od góry do dołu tak z przodu, jak i z tyłu, z wyjątkiem szczytu, gdzie odgłos bębenkowo przytłumiony; w obrębie stłumienia ciche szmery oskrzelowe, z głębi słyszalne. 4. V. próbne nakłucie klatki piersiowej; płyn surowiczo-włóknikowy, mętny, o ciężarze gat. 1021, białka 3,5% (Esb), Rivalta +, limfocytów 91%, neutrofilów 9%, skąpe komórki nabłonkowe. 7 V. autoseroterapia (2 cm³), 10. V. toż samo, 12. V.

toż samo; duszność, sinica, stan przedmiotowy bez zmiany, serce przesunięte nieco na stronę lewą. 15. V., 21. V., 24. V., 27. V. autoseroterapia à 2 cm³, duszność, sinica, stan przedmiotowy bez zmiany. Z powodu duszności, osłabienia czynności serca — podano kofeinę z diuretyną. 30. V. autoseroterapia (2 cm³), 2. VI. — 2 cm³; duszność nieco mniejsza, tętno lepiej napięte, natomiast drżenie, odgłos opukowy, szmery oddechowe bez żadnej zmiany. Z tego powodu wypuszczono choremu 4. VI. 1400 cm³, a 10. VI 1800 cm³ płynu z worka opłucnego, poczem stan chorego tak podmiotowy jak i przedmiotowy w tej chwili się poprawił, gorączka, która czasami dochodziła do 39° C, spadła do 37°C i kilku dziesiętnych. Ilość moczu w czasie autoseroterapii i pod koniec jej mimo środkow moczopędnych i sercowych — nie wzrosła. Ogółem wykonano autoseroterapię 10 razy po 2 cm³ bez najmniejszego wpływu na wysięk. (Dok. nast.).

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. Dra W. Jaworskiego.

Spostrzeżenia kliniczne nad stosowaniem leczniczem śródżylnych wstrzykiwań elektrargolu.

Podał

Dr Władysław Kluger.

Credé wprowadził w r. 1897 do lecznictwa srebro koloidalne (*arg. colloidale*) pod nazwą: kollargolu. Przypisując mu wybitne własności bakteryobójcze, polecił w przypadkach septycznych, wymagających szybkiego i energicznego działania, wstrzykiwać je śródżylnie. Dzięki też Credému i Netterowi (¹) znalazł kollargol obszerne zastosowanie w Niemczech i we Francyi. Zapatrywania autorów, którzy zajmowali się działaniem śródżylnych wstrzykiwań kollargolu, nie są jednakże zgodne; część ich na podstawie doświadczeń na zwierzętach i przy łóżku chorego, odmawia mu, z powodu jego nieznacznej siły bateryobójczej, wartości leczniczej (Mendel) (²). W r. 1904 ogłosili Robin i Bardet (³) wyniki lecznicze, uzyskane w chorobach zakaźnych przez stosowanie wstrzykiwań podskórnych rozczynów metali koloidalnych, zawierających w 1 cm³ dziesiętne części miligrama danego metalu, a nazwanych przez nich »fermentami metalicznymi« (ferments métalliques), ponieważ wpływ ich na wydzielanie mocznika, kwasu moczowego, indoksylu oraz na zachowanie się leukocytozy, był taki sam, jak fermentu drożdżowego. Wynalazcą metali tych był Bredig (⁴), który, w przeciwieństwie do kollargolu otrzymanego sposobem chemicznym, uzyskał je drogą fizyczną, a mianowicie działaniem łuku elektrycznego, przebiegającego między dwiema elektrodami z tego samego metalu, zanurzonemi w wodzie przekroplonej, wskutek czego dany metal ulega nader drobnemu (ultramikroskopowemu) sproszkowaniu. Srebro koloidalne Brediga utrwalone i izotoniczne otrzymało fabryczną nazwę: elektrargol.

Z szeregu prac, przeważnie francuskich, zajmujących się własnościami i działaniem elektrargolu, wynika, że jest on nie swoistym wprawdzie, ale lepszym od kollargolu i godnym wypróbowania środkiem w leczeniu spraw zakaźnych. Największe zastosowanie znalazło podskórne i śródmiąższowe wstrzykiwanie elektargolu, próbowano jednak także wstrzykiwać go do żył, jamy opłucnej, a nawet do kanału kręgowego. O ile mi wiadomo z piśmiennictwa jedynie Gaillard i Loques (⁵) w 6 przypadkach duru brzusznego, a Chirié i David (⁶) w 2 przypadkach zakażenia połogowego, wstrzykiwali elektrargol do żył i otrzymali wyniki bardzo zachęcające.

W klinice naszej miałem dotychczas sposobność wstrzykiwać elektrargol śródżylnie w 6 przypadkach, a spostrzeżenia własne, które poniżej podaję, dotyczą przedewszystkiem przebiegu ciepłoty, oraz zachowania się krwinek białych, tak co do ich ilości, jak i stosunku jakościowego.

I. W. K., l. 35, przyjęta do kliniki d. 15. II. 1909, (L. dz. 187). Rozpoznanie: *Typhus abdom.* (*Hebdom. II.*) *in gravida.* Chora uskarża się na silny ból głowy i bardzo znaczne osłabienie. Ciepłota w ciągu dwóch pierwszych dni po przyjęciu do kliniki dochodzi popołudniu do 39·8°, ranna ciepłota od 38·4°—39·2°.

18. II. o godz. 11 przedpoł. wstrzyknięto do żyły 10 cm³ elektrargolu*). Ciepłota bezpośrednio przed wstrzyknięciem = 38·8°. Po wstrzyknięciu podnosi się zwolna i dochodzi po 10 godzinach do 39·6°. Tętno szybkie, dwubitne, podobnie, jak przed wstrzyknięciem = 120.

19. II. O g. 11 przedp. wstrzyknięto 20 cm³ elektrargolu. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 38·3°. Następnie podnosi się zwolna i wynosi po 8 godzinach: 39·5°. Tętno jak wczoraj. Chora skarży się na większe osłabienie i silniejszy ból głowy.

20. II. O g. 11½ przedp. wstrzyknięto 30 cm³. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 38·3°. Następnie podnosi się zwolna i dochodzi po 10 godzinach do 39·7°. Chora prosi o zaniechanie dalszych wstrzykiwań, czuje się bowiem po nich znacznie więcej osłabiona.

21. II. Ciepłota ranna waha się między 38·4—39, popoł. między 39·4—38·8°.

22. II. O g. 11 przedp. wstrzyknięto 40 cm³. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 38·4°. Następnie podnosi się szybciej, niż poprzednich dni, bo już po 6 godzinach wynosi: 39·8°, poczem o 3° spada.

Na wyraźne żądanie chorej, która po każdem wstrzyknięciu odczuwa znaczne pogorszenie, zaniechano dalszych wstrzykiwań. W żadnym z dni następujących po wstrzyknięciu nie dało się zauważyć wyraźniejsze obniżenie się ciepłoty. Ilość białka w moczu oddanym przed wstrzyknięciem wynosiła 2‰, w 6 godzin po niem spadła do 1‰.

Zachowanie się krwinek białych.

18. II. Ilość og. krwinek białych bezpośrednio przed wstrzyknięciem (10 cm³): 3·800. W tem: wielojądrzastych neutrofilów: 74%, limfocytów 25%, eozynochłonnych 0%, form przejściowych 1%. W 2 godz. po wstrzyknięciu ilość og. = 1400. W tem: n. 84%, l. 16%, e. 0%. W 6 godz. po wstrzyknięciu: Ilość og. = 1480. W tem: n. 82%, l. 17%, e. 0%, p. 1%.

19. II. Ilość og. = przed wstrzyknięciem (20 cm³) = 1600. W tem: n. 80%, l. 19%, e. 0%, p. 1%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 3200. W tem: n. 87%, l. 11%, e. 0%, p. 2%. Po 6 godz. ilość og. = 3600. W tem: n. 90%, l. 10%, e. 0%.

II. F. P., l. 30, przyjęty do kliniki d. 8. III. 1909 (L. dz. 225. Rozpoznanie: *Typhus abdom.* (*Hebdom. IV.*). Chory uskarża się na silny ból głowy i osłabienie. Ciepłota w ciągu pierwszych dwóch dni po przyjęciu do kliniki dochodzi wieczorem do 39·4°, ciepłota ranna od 38·1°—38·5°. Tętno miarowe, słabo dwubitne = 96.

11. III. O godz. 10 rano wstrzyknięto 5 cm³. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 37·9°, w 2 godz. po wstrzyknięciu wynosi: 38°, w 4 godziny opada do 37·2°, poczem podnosi się i wynosi po 8 godz. 39·1°. Chory po wstrzyknięciu odczuwa pewne polepszenie, jest mniej senny, niż poprzednio. L. tętna = 96.

12. II. O godz. 10½ wstrzyknięto 10 cm³. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 38·7°. Następnie powoli wznosi się i po 8 godzinach wynosi: 39·6°. L. t. 98. Chory nie odczuwa polepszenia.

Podczas następnych dni wzniesienia ciepłoty są coraz niższe, piątego dnia po ostatniem wstrzyknięciu stan bezgorączkowy. Mocz przez cały czas choroby nie zawierał białka.

Zachowanie się krwinek białych.

11. III. Ilość ogólna krwinek białych przed wstrzyknięciem (5 cm³) = 4000. W tem: n. 60%, l. 38%, e. 0%, p. 2%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 5·200. W tem n. 55%, l. 40%, e. 2%

*) Elektrargol pochodził z laboratoryum Clina w Paryżu.

p. 3%. W 6 godz. po wstrzyknięciu: il. og. 7,600. W tem: n. 52%, l. 45%, e. 1% p. 2%.

12. III. Il. og. przed wstrzyknięciem: 6,200. W tem: n. 62%, l. 36%, e. 0%, p. 2%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. 5.400. Stosunek niezmieniony. W 6 godz. po wstrzyknięciu: il. og. 6000. W tem: n. 57%, l. 40%, e. 1%, p. 2%.

III. I. K. lat 30. przyjęta do kliniki 20. II. 1909 o godz. 5 popoł. L. dz. 195. Rozpoznanie: *Pleuropneumonia dextra totalis. Graviditas octo mensium.* Choroba rozpoczęła się w nocy z 10 na 20 b. m. Ciepłota w ciągu pierwszego dnia po przyjęciu do kliniki wznosi się od rana i dochodzi o g. 11 przedpoł. do 40°, poczem spada dość szybko i wynosi wieczorem o 9-tej: 37°. Następnego dnia rozpoczyna się od 37,1°, wznosi się do 39.8 (o godz. 11-tej) i spada o 7 wieczór do 37·4°. poczem w 2 godziny wynosi już znowu 38·4°. Tętno miarowe, miękkie = 126.

Dn. 23. 2. o godz. 11 przed połud. wstrzyknięto 20 cm³. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 39·2, po wstrzyknięciu podnosi się w 2 godziny do 39·8, następnie spada w 6 godzin do 38·7, a wieczorem podnosi się do 39·3. Tętno miarowe, dość dobrze napięte, l. = 120. Chora po wstrzyknięciu czuje się nieco lepiej. senność mniejsza.

24. II. Ciepłota waha się między 38·8° — 39·7°.

25. II. O godz. 11½ przed połud. wstrzyknięto 30 cm³. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 39. W 4 godziny potem = 39·4°, następnie spada i wynosi po 10 godzinach: 38·6. Tętno dobrze napięte = 120.

26. VI. Ciepłota ranna waha się od 38·9° — 39·2°, popołudniowa od 39·6 — 38·7.

27. II. O godz. 12-tej przed połud. wstrzyknięto: 40 cm³. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 40°. W 2 godziny potem dochodzi do 40·2°, a następnie opada i w 4 godz. po wstrzyknięciu wynosi już 39·3°, w 10 godzin = 38°. Tętno dobrze napięte, miarowe = 118. Chora czuje się bardzo osłabioną.

28. II. O godz. 11 przed połud. wstrzyknięto 20 cm³. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 38·4. W 4 godziny potem wynosi: 38·7, poczem opada i po 10 godz. = 38°. Tętno jak wyżej = 120.

29. II. Ciepłota najwyższa w ciągu dnia 37·7°.

1. III. Stan bezgorączkowy.

Mocz przez cały czas choroby zawiera ślad białka. Wałeczków brak.

Zachowanie się krwinek białych.

23. II. Ilość ogólna przed wstrzyknięciem 20 cm³ = 22.000. W tem n. 85%, l. 13%, e. 0%, p. 2%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 15.200. W tem: n. 90%, l. 9%, e. 1%. W 6 godzin po wstrzyknięciu: il. og. 23·400. W tem n. 78%, l. 20%, e. 0%, p. 2%. W 20 godzin po wstrzyknięciu: il. og. 6.800. W tom: n. 92%, l. 4%, e. 1%, p. 3%.

25. II. Il. og. przed wstrzyknięciem 30 cm³ = 12.200. W tem: n. 82%, l. 16%, e. 0%, p. 2%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 15.600. W tem: n. 87%, l. 12%, e. 0%, p. 1%. W 6 godz.: il. og. = 14.200. W tem n. 86%, l. 12%, e. 1%, p. 1%. W 20 godzin po wstrzyknięciu: il. og. 15.400. W tem: n. 89%, l. 11%, e. 0%.

27. II. Il. og. przed wstrzyknięciem 40 cm³ = 25.200. W tem: n. 76%, l. 22%, e. 0%, p. 2%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. 16.200. W tem: n. 87%, l. 11%, e. 0%, p. 2%. W 6 godzin: ilość og. = 20.600. W tem: n. 96%, l. 4%, e. 0%. W 20 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 22.000. W tem: n. 90%, l. 8%, e. 0%, p. 2%.

IV. I. R. lat 24. Przyjęty do pawilonu izolacyjnego dn. 17. II. 1909, l. dz. 40. Rozpoznanie: *Tuberculosis miliaris.* Chory gorączkuje wysoko, popołudniowe wzniesienie ciepłoty od 39·6° — 40°. Tętno szybkie, miarowe = 110. Stan chorego po 12 dniach pobytu w klinice pogorszył się znacznie, duszność nieustająca, znaczna sinica, tętno słabo napięte, miarowe, szybkie od 115 — 130.

2. III. Wstrzyknięto do żyły o godz. 11½ przed południ. 5 cm³. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 37·4°, tętno słabo napięte = 136. Po wstrzyknięciu ciepłota podnosi się w 4 godziny do 38·9° i na tym stopniu utrzymuje się do wieczora. Chory odczuwa pewne polepszenie, duszność zmniejszyła się. Tętno bez zmiany.

3. III. Chory zraną czuje się lepiej, niż dni poprzedzających, i prosi o ponowne wstrzyknięcie. Ciepłota o godz. 5 popołudniu nie przekroczyła 37·8°. Tętno miarowe, ale szybkie = 108. O 5 popoł. wstrzyknięto 10 cm³. Ciepłota w 2 godz. potem wynosi już 38·9°, w 4 godziny: 39·1°. Tętno gorzej napięte = 130.

Następnego dnia stan chorego gorszy, duszność znaczna, sinica większa, ciepłota nie przekracza 38·9. Na życzenie chorego zaniechano dalszych wstrzykiwań.

10. III. *exitus letalis.* Mocz przez cały czas pobytu chorego w klinice nie zawierał białka.

Zachowanie się krwinek białych.

2. III. Ilość og. krwinek białych przed wstrzyknięciem 5 cm³ = 18.000. W tem: n. 79%, l. 14%, e. 2%, p. 3%, komórek tucznych (bazofilnych) 2%. W 2 godz. po wstrzyknięciu il. og. = 11.000. W tem: n. 80%, l. 13%, e. 3%, p. 4%, t. 0%. W 6 godziny po wstrzyknięciu: il. og. 24.000. W tem: n. 72%, l. 20%, e. 6%, p. 2%, t. 0%. W 20 godzin po wstrzyknięciu: ilość og. 21·400. W tem: n. 80%, l. 15%, e. 3%, p. 2%, t. 0%.

3. III. Il. og. przed wstrzyknięciem 10 cm³ = 11.800. W tem: n. 80%, l. 15%, e. 2%. p. 2%, t. 1%. W 2 godz. po wstrzykn. il. og. = 21.400. W tem: n. 82%, l. 12%, e. 3%, p. 2%, t. 1%. W 5 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 25.000. W tem: n. 80%, l. 12%, e. 6%, p. 2%, t. 0%. W 20 godz. po wstrzyknięciu: il. og. 18.200. W tem: n. 83%, l. 12%, e. 3%, p. 2%, t. 0%.

V. I. T. lat 41. Przyjęty do kliniki 7. II. 1909, l. dz. 173. Rozpoznanie: *Cholangitis septica.* Przez pierwsze 2 tygodnie chory gorączkował w klinice wysoko, z rannymi spadkami poniżej 37°. Następnie polepszenie, ciepłota nie przekraczała 37·4° (najwyższe wzniesienia). Stan ten trwał do 5. III. Odtąd ciepłota zaczęła znów codziennie wznosić się od rana, wzniesienia południowe dochodziły do 40°. Stan chorego bardzo ciężki, tętno słabo napięte, szybkie = 120.

Dn. 10. III. wstrzyknięto o godz. 11 przed południ. 5 cm³. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 38·1°. Następnie po 2 godzinach wznosi się do 38·8°, poczem w 6 godzin spada do 37·2° i znów podnosi się po 8 godzinach do 38·6. Tętno lepiej napięte, szybkie = 110.

11. III. O godz. 12 wstrzyknięto 10 cm³. Ciepłota przed wstrzyknięciem = 37·2°, następnie wznosi się powoli i dochodzi po 5 godzinach do 38·2° i utrzymuje się na tym stopniu do wieczora. Chory czuje się gorzej, tętno słabiej napięte, szybkie = 120.

Mocz przez cały czas pobytu chorego w klinice nie zawierał białka.

12. III. Chory na własne żądanie opuszcza klinikę.

Zachowanie się krwinek białych.

10. III. Ilość ogólna przed wstrzyknięciem = 23.600. W tem: n. 90%, l. 10%, e. 0%. W 2 godziny po wstrzyknięciu: il. og. 28.000. W tem: n. 94%, l. 6%, e. 0%. W 6 godz. il. og. 42.000. W tem: n. 95%, l. 5%, e. 0%. W 20 godz. il. og. 24.000. W tem: n. 92%, l. 8%, e. 0%.

11. III. Ilość ogólna przed wstrzyknięciem 10 cm³ = 21·000. W tem: n. 92%, l. 8%, e. 0%. W 2 g. po wstrzyknięciu il. og. = 29.000. W tem: n. 97%, l. 6%, e. 0%. W 6 godz. il. og. = 35.000. W tem: n. 97%, l. 3%, e. 0%. W 20 godz. il. og. = 22.200. W tem: n. 92%, l. 8%, e. 0%. (Dok. uast.).

Z kliniki medycznej U. J. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

O odczynie Cammidgea.

Podał

Dr Józef Kostrzewski.

Dla badania fizycznego trzustka jest prawie niedostępna; tylko w wyjątkowo korzystnych warunkach — u osób bardzo szczupłych — można wyczuć głowę trzustki pomiędzy linią mostkową i przymostkową prawą; już mierne odżywienie, tembardziej zaś bolesność okolicy nadpępcza, wzdęcie i napięcie powłok brzusznych, — nierzadkie objawy ostrych czy przewlekłych schorzeń trzustki — jej badanie fizyczne najczęściej zupełnie udaremniają; ułatwiać je mogą poniekąd nowotwory i torbiele trzustki. A jak mało są znamienne i do jakiego stopnia wspólne schorzeniom innych narządów jamy brzusznej, zachowanie się cie-

płoty i tętna, — jakość, nasilenie i siedziba bolu i ogólne wejrzenie chorego w przebiegu schorzeń trzustki, tego nauczyło doświadczenie ostatnich czasów; niejednokrotnie tam, gdzie wszystko zdaje się przemawiać za schorzeniem pęcherzyka lub dróg żółciowych, niedrożnością jelit lub zapaleniem otrzewnej lub też pęknięciem ciężarnego jajowodu, tam operacya lub nekroskopia odkrywa schorzenia trzustki. To też wobec tego w rozpoznawaniu chorób trzustki z pośród metod badania klinicznego najwięcej jeszcze — mniej lub więcej pewnych — danych, daje badanie wydalin, względnie wydzielin. Atoli cukromocz przemijający lub stały, białkomocz, rzadziej obecność tłuszczu lub maltozy w moczu, to objawy ani znamienne, ani stałe w chorobach trzustki: biegunka tłuszczowa (*steatorrhoe*) znowu przy obecności barwików żółciowych w kale, stosunek tłuszczów rozłożonych do nierozłożonych przemawia wielce za, jednak nie dowodzi schorzenia trzustki; próba z pastylkami Sahliego, lub próba woreczkowa Schmidta także nie rozstrzygają o stanie anatomicznym lub zdolności czynnościowej trzustki; tylko ujemny wynik tak jednej, jak drugiej próby ma wartość rozpoznawczą znaczną, dodatni nigdy przekonywającej. Sposób otrzymywania soku trzustkowego z żołądka czczego, po wlaniu doń oliwy, zbyt często stosowany być nie może w przypadkach schorzeń lub przypuszczalnych schorzeń trzustki. Do tego szeregu metod czynnościowego rozpoznawania należy także badanie stolców co do trypsyny i zawartości kwasu lecytynofosforowego. Przeważna większość tych metod stara się zużytkować dla rozpoznawania, już to zaburzenia, jakie powstają w przemianie materyi skutkiem odpadnięcia wydzielania wewnętrznego — już to zaburzenia, jakie się spotyka w wyzyskiwaniu pokarmów w przewodzie pokarmowym, skutkiem odpadnięcia wydzielania zewnętrznego trzustki. W przeciwieństwie do powyższych objawów następowych wydzielania wewnętrznego lub zewnętrznego schorzałej trzustki, otrzymywany sposobem Cammidgea związek w moczu, ma być następstwem zaburzenia przemiany materyi w samej tkance gruczołu. Istota próby Cammidgea we wszystkich odmianach, czy samego autora, czy innych, którzy się próbą tą posługiwali, polega na tem, że mocz, który bezpośrednio odczynu z fenylhydrazyną nie daje, — daje go po uprzedniem gotowaniu z kwasem solnym. Kwas solny ma rozszczepiać jakieś ciała, których pochodne zdolne są wchodzić w związek z fenylhydrazyną; przedstawia się on jako osad kłaczkowaty, żółty; osad oglądany pod mikroskopem, składa się z igiełek w pęczki lub gwiazdki ułożonych; 33% kwas siarkowy rozpuszcza je w przeciągu kilkunastu sekund. Nie znając innych własności, mogących bliżej określać przyrodę tego związku i nie przytaczając dowodów, przypuszcza Cammidge, że to może wytwór rozszczepienia gliceryny, wydzielanej moczem, a powstałej skutkiem martwicy tłuszczowej komórek trzustki (według innych nietylko trzustki), to znowu, że może połączenie kwasu glukuronowego z fenylhydrazyną. Zadanie odczynu jako metody klinicznego badania: dodatni wynik, zdaniem Cammidgea, ma nietylko świadczyć o schorzeniu trzustki, ale zależnie od własności otrzymanych kryształków, służyć do rozróżnienia przyrody jej cierpienia. A teoretyczne uzasadnienie próby i wartość jej w rozpoznawaniu chorób trzustki w świetle dotychczasowych badań i doświadczenia klinicznego?

W kierunku poznania przyrody otrzymywanego związku, wykazały badania co następuje: gliceryna (obecna w moczu) zdaje się nie być ciałem, z którego wytworów pochodnych miałby ów osad powstawać; — wielce jest natomiast prawdopodobnem, że związek ów jest połączeniem fenylhydrazyny z produktami rozszczepienia ciał nie zawsze tych samych. Dodatni wynik odczynu w przypadku opisanym przez Smoleńskiego zależał od obecności w moczu cukru trzcinowego, w przypadkach podanych przez L. Caro i E. Wörnera miał zależeć od obecności kwasów glukuronowych. W pracy Caro i Wörnera wspomniano o własności optycznej połączenia kwasu glukuronowego z p-bromfenylhydrazyną i stosowaniu jej w celach rozpoznawczych, jednak właściwości tej nie zużytkowano; szczegół zaś ten, gdzie chodzi o wykazanie i rozstrzygnięcie obecności kwasu glukuronowego jest bardzo ważny, bo w tworzeniu się połączeń kwasu glukurowego z fenylhydrazyną stosunki są zawiłe. Kwas glukuronowy zależnie od ilości drobin fenylhydrazyny, działających na jedną jego drobinę, daje z fenylhydrazyną połączenia, albo o punkcie topliwości pentozazonu, albo połączenia pod względem wysokości punktu topliwości glukozazonu i pod względem odsetkowego składu chemicznego zupełnie podobne do glukozazonu. Otrzymując z próby fenylhydrazynowej połączenie o punkcie topliwości pentozazonu, można drogą analizy elementarnej odróżnić, czy mamy do czynienia z pentozą lub kwasem glukuronowym; ale jeśli punkt topliwości będzie odpowiadał heksosie, analiza elementarna nie rozstrzygnie o heksosie lub kwasie glukuronowym. Oznaczając zaś skręcalność gatunkową połączenia z p-bromfenylhydrazyną, usuwa się wszelką wątpliwość. (Dok. n.).

O deprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach.

napisali

Prof. W. Jaworski i Doc. E. Męsowicz.

Dawna generacya lekarzy zżymała się na ogłaszanie i zachwalanie pigułek lekarza Morisona, kropel kapucyńskich, słynnego w swoim czasie syropu słodowego Hoffa i t. p. Każdy dziennik lekarski uważałby był za niewłaściwe ogłaszać o tych przetworach. Bardzo dbano o to, aby syropu Pagliani, kropli Pserhofera i t. p. środków nie umieszczano bez podania ich składu chemicznego, uważając je za leki tajne. *Sed tempora mutantur.* Dziś się ta tkliwość na tego rodzaju niesumienności zatraciła i tak przytępiła, że obecnie w najpoważniejszych dziennikach lekarskich czytamy w inseratach ogłoszenia środków rzekomo leczniczych, nietylko bez podania składu chemicznego, ale nawet z zachwaleniem ich skuteczności i wskazaniami, jakie się podoba producentom napisać.

Niedawno jeszcze silili się przynajmniej producenci, by wynajdować nazwy przypominające skład chemiczny, wprawdzie barbarzyńsko brzmiące i rażące ucho, jak: osdurgea,

menthalcol, mercolinth i t. p., lecz przynajmniej wyrazy rzetelne, dla nikogo nieszkodliwe, przypominające coś ze składników przetworu. Dziś dzieje się już inaczej.

Pan X., zakosztowawszy trochę chemii lub farmacyi, nie mogąc w tym zawodzie rzetelnie prosperować, bierze pierwsze lepsze ciało, może to być deszczówka albo cegła w proszku, daje mu nazwę choroby i lek już gotów. Najskuteczniejszy jest środek wtedy, jeżeli uda się wymyśleć dla niego energiczną nazwę, która przypadnie do smaku lekarzom i chorym. Dziś już trudniej wyszukać nazwy, niż lek sam. Nikt nie wie, co lek zawiera, mimo to go stosują, bo nazwa i reklama zrobią już swoje. Preparaty tego rodzaju fabrykują dziś nietylko partacze, ale wielkie fabryki chemiczne i apteki. Przemysł chemiczny i aptekarski zasypuje nimi lekarzy i inseraty najpoważniejszych pism lekarskich. Dzisiejsza generacya lekarzy przyjmuje wszystko za dobrą monetę i nietylko nie oddziaływa na te wybryki niesumienności i oszustwa, ale je bezwiednie popiera, jak to trafnie zauważył Dr Klęsk w »Głosie lekarzy« 1908, 17.

Skądże to poparcie? Bo dziś nie trzeba już myśleć o składzie chemicznym, działaniu leku i jego dawkowaniu. Jakże to łatwo teraz leczyć, jeżeli na każdą chorobę ma się lek, którego nazwa zgadza się z nazwą choroby, a dawka już gotowa w pastylce lub kapsułce! Wystarczy tylko okiem rzucić, ile to niezawodnych leków mamy na każdą chorobę:

Na choroby mózgu mamy: cerebrin, cephalin, kapitol, kephaldol, kephalopin; hemikranin, antihemicranin, migrenin, migrol, migrophen, migrosine.

Na sen: hypnal, hypnon, dormiol, somnol, somnoform.

Na ogólne nerwowe przypadłości: nervotonicum, nervoton, neuroton, nervoform, nervol, nervosin, neurosin, neurilla, neuridin, neurogen, neurol, neuronal, neuronidia, neurosthenin, sedativum, taninervin, antinervin, neurorosin, neurosin.

Na szczegółowe dolegliwości nerwowe: convulsin, spasmosit, trigemin, anaesthesin, analgesin, analgen, exalgin, epileptikon Dr Weila.

Na gościec: rheumasan, rheumasol, rheumaticon, rheumatin, rheumafluid, rheumatol, rheumoline, rheumon, antirheumatin, anthirheumol.

Na dolegliwości płucne: pilulae respirini, pulmin, pulmoform, pulmonanin, pulmonin Pserhofer, aphthisin, antiphtisin, inhalon.

Na kaszel: contratussin, antitusin, pertussin, perhustin, tussol, tussin, antitussin, tossiculin, tossifugin, tussolin, bronchitin.

Na trudności oddechowe: dispnon, dispnin, asthmatol, astmol, calmyl, calmyren, pil. asthmaticae Werner.

Przed sercem szalbierstwo jeszcze ma obawę, bo znaleźliśmy tylko dwa leki, cordol, cardiotonin.

Najwięcej rzuca się szalbierstwo na przewód pokarmowy, już od najdawniejszych czasów.

Na żołądek: stomachin, stomachicon, stomasan, stomatol, stomachistum, gasterogen, gastricin, gastromyxin, gastrosot, orexin, Appetitpillen, antidyspepticum, Gölis Speisepulver, digestol Glück.

Na jelita: intestin, enterol, enterose, flatulin, exodin, aperitol, pil. apperientes, regulin, pararegulin, purgen(!), purgatin, purgetta, purgolade, purglets, purgomenta (Werke).

Na guzy krwawnicze: anusol, hemorhin, haemorhoisit.

Na choroby wątroby: hepatin, pil. hepaticae, heparaden, heparon, sal hepaticum, malachol, pilulae probilini Dr Baumeistera, cholelitton, cholelithinum, chologentin, chologen, cholelysin.

Dla chorób narządu moczopłciowego: lithosan, lithosanol, anticalculosin, uricedin, urisolvin, uritone, uriform, urol urolysin, urotropin(!), cystogen, cystopurin, blenorol, blenosan, blenol, gonorin, gonorol, gonosan, vaginol.

Na choroby krwi: blutan, Blutsalz, Blutreinigungspulver, haemostal, haemostatin, haemostogen, hamostypticum, stiptycin, styptol.(!), pil. roborantes, antichlorosin, antichlorotin, haematicum Glausch.

Na choroby w przemianie materyi: bioson, bioplastin, degrassin, regenerol, sal tonique, glaukol, antidiabeticum, antidiabetin, pil. antidiabeticae, diabethesin, arthritin, arthriticin, anthrosan, podagrin, Gichtwasser, Gichtbalsam, artheriose, antisclerosin, antiscrophulin, lactagol.

Dla odżywienia: bioson, dynamogen, energin, eubiol, eubiose, makrobion, myogen, neocithin, nutrin, nutrol, nutrose, osta, osteogen, perdynamin, plasmon, roborat, robuston, sanose, somagen, sanatogen, visvit.

Przeciw zakażeniom: aseptol, aseptinol, baccilin, bacillol, mikronal, antibacillose, antibakterid, antibakterikon, antiparasitin, mikrocidin.

Istnieją jeszcze takie: antiexsudatin na obrzęki, antimorphin, febrisol (na gorączkę).

Dermatologia i chirurgia ma ich także podostatkiem: Brannolin, brandosanal, capillin, captol, brandol, cutol, dermalin, dermosol, dermatin, dermatol(!), dermol, dermogen, cancroin, concroidin, fibrolysin, dentol, dentolin, frostin, traumatol, traumasan.

Mamy przeto leków dość na każdą chorobę i to według zachwalań inseratowych jeden skuteczniejszy niż drugi. Po co obserwacya kliniczna lub szpitalna, sama nazwa ręczy za skuteczność leku!

Rzecz jest zbyt ważna, aby się nie zastanowić nad jej następstwami i nad przyszłością wykonawstwa lekarskiego.

1. Lekarz nie znając składu leku, nie może go sumiennie polecać, gdyż nie wie, czy lek będzie skuteczny, albo nawet czy nie zaszkodzi; nie może też ani dawki powiększać, ani zmniejszać. Jeżeli po podaniu nieznanego leku nastąpi działanie uboczne, to lekarz nie zoryentuje się w objawach. Lekarz, ordynując tego rodzaju lek, bierze tylko sam nieopatrznie na siebie wielką odpowiedzialność za możliwe następstwa, bo zagranicznego fabrykanta lub aptekarza do odpowiedzialności pociągnąć nie można. Czy może lekarz brać na siebie odpowiedzialność za następstwa po ordynacyi nieznanego mu tussicolu, stomacholu, nervoformu i innych tego rodzaju nieznanych mieszanin, zestawionych przez niedowarzonych adeptów chemii lub farmacyi, a nigdzie nie wypróbowanych w praktyce klinicznej lub szpitalnej?

2. Jeżeli lekarz zacznie zapisywać antiphthisiny, antidyspeptyny, tussicole itp., na cóż mu jego studya chemii, farmakologii, na cóż ta żmudna obserwacya kliniczna i szpitalna. Wszak na to nie potrzeba nawet umieć zapisać recepty, tylko wprost powiedzieć choremu, aby sobie kupił antineuralgenu, chlorogenu, regenerolu itd. Przez wprowadzanie do praktyki tego rodzaju środków, będą uczniowie uważali studyum lekarskie za zbyteczne, wszelki zmysł krytyczny u lekarzy ustanie, lekarze przestaną myśleć i dojdzie do automatycznego mechanizmu w leczeniu, tak, że pisanie recept będzie sprawiać trudności, co niestety daje się już dostrzegać u młodszej generacyi lekarzy.

3. Żalimy się na partaczy i znachorów, którzy w coraz większej liczbie się pojawiają. Czy lekarz zapisując środki reklamowe o nieznanym mu składzie, jak antidiabetin, antimorfin i t. p., różni się czem od partacza, który choremu poleci zażywanie proszków z popiołu albo węgla. Jeden i drugi nie wiedzą, czem leczą i jaki skutek będzie. Po cóż partaczy prześladować, kiedy sami skłaniamy się do partactwa.

4. Jakże nasi chorzy na ordynacyi takich leków wychodzą? Lekarz ordynując bez namysłu leki, których składu nie zna, nie może mu zaordynować tego, coby uważał w chorobie za najskuteczniejsze. Nadto ceny leków reklamowych są

ogromnie wygórowane, tak, że chory lek bezwartościowy ogromnie przepłaca. Jeżeli lekarz choremu raz zaordynuje taki lek reklamowy, jak n. p. tussifugin, to on już przy każdym kaszlu, czy ten kaszel jest objawem zwyczajnego nieżytu oskrzeli, czy zapalenia nieżytowego płuc, czy wysięku, czy gruźlicy płuc, bez recepty kupi sobie tussifuginu i będzie się nim w najlepszej wierze tak długo leczył, aż choroba w całej pełni się rozwinie.

Możnaby temu zapobiedz, gdyby lekarz na recepcie napisał *ne repetatur*; i nie zaniedbał poniżej swój podpis położyć, gdyż zdarza się i to, że jeżeli podpis jest powyżej, to *ne repetatur* bywa odcinane. Lecz i takie pisanie recept nie pomaga, bo chory przynosząc po wyżyciu pudełko lub rurkę do apteki, specyfiku dostanie. Dlatego lepiej napisać receptę np. tak: »*Pil. dyspnoni Nro 50 da ad scatulam officinalem, consp.* DS. 3 × dziennie po pigułce użyć«; wtedy chory nie dostanie do rąk ani pudełka oryginalnego, ani reklamowych zachwalań.

5. Wyrabianie dzisiejszych specyfików na choroby nie wymaga ani szczegółowej nauki, ani wiedzy, tylko wielkiej dozy czelności; nie trzeba na to i wielkich zasobów pieniężnych, gdyż wzięte składniki są umyślnie tanie lub bezwartościowe, droga jest tylko ich reklama. To też obecnie tysiące szalbierzy na ten oszukańczy przemysł się rzuciło, tak, że co roku legiony nowych leków, jak grzybów po deszczu wyrasta. Dzieje się to tem łatwiej, że te same leki, nawet bez zmiany w mieszaninie, nowi szalbierze pod zmienionemi nazwami w obieg puszczają. Lekarze sądzą, że mają przed sobą nowy przetwór. Producenci tryumfują, że im się podstęp udał. Dziennie też przynosi lekarzowi poczta dziesiątki nowych próbek i druków je zachwalających. Nazwy tych wszystkich środków trudno już zapamiętać, pod ich balastem cała farmakologia idzie w niepamięć, a do farmakopei mało który lekarz dziś zagląda.

6. A jak się lekarze wobec tego zalewu szalbierstwem zachowują? Niestety musimy powiedzieć, że nietylko nie widać odporu, ale przeważna część lekarzy ten prąd popiera w praktyce. Jedni chwytają specyfiki co prędzej dla własnej reklamy, chcąc się pokazać postępowymi. Czynią to przeważnie młodsi i to tak długo, aż się na nich w praktyce poparzą. Inni znów wydają bez namysłu i rozwagi świadectwa o skutkach specyfików, ciesząc się, że ich nazwisko będzie figurowało na wszystkich handlowych reklamach. Jeszcze inni dają się wciągnąć przez nastawione sidła do pisania artykułów do czasopism politycznych, a nawet i lekarskich, piejących hymny o skuteczności specyfików. Słusznie też pisze Dr Klęsk, że lekarze sami przyczyniają się do rozwoju partactwa.

Droga, którą się obecnie reklamowe specyfiki do praktyki wciskają, jest zwykle następująca: Naprzód jeden lekarz ujęty przez ajenta podróżnego lub przez sążnistą reklamę zacznie środka używać w dobrej wierze; drugi lekarz dostawszy próbkę, napisze list z podziękowaniem lub uznaniem, co producent w tej chwili przedrukowuje, trzeci napisze nawet obserwacyę ze szpitala lub kliniki. Producent ma już od lekarzy wszystko, czego chciał. Idzie teraz do czasopism politycznych i pisze np.: »Sanatogen, środek wypróbowany przez pierwszorzędne powagi naukowe i tysiące lekarzy, niezawodnie skuteczny w niedokrwistości, charłactwie, złem trawieniu i t. p.« Poparcia lekarzy już teraz nie potrzeba, lek sam się chwali i bywa rozchwytywany przez publiczność. Na takim koniku wyjechały somatoza, hematogen, hematol, sirolina i wiele innych. Nie dajmy się przecie użyć jako narzędzia bezwiedne, przez które wciska się szalbierstwo do medycyny wykonawczej i ją kompromituje. Nie bierzmy wszystkich fabryk chemicznych za dobrą monetę. Pracujmy nad tem, aby dawny uczciwy polski przemysł aptekarski zakwitł, a szalbierczy wyzysk zagraniczny ustał.

(Dok. nast.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Mączka Nestlego wskazana u dorosłych: 1) w cierpieniach wyniszczających ustrój, jako środek dyetetyczny, oszczędzający białko i wytwarzający tłuszcz; 2) w cierpieniach przewodu pokarmowego jako środek dyetetyczny, ulegający łatwo wchłonieniu i całkowitemu wessaniu; 3) jako środek odżywczy wolny od zawartości istot wyciągowych *M. W.*

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.
MECHANOLECZNICZY
ZAKŁAD ZANDEROWSKI
(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).
LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.
Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.
APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.
POKOJE DLA CHORYCH. 123
ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.
Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 24. lipca 1909. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Opsoniny Wrighta. Ich badanie, technika i znaczenie kliniczne w schorzeniach gruźliczych.

Podali

Prof. W. Jaworski i Dr. P. Korolewicz, asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

a) Znaczenie IO w leczeniu gruźlicy.

Według Wrighta należy się starać o wzmożenie opsonin w ustroju, aby przy ich pomocy laseczniki mogły być sfagocytowane. Daje się to uskutecznić przez wstrzykiwanie tuberkuliny. Należy jednak przy leczeniu gruźlicę miejscową ograniczoną odróżnić od gruźlicy, która wywołuje objawy ogólne, jak gorączkę.

W miejscowej gruźlicy, zwłaszcza skóry, gruczołów, kości, dlatego według Wrighta nie następuje wygojenie, że do tych miejsc opsoniny drogą krążenia dostać się nie mogą. Dlatego należy przez zabiegi mechaniczne w miejscach schorzałych (zob. niżej) pobudzić krążenie, a przez to dopływ opsonin do bakteryi. Jeżeli mechaniczne zabiegi nie sprawiają podwyższenia IO, to należy do tego dążyć przez wstrzykiwanie stosownych dawek tuberkuliny, najlepiej nowej Kocha TR.

W gruźlicy płuc następuje najczęściej autoinokulacya produktami gruźliczymi, czyli sam ustrój się szczepi. Takie samoszczepienie może być nawet groźne dla ustroju, jeżeli następuje gwałtownie. Szczepiąc suchotników tuberkuliną, często trudno ocenić, czy wahania w IO pochodzą od wstrzykniętej tuberkuliny, czy też wskutek autoinokulacyi. Szczepienie suchotników tuberkuliną może być tylko w tych przypadkach wskazane, jeżeli IO nie jest ani zbyt nizki, ani zbyt wysoki (zob. ryc. 7). Gdyż przez wstrzyknięcie tuberkuliny sumuje się efekt; może np. powstać zbytnie obniżenie opsonin (nizka faza ujemna) i znaczne obniżenie odporności ustroju na samozakażenie. Aby przy wielkich wahaniach IO zabezpieczyć się przed autoinokulacyą, najlepiej położyć chorych do łóżka, aż IO się ustali. Ilość tuberkuliny, potrzebnej do leczenia suchotników, jest według Wrighta o wiele mniejszą, niż obecnie lekarze używają; wynosi ona $^1/_{30000}$—$^1/_{800}$ mg. Już te ilości tuberkuliny są zdolne podnieść IO z 0·35 na 1·7.

Podczas wstrzykiwania tuberkuliny chorym zauważano (Morland, Turban) w plwocinach fagocytozę, tj. ciałka białe, wypełnione prątkami gruźliczymi. To samo spostrzegano na leukocytach w moczu chorych na gruźlicę pęcherza (Löwenstein, Turban). Czy taka fagocytoza ma znaczenie pożyteczne dla ustroju, trudno powiedzieć, gdyż bakterye gruźlicze otoczone odporną osłonką, z trudnością tylko mogłyby być zniszczone.

Należy w końcu nadmienić, że Wright, trzymając się IO, wyleczył przez wstrzykiwanie tuberkuliny wiele przypadków gruźlicy, zwłaszcza gruczołów, kości, jąder, pęcherza, nerek, otrzewnej i t. p. Twierdzi on, że niekorzystne wyniki, jakie lekarze otrzymują przy wstrzykiwaniu tuberkuliny, należy w wielu przypadkach odnieść do tego, że wstrzykują niestosowne ilości tuberkuliny i w nieodpowiedniej porze, nie oznaczając wprzód IO. Należy bowiem powtarzać wstrzykiwania w fazie dodatniej (zob. ryc. 7, krzywa górna). Gdy wstrzykujemy bakterye w fazie ujemnej, obniżają ją one jeszcze bardziej, wiążąc opsoniny w ustroju, który traci przez to odporność przeciw ponownemu wtargnięciu bakteryi (zob. ryc. 7., krzywa kropkowana).

Podczas wstrzykiwań tuberkuliny stara się Wright w stosownych przypadkach schorzeń gruźliczych dopomagać leczeniu przez miejscowe zabiegi, w celu polepszenia krążenia i doprowadzenia krwi opsoninowej do miejsc zmienionych gruźliczo. Dzieje się to przez nacinanie ropni, nakłuwanie wysięków, gorące powietrze, opaski Biera, miesienie, rozmaite okłady, opatrywanie ran ciałami przeciwskrzepowemi, jak cytrynianem sodowym, cukrem i t. p.

Przy innych zakażeniach bakteryjnych (np. gronkowcami, paciorkowcami) wstrzykuje Wright zabite bakterye z pomyślnym skutkiem i to z hodowli, otrzymanych z tego samego chorego. Ta wakcynacya Wrighta daje według ogłoszeń jego i innych autorów angielskich, dobre wyniki lecznicze w zakażeniach gronkowcami *(furunculosis, acne, sycosis* i t. p.).

b) W celach rozpoznawczych

kieruje się Wright również zachowaniem wskaźnika opsoninowego.

Jeżeli IO kilkakrotnie oznaczony względem pewnej bakteryi jest normalny i nie waha się, to zakażenie tą bakteryą jest wyłączone.

Jeżeli IO okazuje się stale zmniejszony, to wskazuje to na zakażenie miejscowe, z którego do ustroju nie

przechodzą jady bakteryjne, przez to nie mogą wywołać zwiększenia opsonin.

Jeżeli IO wypada rozmaicie, raz wyższy, drugi raz niższy, — to faza dodatnia, to ujemna, — to jest to objawem autoinokulacyi i mamy przed sobą przypadek ogólnego zakażenia ustroju tą bakteryą, chociażby nie było jeszcze objawów klinicznych zakażenia.

Jeżeli IO stale okazuje się zwiększonym, to wskazuje to albo na przebyte już zakażenie, albo na stosowane szczepienie.

Jeżeli surowicę badaną ogrzejemy do 60° przez 10 minut, a fagocytoza, która była przed ogrzaniem surowicy, znacznie zmaleje lub zniknie, to niema zakażenia, gdyż w surowicy były tylko normalne opsoniny, ciepłochwiejne.

Jeżeli surowicę badaną ogrzejemy do 60°, a fagocytoza zostaje ta sama lub niewiele różna, to istnieje zakażenie ustroju dotyczącą bakteryą, gdyż opsoniny przez uodpornienie (tu przez autoinokulacyę) wytworzone są ciepło-trwałe.

Jeżeli u chorych z wysiękami IO w surowicy okazuje się wyższy, niż w wysięku, to należy uważać sprawę chorobową za miejscową, a w wysięku muszą się znajdować bakterye zakażające.

Wright rozszerza znaczenie rozpoznawcze IO o wiele dalej. Powiada np., że jeżeli niema jeszcze podejrzenia co do gruźlicy, a IO waha się względem bakteryi gruźliczych, to pomimo braku objawów klinicznych, istnieje gruźlica w ustroju. Wahania bowiem IO mają być pierwszym sygnałem wtargnięcia gruźlicy do ustroju.

W rozpoznawaniu innych znów przypadków, jak np. w zapaleniach stawów lub gruczołów o nieznanej etyologii, radzi sobie Wright w ten sposób, że bada pokilkakroć IO względem gronkowców, paciorkowców, dwoinek wiewiórowych i prątków gruźliczych, i przyjmuje zakażenie tą bakteryą, dla której IO okazuje się zmienny. Jeżeli to oznaczenie nie doprowadziło do celu, to Wright nie daje jeszcze za wygraną: miesi chore gruczoły, porusza chorymi stawami, aby wywołać autoinokulacyę i dopiero teraz powtarza oznaczanie IO i dowiaduje się, który wskaźnik obecnie okazuje zmienność (wahania).

c) Dla rokowania

może wskaźnik opsoninowy według twierdzenia Wrighta dawać pewne wskazówki.

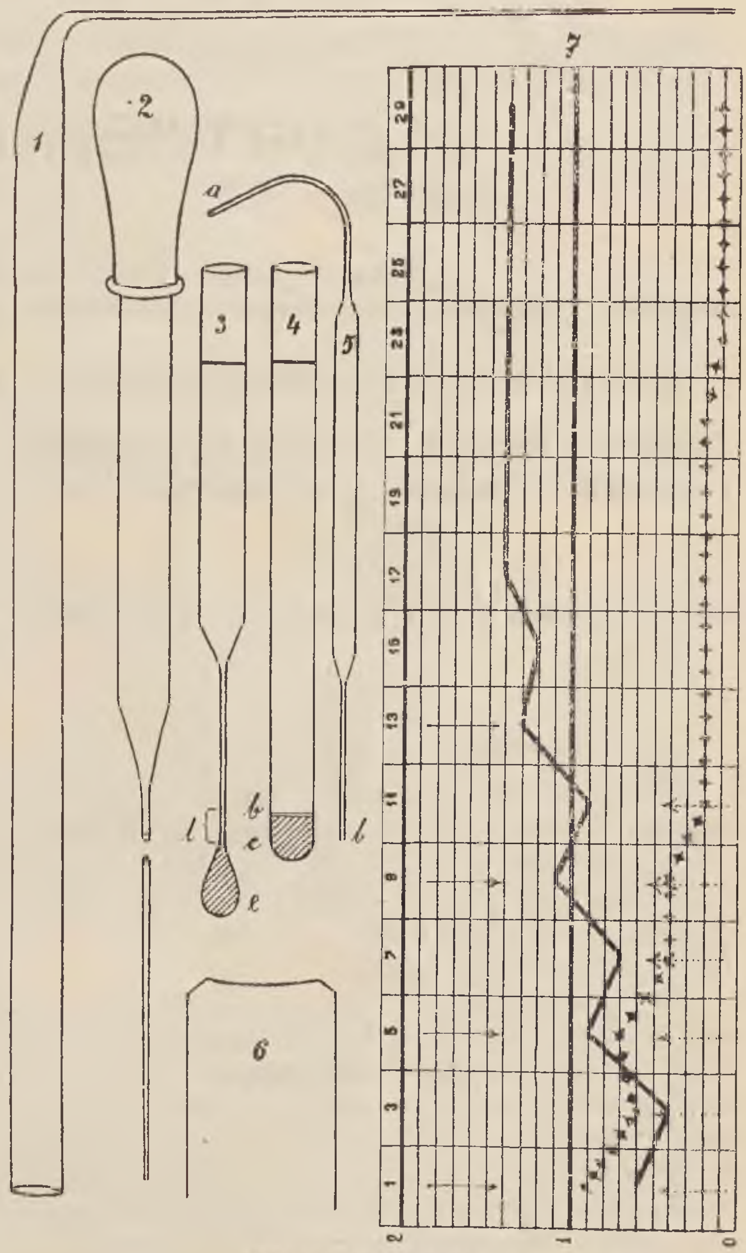
Jeżeli u chorego wskaźnik stale znajdujemy nizki, a przez wstrzyknięcie szczepionki nie da się podnieść (zob. ryc. 7. krzywa kropkowana), to świadczy to o słabej odporności ustroju na ten zarazek i rokowanie jest gorsze. Przeciwnie ma się rzecz, jeżeli IO po wstrzykiwaniach się wzmaga (zob. ryc. 7. krzywa wyciągnięta). Świadczy to o zwiększonej odporności na zarazek.

Przypadki gruźlicy z wysokim IO mają dawać, według niektórych autorów (Meakin i Wheeler) lepsze rokowanie, niż z nizkim.

Czy zwiększenie fagocytozy, t. j. wyższy IO, jest rzeczywiście miarą zwiększonej odporności ustroju przeciw zarazkowi, jest to pytanie, potrzebujące rozwiązania.

To są zdumiewające wnioski i daleko sięgające zastosowania kliniczne nauki opsoninowej Wrighta.

Metodę i technikę, na mocy których Wright do tego przychodzi, przedstawimy poniżej, przytaczając wprzód oryginalny przepis Wrighta, potem modyfikacye, poczynione przez innych autorów, a ostatecznie sposób, w jaki myśmy nasze oznaczenia wykonywali.



Objaśnienie rycin.
(Ryciny w naturalnej wielkości).

1. Pipeta włosowata kątowato zakrzywiona, służąca do płukania ciałek białych (zob. uwaga ad 2).

2. Mieszacz (melangeur) Wrighta (z powodu braku miejsca część włosowata na rycinie przerwana; część ta ma wynosić od 8—10 cm długości) (zob. uwaga ad 1).

3. Rurka szklana według Turbana i Baera, służąca do wirowania, płukania i mieszania ciałek białych (zob. 2).

4. Rurka szklana według Wrighta, służąca do wirowania, płukania i mieszania ciałek białych (zob. uwaga ad 3).

5. Rurka zakrzywiona, służąca do nabierania krwi na surowicę według Wrighta (zob. uwaga ad 4 i ad 5).

6. Szkiełko do rozprowadzania kropli mieszaniny sfagocytowanej na szkiełku podstawowem, celem zrobienia preparatu do barwienia (zob. 6 przepis Wrighta).

7. Tablica z krzywą odczynu opsoninowego:

—— Krzywa opsonin przy wstrzykiwaniu tuberkuliny z wynikiem dodatnim (wzmożenie opsonin we krwi) (zob. ust. V. a, b).

---- Krzywa opsonin przy wstrzykiwaniu tuberkuliny za częstem, szkodliwem (zmniejszenie się opsonin we krwi) (zob. ust. V. a, b).

Według przepisu Wrighta potrzeba do wykonania próby: 1) Pipet, czyli t. zw. mieszaczy (melangeur). 2) Wypłukanych ciałek krwi. 3) Zawiesiny z bakteryi. 4) Surowicy (badanej). 5) Surowicy prawidłowej, albo surowicy mieszanej dla kontroli.

1. Pipety (przepis oryginalny Wrighta) »powinny być wszystkie o jednakowem świetle, zwężające się lekko ku końcowi (zob. ryc. 2. Melangeur). Drugi szeroki koniec powinien być zaopatrzony balonikiem gumowym, ściśle do rurki przystosowanym. Przed użyciem obcina się równo zwężony koniec i robi się znaczek ołówkiem parafinowym na pipecie w odległości $^3/_4$ cala od końca«.

Mieszacze (melanżery) nie powinny być według Turbana i Baera ani za wązkie, ani za szerokie, w pierwszym bowiem wypadku źle się niemi ciągnie, w drugim potrzeba większej ilości składników do napełnienia. Długość ich powinna wynosić 15—16 cm., oddalenie znaczka winno wynosić $1^1/_2$—2 cm. od końca włosowatego. Jednej pipety nie można używać dwa razy.

Busse radzi używać nieco szerszych pipet, przedstawiając błędy wynikłe z używania za wązkich i średnich. Według niego różnice błędów są następujące: przy wązkich 30%, przy średnich 18%, a przy szerokich tylko 10%, a więc błąd najmniejszy.

Levaditi i Inmann sporządzają melanżery o świetle 0·5 mm., a więc bardzo wązkie.

Ze względu na ułatwienie nabierania składników do melanżera używa Kraus zamiast balonika, przyrządu śrubowego, który zaleca także Serkowski.

Uwaga ad 1. Do obliczania opsonin robiliśmy sami melanżery z rurek szklanych, długości 10—12 cm., o średnicy 7—8 mm. Po rozgrzaniu rurki takiej w samym środku aż do żaru w płomieniu bunsenowskim, wyciągaliśmy poza płomieniem, niezbyt szybko, przez co otrzymywaliśmy równocześnie 2 pipety o świetle mniej więcej 1—$1^1/_2$ mm. Do każdej próby używaliśmy osobnych melanżerów. I tu z własnego doświadczenia możemy powiedzieć, że melanżery o zbyt wązkiem świetle sprawiają wiele trudności, gdyż słupki cieczy trudno w nich dokładnie wykalibrować z powodu ciągłego ruchu, jaki w pipecie wykonują przy lada ucisku palcem na balonik gumowy.

2. Wypłukane ciałka krwi. (Przepis oryginalny Wrighta). »Do płukania ciałek krwi używa się rurek szklanych o jednakowej średnicy, długości i wadze, ażeby na wirownicy utrzymać równowagę. Przed użyciem myje się rurki 25%-wym rozczynem kwasu siarkowego, wodą i rozczynem cytrynianu sodowego. Następnie napełnia się $^2/_3$ rurki 1·5%-wym rozczynem cytrynianu sodowego i dopełnia kroplami krwi. Po dokładnem zmieszaniu płynu, co uskutecznia się przez kilkakrotne przewracanie i odwracanie rurki zatkanej palcem (nie wstrząsanie) wiruje się dopóty, dopóki ciałka krwi nie osiądą na spodzie. Ciecz ponad ciałkami zbiera się zapomocą pipety, do czego używa się odpowiedniej pipety z kolbką. Następnie miesza się ciałka pozostałe z odpowiednią ilością 0·85%-go rozczynu soli kuchennej aż do zapełnienia całej rurki i znowu wiruje aż do oddzielenia ciałek od płynu. Płyn, znajdujący się ponad ciałkami, usuwamy zapomocą pipety, a ciałka same, zmieszane dokładnie, są gotowe do użycia«.

Turban i Baer używali z początku rurek szklanych o kształcie termometra kulkowego (zob. ryc. 3), gdyż do preparatu brali tylko same leukocyty (ryc. 3, l.), oddzielone w wązkiej części rurki od krwinek czerwonych (ryc. 3, e.), znajdujących się w kulistej przestrzeni rurki. Później jednak z powodu dosyć mozolnej i dużo czasu zabierającej roboty zaniechali tego sposobu, zwłaszcza, że ciałka białe, nie oddzielone, lecz zmieszane z czerwonemi, dają te same wyniki. Krew do tego potrzebną biorą z ucha przez nakłucie wprost do rurki.

Wirths bierze 10 cm³ krwi z żyły; dodaje $1^1/_2$ cm³ 10% rozczynu cytrynianu sodowego i pozostawia na pewien czas, po którym ciałka czerwone opadają na dno, podczas gdy osocze i leukocyty układają się ponad niemi. Tę górną warstwę zbiera zapomocą pipety i wiruje; na spodzie osiadłe ciałka białe myje 2 razy fizyologicznym rozczynem NaCl i z pewną małą ilością tego rozczynu miesza.

Strubel, opisując metodę Wrighta, poleca brać krew z kciuka, który przedtem silnie uciska przez obwiązanie chustką, kawałkiem gazy, lub rurką gumową, celem wywołania przekrwienia, a nakłucie robi powyżej paznokcia ostrym kolcem szklanym; zresztą postępuje według przepisu Wrighta.

Levaditi i Inmann używają do mieszaniny ciałek 1·5% cytrynianu sodowego w rozczynie fizyologicznym (0·9%) NaCl. Po zrobieniu kilku nakłuć w opuszkę palca, zbierają kroplami krew do rurki, bacząc, by kropla krwi padała bezpośrednio do płynu, a nie spływała po ścianie rurki.

Uwaga ad 2. Do otrzymania ciałek białych używaliśmy krwi ze zdrowego człowieka i o ile możności do wszystkich prób z tej samej osoby. Dla zapobieżenia krzepnięciu posługiwaliśmy się zawsze świeżym $1^1/_2$%-wym rozczynem cytrynianu sodowego. W tym celu rozpuszczaliśmy tłoczoną pastylkę $1^1/_2$-gramową cytrynianu sodowego (Parke, Davis et Co. Londyn) w 100 cm³ przekroplonej wody przegotowanej, a po rozpuszczeniu pastylki, sączyliśmy jeszcze płyn. Krew braliśmy przez nakłucie kilkakrotne lancetem ostrym dokładnie poprzednio wymytej alkoholem i eterem opuszki lewego palca średniego i wpuszczaliśmy krew kroplami do rozczynu cytrynianu sodowego na szkiełko zegarkowe. Na 3 cm³ rozczynu cytrynianu nabieraliśmy 6—8 kropli krwi.

Rozczyn miał zawsze ciepłotę ciała ludzkiego. Następnie po dokładnem wymieszaniu pręcikiem szklanym, zbieraliśmy zapomocą osobno do tego przeznaczonej zwykłej pipety całą mieszaninę do rurki szklanej w kształcie małej epruwetki (zobacz na ryc. 4), długiej na 8 cm., o średnicy 6—7 mm. i poddawaliśmy wirowaniu. Tak szkiełko zegarkowe, jak pipeta Wrighta i rurka muszą być przedtem dokładnie wymyte 25%-wym rozczynem kwasu siarkowego, wodą i $1^1/_2$%-wym rozczynem cytrynianu sodowego. Wirowanie nie powinno trwać zbyt długo, gdyż przez to ciałka białe skupiają się po kilka razem, a kształty ich tracą swą prawidłowość. Po wywirowaniu oddalamy płyn, znajdujący się ponad warstwą ciałek, zapomocą pipety włosowatej, zakrzywionej pod kątem prostym (zob. na ryc. 1) i napełniamy rurkę 0·85%-wym rozczynem NaCl, z którym trzeba dokładnie zmieszać ciałka, a następnie znowu wirujemy. Po oddzieleniu ciałek od płynu zbieramy go znowu zapomocą powyższej pipety dokładnie tak, że zostaną same ciałka krwi, na spodzie czerwone (zob. na ryc. 4, c.), na wierzchu białe (zob. na ryc. 4, b.), przedstawiające się w postaci cienkiej białawej błonki. Jednak przy wykonywaniu próby zmieszaliśmy obydwie warstwy ciałek, t. j. cały osad w rurce dokładnie i w ten sposób mieliśmy gotową mieszaninę ciałek białych z czerwonemi do dalszego użycia.

3. Zawiesina z bakteryi. (Przepis oryginalny Wrighta). »Z wyjątkiem zawiesiny z prątków gruźliczych, którą się sporządza ze zabitych, suchych, lub wilgotnych hodowli, — robi się zawiesiny ze świeżych żyjących hodowli. Laseczniki (*bacteria coliformia*) i nie barwiące się sposobem Grama ziarenkowce powinny być młode, 4—10-

godzinne, im młodsze, tem lepsze, a barwiące się sposobem Grama 24-godzinne. Do rozcieńczenia prątków gruźliczych, *micrococcus neoformans* i nie barwiących się sposobem Grama ziarenkowców służy 1·5%, do wszystkich innych 0·85%-wy roztwór soli kuchennej. Zwykle bierze się z pożywki agarowej jedno uszko hodowli i rozciera na szkiełku zegarkowem z małą ilością roztworu soli kuchennej, a przez kilkakrotne wciąganie i wydmuchiwanie zapomocą pipety włosowatej, z końcem poprzecznie uciętym, przylegającym swą płaszczyzną do szkiełka, otrzymujemy zawiesinę. Gęstość zawiesiny bywa rozmaitą; zawiesina z prątków wygląda na oko więcej mętna, aniżeli zawiesina z ziarenkowców, która lekko opalizuje. Jeżeli się wykonuje więcej prób, to należy zrobić najpierw tak zwany »Trial-Trip«, to jest próbny preparat, ażeby sprawdzić dobroć zawiesiny, która nie powinna zawierać skupionych w kępki bakteryi«.

»Do sporządzenia odpowiedniej zawiesiny z prątków gruźliczych należy użyć więcej skomplikowanej metody. Małą ilość wysuszonych, lub wilgotnych prątków, które się otrzymuje jako pozostałość przy fabrykacyi starej tuberkuliny Kocha, lub wymyte, wyjałowione prątki, pochodzące ze świeżej pożywki, rozciera się w moździerzu agatowym, z początku na sucho, następnie przy powolnem dodawaniu kropla po kropli 1·5%-wego roztworu NaCl. W ten sposób powstaje z początku pasta, później odpowiednio gęsta zawiesina, którą się zatapia w rurce szklanej i silnie wstrząsa; po odwróceniu rurki i odstawieniu jej na jakiś czas, zbiera się na dole w zatopionym końcu osad z kępek prątków. Całą tę część rurki z osadem obcina się, a w pozostałej rurce znajduje się czysta zawiesina, z której pewną ilość, potrzebną do próby, wiruje się aż do lekkiego zopalizowania górnej warstwy«.

»Tę warstwę wolną od kępek prątków zbieramy zapomocą pipety i dokładnie mieszamy. Dla kontroli trzeba zrobić próbny preparat, aby się przekonać, czy zawiesina ma być rozcieńczona, czy nie«.

»Paciorkowce rozciera się w podobny sposób w moździerzu z 0·85%-wym roztworem NaCl i potem wiruje. Zwykle wystarcza silne wciąganie i wydmuchiwanie pipetą włosowatą na szkiełku zegarkowem, z następowem wirowaniem, aby porozdzierać łańcuszki paciorkowców i otrzymać dobrą zawiesinę«.

»Phagocytic count«, to jest wskaźnik fagocytowy (I. P.) powinien wynosić przy prątkach gruźliczych od 1·5—2·00 na komórkę, przy innych bakteryach nie więcej, aniżeli 3«.

Turban i Baer, którzy zajmują się tylko gruźlicą, używają do zawiesiny z prątków gruźliczych 2% roztworu NaCl, rozcierają prątki w moździerzu agatowym przy powolnem dodawaniu roztworu NaCl przez przeciąg 10 minut i po wywirowaniu zbierają górną mleczną warstwę. Jeżeli zawiesina ma służyć przez dłuższy czas, to trzeba ją, według nich, za każdym razem przed użyciem wyjałowić w kąpieli wodnej.

Strubel kładzie nacisk na dokładne wymieszanie i rozcieranie prątków w moździerzu. Poleca on, by rozcierać przynajmniej przez 2 godziny, w przeciwnym bowiem razie przy niedokładnem roztarciu znajduje się w zawiesinie dużo skupionych w kępki prątków, co z jednej strony utrudnia liczenie, z drugiej prowadzi do fałszywych wyników.

Levaditi i Inmann zaznaczają, że do zawiesiny z prątków gruźliczych nie można używać więcej zgęszczonego roztworu soli kuchennej, niż 1½%, gdyż nadmiar soli hamuje fagocytozę.

Serkowski używa hodowli; myje je wodą i roztworem soli, rozciera gruzełki między płytkami szklanemi, a następnie w moździerzu szklanym z 0·85% roztworem NaCl. Otrzymywał on nieraz tylko pozorną zawiesinę w postaci opalizującego, mętnawego płynu. W płynie tym pod mikroskopem nie znajdował zupełnie prątków, a zmętnienie i opalizacyę górnej warstwy zawiesiny odnosi do »wyługowanych części«. Przestrzega więc przed tem i radzi badać zawsze mikroskopowo górną warstwę zawiesiny. Z własnego doświadczenia musimy zaznaczyć, że przy sporządzaniu zawiesiny nie spotykaliśmy się nigdy z taką górną warstwą, pozbawioną prątków. Posługiwaliśmy się prątkami wysuszonymi. Być może, że hodowle wilgotne, trudne do dokładnego roztarcia, były powodem tego.

Busse wykazuje błędy, wynikłe przy użyciu zawiesin o rozmaitej gęstości; i tak przy zawiesinie o dużem rozcieńczeniu, gdzie wskaźnik fagocytowy wynosił 1—2, różnica błędu wynosiła średnio 15%; przy średniem I. P. (2·5—3) różnica błędu 12%, przy mniejszem rozcieńczeniu zawiesiny, a więc przy gęstszej zawiesinie tylko 7%. Jest on zdania, że najpewniejsze wyniki otrzymuje się wówczas, gdy wskaźnik fagocytowy wynosi od 4—5.

Uwaga ad 3. Do sporządzania zawiesiny używaliśmy prątków ludzkich zabitych, suchych (abgetötete, getrocknete, nicht zerriebene menschliche Tuberkelbacillen) z fabryki Meister Lucius et Brüning, Hoechst a. M., lub Merck, Darmstadt. Po odważeniu 20 mg. prątków rozcieraliśmy z początku przez jakiś czas na sucho w moździerzu agatowym, następnie po dodawaniu kroplami 1·5%-wego roztworu soli kuchennej aż do 3 cm³ płynu. Rozcieranie trwało zwykle od 20—30 minut i przekonaliśmy się, że rozcierając starannie, wystarcza zupełnie ten czas na sporządzenie odpowiedniej, wolnej od kępek prątków, zawiesiny. Następnie po przelaniu mieszaniny roztartej do rurki szklanej takiej samej, jakiej używaliśmy do mieszaniny ciałek (zob. ryc. 4), poddawaliśmy wirowaniu. W ten sposób otrzymywaliśmy na spodzie rurki osad, złożony ze skupionych prątków, ponad nim opalizującą warstwę płynną, w której znajdowały się pojedyncze prątki. Po skontrolowaniu dobroci zawiesiny przez zrobienie z niej barwionego preparatu mikroskopowego, zbieraliśmy tę górną płynną warstwę do osobnej takiej samej rurki, zatykaliśmy czystym korkiem gumowym i wstawialiśmy do lodowni. Taka zawiesina trzymała się zwykle bez zmiany przez dłuższy czas. Przy każdorazowem użyciu należy ją jednak dobrze rozmieszać nie wstrząsaniem, lecz przewracaniem i odwracaniem rurki przy zamkniętym korku, aby równomiernie rozprowadzić prątki, opadłe na dno przy dłuższem staniu. Wykonując oznaczenie opsonin, wylewamy część zawiesiny na czyste szkiełko zegarkowe, skąd naciągamy do melanżera.

4. »Surowicę patologiczną (przepis oryginalny Wrighta) otrzymuje się w ten sposób, że bierzemy trochę krwi chorego do rurki zakrzywionej (zob. ryc. 5). Otrzymanie odpowiedniej ilości surowicy, naturalnie przy wzięciu dostatecznej ilości krwi, nie sprawia żadnej trudności. W niektórych jednak przypadkach trzeba rurkę z krwią poddać wirowaniu, aby później łatwiej można zebrać surowicę. Trzeba także i na to uważać, aby nastąpiło skrzepnięcie krwi, a nie samo tylko opadnięcie ciałek, albowiem, jeżeli zamiast surowicy weźmiemy osocze, to wystąpi później w mieszaninie ciałek białych w pipecie krzepnięcie, które może zepsuć cały preparat. To wydarza się bardzo często, jeżeli w pracowni jest nizka ciepłota«.

Turban i Baer radzą brać krew równocześnie z osoby zdrowej i chorej, najlepiej rano, nim jeszcze nie nastąpi u badanych znużenie z powodu ruchów ciała. Surowicę należy zaraz użyć do próby, przez dłuższe bowiem stanie zmniejsza się w niej zawartość opsonin (według Morlanda o 3% w przeciągu 24

godzin). Światła słonecznego powinno się unikać, gdyż pod wpływem niego ulegają opsoniny bardzo łatwo rozkładowi.

Wirths używa surowicy nawet po 24 godzinach, wyrażając zgodne z Muchem i Zeisslerem zapatrywanie, że surowica pod względem zawartości opsonin nie ulega zmianie nawet po 24 godzinach.

Uwaga ad 4. Do otrzymania badanej surowicy posługiwaliśmy się rurką szklaną, o średnicy mniej więcej 3 mm., na obu końcach włosowato wyciągniętą, z jednej strony zagiętą (zob. ryc. 5). Po nakłuciu opuszki palca przystawia się do wytryskającej kropli krwi zagięty koniec rurki (ryc. 5, a.), trzymając ją pionowo, przez co z powodu skombinowanego działania z jednej strony włosowatości naczyń, z drugiej ciężkości własnej, krew spływa do rurki. Po nabraniu odpowiedniej ilości (wystarczy około 2 cm. długości rurki), zatapia się prosty koniec (ryc. 5, b.) rurki i na jakiś czas pozostawia, aby krew skrzepła. Już po pewnym czasie oddzieli się surowica, co możemy przyspieszyć zapomocą wirowania. Do wirownicy wstawiamy rurkę zatopionym końcem na dół. Chcąc wziąć surowicę do badania, odłamujemy rurkę, zrobiwszy przedtem pilniczkiem znaczek w miejscu przełamania, to jest w tem miejscu, dokąd sięga surowica swoją górną powierzchnią.

5. »Surowicę normalną z prawidłowej osoby kontrolnej otrzymuje się w podobny sposób, co surowicę badanej osoby«.

Uwaga ad 5. Nadmienić tu należy, że surowicę tę należy brać z osoby zupełnie zdrowej, u której z całą pewnością można wyłączyć schorzenie gruźlicze, czy to przebyte, czy też toczące się. Jeżeli więc po dokładnem zbadaniu nie znajdzie się nigdzie nawet podejrzenia co do jakiejś sprawy swoistej, należy się jeszcze zapewnić sposobami rozpoznawczymi, które nam służą do wykrycia dla badania niedostępnej sprawy chorobowej, a tymi są: odczyn spojówkowy Calmettea, skórny Pirqueta i wstrzyknięcie podskórne odpowiedniej ilości (1—2 mg.) starej tuberkuliny Kocha. Jeżeli dopiero te próby dadzą wynik ujemny, wówczas możemy surowicę takiej osoby uważać za normalną.

Osobą ową kontrolną powinien być mężczyzna zdrowy, prowadzący tryb życia umiarkowany, nie narażający się na żadne wysiłki fizyczne. Każde bowiem wykroczenie od prawidłowego sposobu życia powoduje zmianę fagocytozy. Kobiety nie nadają się na osoby kontrolne z powodu miesiączkowania, podczas którego zachodzą pewne wahania w fagocytozie.

Przy obliczaniu opsonin w celach czy to rozpoznawczych, czy rokowania, czy wreszcie leczniczych, tam, gdzie u tego samego chorego przeprowadzamy szereg obliczeń, należy stale używać surowicy normalnej jednej i tej samej osoby, lub też mieszaniny surowic prawidłowych jednych i tych samych osób.

6. »Wskaźnik opsoninowy dla gruźlicy oblicza się (przepis Wrighta) zapomocą liczb średnich z rozmaitych fagocytowych wskaźników prawidłowych, które uzyskuje się z zestawienia dwóch, lub więcej surowic prawidłowych. Przeważna część innych wskaźników opsoninowych oblicza się zapomocą porównania wskaźnika fagocytowego zmieszanych surowic prawidłowych (Pool-Serum, Standard-Serum), które otrzymuje się przez zmieszanie czterech, lub więcej surowic prawidłowych«. (Dok. nast.).

Z kliniki medycznej Uniw. Jagiellońskiego.

Wyniki rozpoznawcze i lecznicze, otrzymane w schorzeniach kiłowych, przy kierowaniu się odczynem Wassermann-Neisser-Brucka.

Podali

Prof. W. Jaworski i Dr. St. Łapiński.

(Ciąg dalszy).

c) Dopełniacz (aleksyna, Komplement).

Ze względów praktycznych stale w użyciu jest dopełniacz z krwi świnki morskiej.

O ile surowicy świnki potrzebna była większa ilość, wytaczano krew zwierzęciu w uśpieniu eterowem; o ile liczba surowic do badania była niewielka, braliśmy krew wprost z serca świnki morskiej, nakłuwając igiełką Pravatza klatkę piersiową po stronie lewej w odległości mniej więcej 4 cm. od mostka, który to zabieg, o ile wykonany zręcznie i ze skutkiem za jednem nakłuciem, zwierzę zupełnie dobrze znosi i pozostaje przy życiu do powtórnego użycia.

Krew, w ten lub poprzedni sposób otrzymaną, zostawiamy na 30 minut w ciepłocie pokojowej, potem oddzielamy skrzep od ścian naczynia zapomocą drucika platynowego i czekamy oddzielenia się surowicy, którą zbieramy, i o ile mętnawa, wirujemy. Warunkiem nie koniecznym, ale ważnym ze względu na jasność wyniku — to zebranie surowicy przeźroczystej, jasnej; dlatego należy zabijać zwierzę, kilkanaście godzin przed zabiegiem głodzone.

Surowica w rozcieńczeniu 1:10 służy do dalszego doświadczenia. Wszyscy autorowie przestrzegają, by posługiwać się dopełniaczem możliwie świeżym. Na ten warunek zwracaliśmy uwagę, choć przyznać musimy, że dopełniaczem zachowanym w lodowni zupełnie bez zamrażania (Frigo-komplement) do 60 godzin jeszcze operować można.

Najważniejszym warunkiem, by odczyn uważać za udały i pewny, jest zestawienie systemu hemolitycznego. O ile dwuchwytnika, czy dopełniacza dodamy za wiele, może powstać hemoliza w odczynie WNB i przy

	1	2	3	4	5	6
Dwuchwytnik	0·5	0·4	0·3	0.2	0·1	0·05
Dopełniacz	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5
Krwinki barana	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5
Roztwór 0·85% Na Cl	1·0	1·1	1·2	1·3	1·4	1·5
Wynik po 20 minutach*)	h	h	h	h	h	o

*) h znaczy hemolysis = zupełne rozpuszczenie krwinek czerwonych, płyn jasno różowy zupełnie jasny, po odstaniu lub wirowaniu osadu żadnego nie daje.

o = brak hemolysis. Płyn w rurce odczynnikowej różowawy mętny; po odstaniu lub wirowaniu bezbarwny, przeźroczysty, w dole osad z krwinek czerwonych.

niesprzyjających warunkach, dając rozpuszczenie zupełne krwinek czerwonych tam, gdzie go być nie powinno. Prace Morgenrotha i Sachsa wykazują, że ilości dwuchwytnika i dopełniacza są do pewnego stopnia od siebie zależne, to znaczy, że przy większej ilości dwuchwytnika potrzebna jest mniejsza ilość dopełniacza i naodwrót. System hemolityczny zestawiamy w ten sposób, że ustawiamy szereg rurek o średnicy 3—4 cm, do których, posługując się np. 2·5 cm. płynu, dodajemy (vide schemat) stałą ilość dopełniacza 0·5 rozczynu 1:10 i coraz mniejsze ilości dwuchwytnika; ciałek czerwonych ilość wszędzie jednakowa, t. j. 0·5 cm. 5% zawiesiny.

Rurki wstawiamy do cieplarki i następnie po 20 minutach odczytujemy wynik. Tu istnieją znów różnice zapatrywań co do użycia ilości hemolizującej dwuchwytnika. Jedni autorowie (Ballner i Decastello) używają ilości najmniejszej, jeszcze rozpuszczającej, hemolizującej (według schematu, odpowiadającej rurce 5), inni (Citron) podwójnej, jeszcze inni potrójnej (Meyer). Zależnie od użytej ilości dwuchwytnika mogą wystąpić pewne różnice w samym odczynie po dodaniu surowicy kiłowej, to znaczy rurka, w której przy ilości potrójnej dwuchwytnika (w schemacie rurka Nr 3) wystąpiła zupełna hemoliza po dodaniu surowicy, przy użyciu ilości podwójnej, a tembardziej najmniejszej dwuchwytnika może dać zahamowanie mniej lub więcej wyraźne.

My używaliśmy stale potrójnej ilości dwuchwytnika (rurka nr 3 w schemacie), w odczytywaniu jednak systemu odczynu byliśmy pewniejsi i surowice z zahamowaniem mniejszem, niż zupełne, uważaliśmy za kiłowe.

»Jeżeli ilość przeciwciała (anticorps) w surowicy kiłowej jest za mała do odchylenia dopełniacza i na podstawie hemolizy surowica kiłowa będzie uważana za zdrową, mniejszy to błąd, niż gdyby surowicę zdrową, która ewentualnie przy mniejszej ilości dwuchwytnika mogłaby dać zahamowanie — uważać za kiłową« (Meyer).

Przypuśćmy, że ostatnie wyraźne rozpuszczenie krwinek nastąpiło w rurce 5-ej (0·1 dwuchwytnika po 20 minutach przy 37° C), to w doświadczeniu własnem użyjemy ilości 0·3 dwuchwytnika, w schemacie odpowiadającej rurce 3.

Mając w ten sposób przygotowane odczynniki, przystępujemy do właściwego doświadczenia.

Wykonanie odczynu Wassermanna-Neisser-Brucka.

Od początku naszej pracy posługujemy się schematem kliniki wrocławskiej, który tu zamieszczamy, z tą różnicą, że wypełniamy rurkę stale 2·5 płynu, to jest w połowie ilości, używanej we wrocławskiej pracowni. Poszczególne płyny nabiera się pipetkami na $^{1}/_{100}$ dokładnie kalibrowanemi.

Sam odczyn poprzedza 5 rurek kontrolnych (1—5) a to:

1 rurka: Rozczyn fizyologiczny Na Cl w ilości 2 cm. i 0·5 ciałek baranich dla stwierdzenia izotonii płynu; niema hemolizy.

2 rurka: System hemolityczny; ma być hemoliza.

3 rurka: Kontrola z surowicą zdrową pewną; ma być hemoliza.

4 rurka: Kontrola z surowicą kiłową pewną; nie ma być hemolizy.

5 rurka: Wywoływacz w ilości podwójnej (1 cm³) dla stwierdzenia, czy ilość ta nie działa hamująco; ma być hemoliza.

6 rurka: Właściwy odczyn surowicy badanej, najważniejszy; niema hemolizy.

	Rozczyn 0·85% Na Cl	Wywoływacz (Antigen)	Kontrol. surow. zdrowa	Kontrol. surow. kiłowa	Surowica badana	Dopełniacz (aleksyna)	Dwuchwytnik (amboceptor)	Krwinki czerwone barana	Wynik
1	2							0·5	o
2	1·2					0·5	0·3	0·5	h
3	0·2	0·5	0·5			0·5	0·3	0·5	h
4	0·2	0·5		0·5		0·5	0·3	0·5	o
5	0·2	1				0·5	0·3	0·5	h
6	0·2	0·5			0·5	0·5	0·3	0·5	o (wynik dodatni próby)
7	0·7	0·25			0·25	0·5	0·3	0·5	o (wynik dodatni próby)
8	0·2	0			1	0·5	0·3	0·5	h (wynik dodatni próby)
6	0·2	0·5			0·5	0·5	0·3	0·5	*h* (wynik ujemny próby)
7	0·7	0·25			0·25	0·5	0·3	0·5	*h* (wynik ujemny próby)
8	0·2	0			1	0·5	0·3	0·5	*h* (wynik ujemny próby)

7 rurka: Odczyn w ilościach wywoływacza i surowicy o połowę mniejszych (0·25 cm); odczyn ściślejszy, który i mniejszą ilość przeciwciała zdoła wykazać. Tylko w przypadkach silnie hamujących przychodzi do hemolizy.

8. Surowica badana w ilości podwójnej (1 cm³) dla sprawdzenia, czy surowica sama przez się nie wiąże dopełniacza (nie hamuje hemolizy). W miarę bowiem zbadania większej liczby surowic okazało się, że są pewne surowice t. zw. samozwrotne (autotrope Sera), które wiązać mogą dopełniacz same przez się, bez dodania wywoływacza i tym sposobem wprowadzić nowe zamieszanie w już i tak dość skomplikowane warunki. Przed błędem tym chroni właśnie wspomniana ósma rurka, w której prawidłowo i w surowicach zdrowych i kiłowych ma nastąpić hemoliza.

Sposób postępowania i porządek badania jest następujący:

Akt I. Przygotowujemy naprzód rozczyn soli kuchennej i dodajemy w ilości 2 cm³ do rurki 1 (zob. schemat II); ilość soli fizyologicznej w następnych rurkach zależeć będzie od ilości zużytego dwuchwytnika a więc: 0·1, 0·2, 0·3,

0·4, gdy ilość dwuchwytnika 0·4, 0·3, 0·2, 0·1 cm. W rurce 7 nadto stale 0·5 cm. Na Cl więcej z powodu po 0·25 cm. mniej użytej ilości i wywoływacza i surowicy.

Akt II. Dodanie wywoływacza (antigen), u nas w rozczynie 1:5 antigen A i 1:7 antigen M w ilościach w schemacie uwidocznionych.

Akt III. Dodanie surowic pewnych kontrolnych: do rurki 3 surowicy zdrowej i do 4 surowicy kiłowej w ilości 0·5 cm. z rozcieńczenia 1:5.

Akt IV. Dodanie surowicy badanej (zobacz schemat II) do właściwej rurki odczynnikowej 6 w ilości 0·5 cm. z rozcieńczenia 1:5. Z tegoż samego rozcieńczenia 0·25. do rurki 7; wreszcie 1 cm, to jest ilość podwójna do rurki 8 (bez antigenu).

Akt V. Dodanie dopełniacza (aleksyny) wszędzie z wyjątkiem rurki 1 w stałej ilości 0·5 cm. z rozcieńczenia 1:10.

Akt VI. 1) Wymieszanie dokładne pręcikiem szklanym lub spiralnie skręconym drucikiem platynowym cieczy w rurkach zawartej, wypalając go po wymieszaniu każdej rurki; 2) wstawienie co najmniej na 30 minut do cieplarki.

Akt ten ważny, gdyż jeżeli się tego nie przestrzega i pracuje szybko, bez wstawienia do cieplarki rurek po dodaniu dopełniacza, to może nie nastąpić połączenie tych dwóch ciał (wywoływacz i niwecznik) i dopełniacz może pozostać w systemie hemolitycznym, dając rozpuszczenie krwinek jako wynik ostateczny w pewnej surowicy kiłowej. Dlatego czas 30 minut przy 37° C uważamy za najmniejszy przeciąg czasu konieczny do doświadczenia.

Następuje dalszy ciąg wykonania odczynu. Akt VII. Po wyjęciu z cieplarki dodajemy jeszcze 2 ciała, do hemolizy niezbędne, t. j. dwuchwytnik w ilości, jaką otrzymaliśmy w doświadczeniu wstępnem i ciałka baranie wszędzie w ilości stałej, 0,5 cm 5% zawiesiny. Niektórzy autorowie (M. Stern z Wrocławia) radzą oba ciała mieszać ze sobą i dodawać jako mieszaninę gotową: rozczyn dwuchwytnika z ciałkami czerwonemi. W pracowni naszej nie przestrzegamy tego i dodajemy osobno tak dwuchwytnika, jak i krwinek. Sama technika skończona. — Akt VIII. Pozostaje wstawienie rurek odczynnikowych ponownie do cieplarki na 1—1½ godziny. Tu znów różnią się zapatrywania tak, że sądu stałego w tej sprawie wyrobić sobie nie można. Z doświadczenia własnego powiedzieć możemy, że są surowice, dające odczyn ujemny, które hemolizują łatwiej i szybciej, niżli kontrolna, t. j. rurka 3. Wynikałoby z tego, że czas potrzebny do rozpuszczenia krwinek z surowicą zdrową, co średnio w 20—25 minut się odbywa, wystarcza zupełnie; kierując się jednak uwagami innych autorów, zatrzymujemy rurki dłużej; w ostatnich czasach ograniczyliśmy czas w ten sposób, że po rozpuszczeniu płynu w rurce 3. zostawiamy odczyn na 1 godzinę, śledzimy przebieg odczynu, (który też w różnych surowicach rozmaicie szybko przebiega, zwłaszcza w surowicach kiłowych pod wpływem swoistego leczenia) i uważamy po 1 godzinie od rozpuszczenia rurki 3. odczyn za skończony. Rurki odczynnikowe należy wstawić do lodowni. (Dok. nast.).

O powietrzu w pokoju a na werandzie.

Podali

Prof. W Jaworski i Dr. B. Korolewicz.

(Dokończenie).

Wykazywaliśmy obecność ozonu w Krakowie w maju 1908 w gmachu klinicznym (w kancelaryi), za oknem i w ogrodzie klinicznym w cieniu. Papierki pozostawione przez 24 godzin w pokoju i za oknem pozostały nie zabarwione. W ogrodzie zabarwiły się zaledwie na brzegach bladofiołkowo. Powtórzenie tych samych doświadczeń 13. VII. 1909 dało ten sam wynik.

Podobnie wystawialiśmy papierki w Krakowie przy ul. Pijarskiej w październiku 1908 r. w mieszkaniu pierwszego piętra, wewnątrz i za oknem, jakoteż w cieniu w rozmaitych miejscach na plantach krakowskich. Wynik był ten sam, co i poprzednio. W mieszkaniu i za oknem papierki zostały niezmienione. Na plantacyach tylko niektóre zabarwiły się blado fiołkowo zaledwie na brzegach, jak to przedstawiamy.

Wogóle więc w Krakowie w tym czasie ozonu w powietrzu śródmiejskiem nie było.

We wrześniu 1908 wystawiliśmy papierki w Krynicy w willi pod Wisłą, na piętrze w mieszkaniach próżnych i zajętych, przy oknach na noc zamkniętych i otwartych, a równocześnie: za oknami, na otwartej werandzie pierwszego piętra, w ogrodzie willi i w lesie szpilkowym krynickim, służącym na przechadzki publiczności. Kilkakrotnie powtarzane doświadczenia wykazały: W mieszkaniach próżnych i zajętych tak przy zamkniętych, jak i otwartych oknach, nie było ani śladu zabarwienia papierków, słaby ślad za oknami; wyraźne zabarwienie fiołkowe, zwykle całego papierka, pojawiało się na werandzie, niebieskie w ogrodzie, a ciemno-niebieskie w lesie (demonstracya).

W Zakopanem przy Kuźnicach, w willi Adasiówka, otoczonej lasem szpilkowym, wykonaliśmy podobne badanie w ten sam sposób, co powyżej. Wyniki okazały się następujące: W pomieszkaniu zajętem przy zamkniętych oknach okazał się ślad zabarwienia fiołkowego na brzegach papierków, tuż za oknem było ono wyraźne, w ogrodzie willi papierki były ciemno-fiołkowe, w otaczającym lesie szpilkowym ciemno-niebieskie, a w lesie poblizkim koło młyna papierowego prawie czarne (demonstracya).

Powietrze w okolicy Kuźnic okazało się mocno ozonem nasycone. W pobliżu młyna papierowego już w odległości 200 metrów odczuwa się silną woń ozonu, przypominającą chlor. Tam wytwarza się ozon przy spadaniu wody na koła młyńskie i przy miażdżeniu drzewa na masę papierową. Jest to istna wziewalnia ozonu.

Z naszych nielicznych doświadczeń wynika, że powietrze w mieszkaniach, a na werandach jest odmienne, na zewnątrz mieszkań jest ono czyściejsze. Dlatego werandowanie ma swoje uzasadnienie. Otwieranie okien nie wystarcza, aby skład powietrza w mieszkaniu zrównać z powietrzem zewnętrznem, a czasem może być takie przewietrzanie niepożądane, gdyż wywołuje w mieszkaniu wiry powietrza, które unoszą w powietrze pył, a z nim bakterye z przedmiotów i ścian. Dostanie się zarazków do dróg od-

dechowych jest przez to ułatwione. Najczystszem, a właściwie »najświeższem« zdaje się być powietrze w lasach szpilkowych. Jego korzystne działanie w chorobach płucnych znane było od najdawniejszych czasów; jest ono głównym czynnikiem leczniczym dzisiejszych leśnych stacyi klimatycznych.

Byłoby też bardzo pożądanem, aby miasta zamiast drzew liściastych wszędzie, gdzie to tylko możliwe, obsadzały place i najbliższe okolice drzewami szpilkowemi. Drzewa szpilkowe pozostają przez cały rok zielone, nietylko przyczyniają się do upiększenia i ozdoby w porze zimowej, ale wytwarzając żywicę i olejki aromatyczne, przyczyniają się do powstawania ozonu, oczyszczenia i orzeźwienia zanieczyszczonego powietrza miejskiego, a przez to i do korzystnego działania na drogi oddechowe.

Z naszych spostrzeżeń wynika, że w r. 1908 w miesiącach letnich w Krakowie nie było ozonu, w Krynicy i w Zakopanem znajdował się obficie i to w widocznie większej ilości w Zakopanem, niż w Krynicy.

Z kliniki medycznej pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Kliniczne i doświadczalne badania nad zachowaniem się substancyi antytryptycznych w surowicy krwi ludzkiej.

Podali

Docent Dr Erwin Męsowicz asystent kliniki. i **Dr. Adam Maciąg** praktykant kliniki.

(Dokończenie).

Brieger i Trebing, których prace zwróciły baczniejszą uwagę na znaczenie substancyi antytryptycznych w surowicy krwi, twierdzą, że wytwarzanie się większych ilości substancyi antytryptycznych jest odczynem na charłactwo ustroju. Zapatrywanie swe popierają ci autorowie spostrzeżeniami własnemi oraz innych badaczy, wykazującemi wzmożenie siły antytryptycznej surowic krwi w przypadkach raka. Na zapatrywanie to nie można się jednak bezwzględnie zgodzić, gdyż liczniejsze badania surowic krwi wykazują niejednokrotnie wzmożenie siły antytryptycznej w chorobach i u chorych, nie okazujących ani śladu charłactwa, jak n. p. w naszych przypadkach choroby Basedowa. Przeciwnie zaś niekiedy nie stwierdzaliśmy wzmożenia siły antytryptycznej w surowicy krwi u chorych, okazujących wyraźne charłactwo, jak n. p. w cukrzycy, białaczce.

Czy substancye zawarte w surowicy krwi, a hamujące działanie trypsyny są wobec trypsyny nieswoiste, czy też są wytworem, powstającym pod wpływem swoistego działania fermentu tryptycznego, a więc przyrody takiej, jak znane z nauki o odporności ustroju niweczniki, dotąd odpowiedzieć nie można. Achalme, Bergman i Barnbery wzmagali wprawdzie siłę antytryptyczną surowic krwi świnek i psów przez wstrzykiwanie rozczynów trypsyny do żył lub otrzewnej.

Nasze badania, w tym kierunku przeprowadzone, a kontrolowane metodą Grossa—Fulda, nie dały jednoznacznych wyników. Wstrzykiwaliśmy 6 królikom, 6 świnkom morskim, oraz jednej gęsi śródżylnie i śródotrzewnie rozczyny 5% trypsyny (firmy Grüblera). Wstrzykiwania dokonywano u jednej pary zwierząt codziennie, u drugiej co 5 dni, u trzeciej co 10 dni; gęsi wstrzykiwaliśmy 5 razy co 3 dni rozczyn trypsyny. Zwierzęta, którym wstrzykiwano rozczyn trypsyny codziennie, otrzymały jedne po 5 wstrzykiwań, drugie po 10 wstrzykiwań; zwierzęta, którym wstrzykiwano rozczyn trypsyny co 5 dni, otrzymały jedne po 5, drugie po 12 wstrzykiwań. Zwierzęta zaś, którym wstrzykiwano rozczyn trypsyny co 10 dni, otrzymały po 6 wstrzykiwań.

Badania surowicy krwi tak przygotowanych zwierząt dokonywaliśmy w ten sposób, że do badań używaliśmy krwi upuszczanej nie tylko w różnych odstępach czasu od chwili wstrzykiwania, ale i po różnych ilościach wstrzykiwań.

Nigdy nie stwierdziliśmy w surowicy krwi żadnego z naszych królików wzmożenia siły antytryptycznej. Tak samo nie stwierdziliśmy tego objawu w surowicy krwi gęsi.

U świnek morskich stwierdziliśmy zaś przeciwnie znaczne (w dwójnasób) wzmożenie siły antytryptycznej surowicy. Wzmożenie to stwierdziliśmy jednak tylko u zwierząt, u których upuszczaliśmy krew w 24 lub 48 godzin po wstrzykiwaniu trypsyny. Ani w 12 godzin po wstrzykiwaniu rozczynu trypsyny, ani też po 3 dniach od chwili wstrzykiwania, nie wykazywaliśmy w surowicy krwi świnek wzmożenia siły antytryptycznej. Wzmożenie siły antytryptycznej występowało dopiero po 2-giem lub 3-ciem wstrzyknięciu, a po dalszych wstrzyknięciach już nie wzrastało.

Doświadczenia nasze, Achalma (sprawdzane inną metodą) i Bergmana nasuwają przypuszczenie, że własności antytryptyczne surowicy krwi są następstwem podobnych odczynów biologicznych, jak powstawanie niweczników (Antikörper). Za możliwością takiego stanu rzeczy przemawiają następujące okoliczności: 1) Siła antytryptyczna nie jest zależną od ilości białka w surowicy krwi; 2) siła antytryptyczna surowicy niknie po ogrzaniu jej do 56°; 3) surowice prawidłowe działają zupełnie analogicznie hamująco na siłę tryptyczną odpowiednich rozczynów, jak surowice, wzmocnione pod względem działania antytryptycznego przez wstrzykiwania trypsyny; 4) działanie tych surowic jest swoiste na ferment tryptyczny.

Przytoczone okoliczności wystarczałyby do uzasadnienia zapatrywania, że powstawanie w surowicy krwi substancyi, okazujących działanie antytryptyczne, jest odczynem ustroju podobnej przyrody, jak wytwarzanie się niweczników. Przeciw takiemu zapatrywaniu przemawia tylko spostrzeżenie, że wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi po wstrzykiwaniu trypsyny występuje bardzo szybko, już w 24 godzin po wstrzykiwaniu i że dalsze wstrzykiwania tej własności surowicy krwi nie wzmagają. Jak zaś wiadomo, to zjawienie się niweczników w surowicy krwi w przebiegu uodporniania ustroju nie występuje tak szybko. Być może jednak, że wytwarzanie się istot obronnych wobec proteolitycznego działania fermentów podlega innym prawidłom.

Ponieważ Jochman i Kantorowicz przytoczyli pewne dowody na tożsamość antytryptycznego działania surowicy krwi i fermentu antyleukocytowego, postanowiliśmy podobnie, jak zapomocą rozczynu trypsyny, tak zapomocą zawiesiny krwinek białych człowieka wywołać wzmożenie

antytryptycznego działania w ustroju zwierzęcym. W tym celu wstrzykiwaliśmy śródotrzewnie dwom królikom i dwom świnkom morskim zawiesinę leukocytów (złożoną przeważnie z krwinek białych wielojądrzastych) ludzkich. Zawiesinę zaś uzyskiwaliśmy przez odwirowanie krwi, okazującej znacznie zwiększoną ilość krwinek białych (leukocytozę), lub też z krwi białaczkowej. Jedną czwartą część cm sześciennego osadu krwinek białych uzyskanego w wirownicy (wykonującej około 3000 obrotów na minutę), po 5 minutach wirowania, rozpuszczaliśmy w 5 cm^3 0·85% rozczynu soli, i tę jednorazową ilość wstrzykiwaliśmy zwierzętom. Wstrzykiwania powtarzaliśmy kilkakrotnie, w sposób, podany przy wstrzykiwaniach trypsyny.

Ani w surowicy krwi królików, ani też świnek, nie stwierdziliśmy, upuszczając krew w porach i odstępach czasu, przytoczonych przy doświadczeniach z trypsyną, nigdy wzmożenia siły antytryptycznej surowicy krwi zwierząt badanych.

Spostrzeżenia nasze, uzyskane przy wstrzykiwaniu zwierzętom krwinek białych, z jednej strony nie przemawiają za powyżej przytoczonem zapatrywaniem Jochmana i Kantorowicza, z drugiej zaś strony wykazują, że rozpad leukocytów, przynajmniej w ustroju zwierzęcym, nie wywołał wzmożenia siły antytryptycznej surowicy krwi. Do ostatniego tego spostrzeżenia powrócimy później.

Wobec możliwości, że powstawanie fermentu antytryptycznego jest sprawą biologiczną, analogiczną do tworzenia się niwęczników w przebiegu sztucznego uodporniania ustroju, nasuwa się pytanie, co jest w ustroju ludzkim bezpośrednim bodźcem wywołującym te odczyny.

W pierwszym rzędzie należałoby przypuszczać, że trzustka względnie jej wydzielina odgrywa w tej sprawie ważną rolę. Szczególniej przemawia Ambard za takiem zapatrywaniem; twierdzi on, że w rakach żołądka dlatego napotykamy wzmożoną siłę antytryptyczną surowicy krwi, gdyż trzustka wydziela znaczniejsze ilości soku trzustkowego jakoby w zastępstwie upośledzonej czynności wydzielniczej żołądka.

Zapatrywanie to jest błędne, jak to nasze spostrzeżenia wykazują, Oznaczaliśmy bowiem w stolcach chorych na raka żołądka, oraz w stolcach ludzi zdrowych zawartość fermentów proteolitycznych (trypsyny). Do doświadczeń tych, które jeszcze nie są ukończone i w innem miejscu mają być opisane, używaliśmy przesączów stolców, których zawartość co do fermentów tryptycznych oznaczaliśmy metodą kazeinową Grossa—Fulda. Kilkakrotne badania, w powyższy sposób wykonane, wykazały że w przypadkach raka żołądka nietylko ilość fermentów proteolitycznych w stolcach nie jest wzmożoną, lecz także, że wogóle nie można wykazać ściślejszego związku pomiędzy zawartością fermentów tryptycznych w stolcach, a antytryptycznych w surowicy krwi.

Wspomnieć tutaj musimy o wpływie podawania przetworów organoterapeutycznych na zachowanie się siły antytryptycznej surowicy krwi odpowiednich chorych. Chorym, których surowica krwi okazywała wysokie wartości antytryptyczne, podawaliśmy pankreon lub też pankreatynę (Rhenania) po 0·50 gr trzy razy dziennie. Po dwóch lub trzech dniach zażywania tych przetworów, wykazywało badanie surowicy krwi tych chorych znaczne obniżenie siły antytryptycznej. W ciągu dalszego podawania tych przetworów, nawet w dawkach zdwojonych, nietylko nie można było stwierdzić dalszego obniżenia siły antytryptycznej, ale nawet wracała ona zwolna do dawnego stanu. Podobne spostrzeżenia przytoczyli Brieger i Trebing. Zjawisko to wytłómaczyć chyba można tem, że przez nagłe doprowadzenie do ustroju pewnej ilości fermentów tryptycznych część istot antytryptycznych w surowicy krwi zostaje związana, aż do czasu, gdy ustrój wzmożony produkcyą przywróci poprzednią siłę antytryptyczną surowicy.

Niektórzy autorowie sądzą, że wzmożenie siły antytryptycznej krwi jest odczynem ustroju na ferment, powstający z rozpadających się w większej liczbie krwinek białych (Jochman, Bittorf, Wiens, Landois). Z zapatrywaniem tem w zupełności pogodzić się nie można. W pierwszym rzędzie przemawiają przeciw takiemu zapatrywaniu spostrzeżenia kliniczne. Stwierdzaliśmy bowiem wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi w takich przypadkach chorobowych, w których badanie krwi wykazywało stałe zmniejszenie liczby krwinek białych, jak n. p. w durze brzusznym, lub brak zwiększenia się ilości krwinek białych, jak w chorobie Basedowa itd. Wobec zaś takich spostrzeżeń klinicznych nie można już wzmożonej leukocytozy w zapaleniu płuc włóknikowem lub też w zakażeniu septycznem uważać za jedyne źródło, wywołujące wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi. Również spostrzeżenia doświadczalne, dokonane przez nas na zwierzętach, nad zachowaniem się surowicy krwi po wstrzykiwaniach zawiesiny leukocytów, opisane powyżej, stwierdzają, że wprowadzenie do ustroju krwinek białych względnie fermentów w nich zawartych, nie podnosi siły antytryptycznej surowicy krwi.

Wobec tego, że ani w działaniu trzustki, ani też w działaniu krwinek białych i ich fermentów nie możemy upatrywać przyczyny, bez zarzutu uzasadniającej wzmaganie się istot działających antytryptycznie w surowicy krwi; musimy się rozejrzeć za innymi czynnikami, któreby nam sprawę tę wyjaśniły. Przychodzi nam tu z pomocą spostrzeganie kliniczne. To wykazuje, że wzmożenie siły antytryptycznej prawie stale występuje w sprawach, w których następuje szybkie wyniszczenie ustroju, jak w raku, chorobach gorączkowych, chorobie Basedowa. Wyniszczenie to nie wiedzie jednak koniecznie do charłactwa (Basedow-Pneumonia).

Dla wyjaśnienia sprawy wspomnimy tu o chorobie Basedowa. Jak wiadomo, w chorobie tej powstaje wśród innych objawów wzmożony rozpad białka w następstwie zatrucia ustroju wzmożonymi i zmienionymi wytworami gruczołu tarczowego. W przebiegu wszystkich spostrzeganych przez nas przypadków choroby Basedowa stwierdzaliśmy zawsze wyraźne wzmożenie siły antytryptycznej. Sądzimy zatem wobec tego, że toksyczne i w pewien sobie właściwy sposób rozpad białka ustroju wywołujące działanie gruczołu tarczowego, jest przyczyną odczynu ustroju na ten wpływ ujemny. Objawia się zaś odczyn ten wzmożonem wytwarzaniem istot antytryptycznych.

Że zapatrywanie to, przynajmniej co do choroby Basedowa, jest słuszne, wynika z dwóch naszych spostrzeżeń. U dwóch chorych, którym z innych powodów podawano przetwory gruczołu tarczowego (Tabloid B. and W.) przez

czas dłuższy, stwierdzono wyraźne wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi.

Opierając się na spostrzeżeniach uzyskanych w chorobie Basedowa, sądzimy, że także i w innych stanach chorobowych, jak n. p. w raku, chorobach gorączkowych itd., pewne swoiste działanie nieznanych nam fermentów, wywołujących rozpad białka ustroju, jest przyczyną powstawania sił działających przeciwzaczynowo, jako wyraz obrony ustroju.

W końcu wspomnieć należy o wzmożeniu siły antytryptycznej surowicy krwi w ciąży. Spostrzegaliśmy je kilkakrotnie i prawie stale. Nie posiadając w tym kierunku własnych badań, przytaczamy spostrzeżenia Grafenberga. Autor ten wykazał, że kosmki kosmówki okazują działanie podobne do trypsyny. Ścisły związek między ustrojem matki a jajem płodowem umożliwia przechodzenie substancyi tryptycznych z płodu do ustroju matki, a przez to wywołuje odczyn w tym ustroju, ujawniający się wzmożeniem siły antytryptycznej surowicy krwi.

Zestawiając wszystkie przez nas dokonane spostrzeżenia, możemy wypowiedzieć zdanie:

Oznaczanie siły antytryptycznej surowicy krwi ludzkiej ma względne znaczenie rozpoznawcze.

Za przyczynę wzmagania się siły antytryptycznej surowicy krwi najprawdopodobniej należy przyjąć działanie różnych i nieznanych nam dotąd zaczynów, powodujących w pewien swoisty sposób rozpad białka ustroju żywego*).

Piśmiennictwo. 1) Ascoli i Bezzola. Berliner klinische Woch. 1903 Nr 17. — 2) Achalme. Annales Pasteur 1900. — 3) Ambard. Semaine medicale 1908 Nr 45. — 4) Bergmann i Mayer. Berliner klin. Woch. 1908 Nr 37. — 5) Brieger i Trebing. Berliner klin. Woch. 1908 Nr 22, 29. — 6) Bergman i Bamberg. Berliner klin. Woch. 1908 Nr 30. — 7) Bittorf. Deutsches Archir. für klinische Med. Bd. 91. 8) Camus und Gley. Compt. rend. Soc. Biol. 1897. (Podług Virchowa i Hirscha). — 9) Delezenne. Compt. rend. Soc. Biol. 1901 i 1902((Podług Virchowa-Hirscha). — 10) Fermi i Pernossi. Zeitschrift für Hygiene Bd. 18. — 11) Gräfenberg. Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr 14. 12) Hahn. Berliner klin. Woch. 1897. — 13) Jochmann i Kantorowicz. Münchener med. Woch. 1908. — 14) Jochmann i Müller. Münchener med. Woch. 1906 Nr 29 i Nr 31. — 15) Kolaczek. Münchener med. Woch. 1907 Nr 8. — 16) Landois. Berliner klin. Woch. 1909 Nr 10. — 17) Markus. Berliner klin. Woch. 1908 Nr 14. — 18) Wiens. Deutsches Archiv. für klin Med. 1907 Bd. 91 i Zentralblatt für innere Medizin 1907 Nr 38.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

Autoseroterapia w surowiczo-włóknikowem zapaleniu opłucnej.

Podał

Dr Stanisław Szurek,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Jak z powyższego wynika, metodę Gilberta i Fedego stosowała klinika krakowska w 9 przypadkach. Jeden z nich (Nr VII.) była to białaczka, powikłana wysiękiem opłucnym, osierdziowym i otrzewnym, reszta (8) przypada na wysięki surowiczo-włóknikowe przyrody wyłącznie prawie gruźliczej. Co do rozmiarów, jedne wypociny były małe, t. j. sięgały mniejwięcej do kąta dolnego łopatki (Nr IV. i VIII.), jeden był średnich rozmiarów, t. j. nie przekraczał szczytem łopatki (Nr I.), reszta — a tych była większość — były to wysięki znaczne, dochodzące do kąta górnego łopatki (Nra II., III., V., VI. i IX.); z tych dwa (Nra V. i IX.) były ze wszystkich największe. Co do czasu powstania, to wszystkie były wysiękami już starszej daty, stałymi, nienarastającymi, z wyjątkiem jednego (Nr VIII.), który był świeży. Autoseroterapię stosowaliśmy zazwyczaj co 3. dzień, wyjątkowo co 2. lub co 2. i 3., oczywiście zachowując pewne, jednak nie nadzwyczajne ostrożności, to jest myjąc skórę mydłem i eterem, czasem i sublimatem, a unikając nalewki jodowej ze względu na nieprzyjemne wypryski, i wygotowując za każdym razem strzykawkę aspiracyjną. Płyn świeży, każdorazowo przez nakłucie wydobyty z worka opłucnego bez wyjmowania igły, tylko przez cofnięcie i skierowanie poziome, wstrzykiwaliśmy podskórnie na miejscu wkłucia, a tylko w jednym przypadku białaczki wydobywaliśmy go z worka otrzewnego i wprowadzaliśmy pod skórę ramienia. Co do ilości płynu wstrzykniętego, to tylko w jednym przypadku (Nr I.) trzymaliśmy się przepisu Gilberta, i wstrzykiwaliśmy przez cały czas po 1 cm³, w 3 (Nra II., III. i VII.) początkowo stosowaliśmy 1 cm³, a później 2 cm³, w reszcie z reguły wstrzykiwaliśmy od początku po 2 cm³. Najmniejsza ilość wstrzyknięć zrobionych wynosiła 2 (Nr IV.); największą, bo 10, zrobiliśmy w 2 przypadkach wysięków największych rozmiarów (Nra V. i IX.), w reszcie przypadków ilość wahała się między 6, a 7. Przed pierwszem nakłuciem zasadniczo wykonywaliśmy nakłucie próbne dla przekonania się o jakości płynu wydobytego, który zazwyczaj poddawaliśmy ściślejszemu rozbiorowi. U każdego chorego oznaczaliśmy ilość dzienną moczu zarówno przed, jak i w czasie autoseroterapii, a wyniki ostateczne kontrolowaliśmy zapomocą prześwietlania promieniami Röntgena, o ile przyrząd u nas działał. Zazwyczaj nie podawaliśmy w czasie autoseroterapii żadnych środków sercowych, ani moczopędnych, ażeby nie mącić jasności klinicznego doświadczenia, z wyjątkiem 3 przypadków (Nra V., VI. i IX.), gdzie koniecznem to było ze wskazania życiowego. Ubocznych przypadłości nie spostrzegaliśmy nigdy żadnych, a niebezpieczeństwo zakażenia nawet przy niezbyt skrupulatnej antyseptyce jest tak małe, że nie wchodzi w rachubę, i nie powinno nikogo, umiejącego zręcznie władać igłą strzykawki aspiracyjnej, odstraszyć od tego zabiegu. Większość chorych znosiła te zabiegi cierpliwie i potulnie, jedna chora już po 2 wstrzyknięciach zbuntowała się i nie zgodziła na dalsze, mniejszość chorych czasem szemrała i okazywała nakłuwającemu niezadowolenie.

A teraz przejdźmy do wyników.

Pomińmy białaczkę, powikłaną potrójnym wysiękiem, gdzie wpływ na wysięk otrzewny był wielce wątpliwy, (obwód brzucha spadł z 93 na 91 cm), tak że można go nazwać ujemnym, a zastanówmy się nad przypadkami wysięków opłucnych, leczonych tą metodą. Z 8 przypadków w 3 (Nra III., VI. i VIII.) wynik był dodatni, wysięk uległ wes-

---

*) Spostrzeżenia nasze zbieraliśmy do wiosny (kwietnia) b. r. Ze względu jednak na przeznaczenie tej pracy na I Zjazd internistów polskich, ukazuje się ona obecnie w druku. Z tego też powodu nie uwzględniliśmy piśmiennictwa z ostatnich kilku miesięcy.

saniu po 4 do 6 wstrzyknięciach, a na miejscu wysięku pozostały zrosty; w 2 (Nra II. i IV.) wynik był względny, wysięk pomimo 7 nakłuć, jak w przypadku Nr II. zmalał, ale nie znikł, szmery stały się głośniejsze, a prześwietlenie wykazywało zaciemnienie pola widzenia. Natomiast w trzech przypadkach (Nr I., V. i IX.) wynik pozostał ujemny. U chorej (Nr I.) wysięk był tylko średnich rozmiarów, a mimo 6 nakłuć pozostał w tych samych granicach; u 2 chorych (Nra V. i IX.) chodziło o wypociny stałe, wielkich rozmiarów, życiu zagrażające, które mimo 10 wstrzyknięć pozostały bez zmiany, tak że ostatecznie trzeba było je nakłuć i częściowo wypuścić.

Co do ilości moczu, to ta była również zmienną, jak zmiennym wynik autoseroterapii. U jednych chorych autoseroterapia nie wpływała zupełnie na wydzielanie moczu, u dwóch zwiększyła dzienną ilość moczu o 200—300 cm³, w jednym przypadku (Nr III.) zwiększyła o około 700 cm³ na dobę i wywołała wessanie wysięku, w innym (Nr V.) podniosła ilość moczu o 300—800 cm³, ale nie usunęła wysięku.

W niewielkiej statystyce naszej naprzeciw 3 przypadków dodatnich stoją 3 z wynikiem ujemnym, w pozostałych 2 wynik był tylko częściowo dodatni; statystyka stanowczo gorsza od statystyki Schnütgena, a odsetkowo nie przemawiająca ani na korzyść, ani na niekorzyść metody Gilberta i Fedego. Jeżeli dalej weźmie się w rachubę, że pewna choćby niewielka ilość wysięków u naszej klasy roboczej, ciemnej i nie zasięgającej żadnej porady lekarskiej, z chwilą położenia chorego na łóżko kliniczne sama przez się wsysa się, a u pewnej liczby podanie środka moczopędnego lub nakłucie rozpoznawcze stanowi już bodziec dostateczny, ażeby to wessanie wywołać, to statystyka nasza wypadnie jeszcze gorzej, a liczba $^3/_8$ wyleczonych okaże się w rzeczywistości dla bezstronnego spostrzegacza jeszcze mniejszą.

Rozstrzygającem w naszych doświadczeniach, a przemawiającem silnie za metodą byłoby oczywiście zachowanie się wielkich wysięków stałych, gdyby one pod wpływem nakłuć i wstrzykiwań rzeczywiście się wsysały; wiadomo bowiem, że małe i średnie wysięki wsysają się często same doszczętnie i bez najmniejszego współudziału z naszej strony. Tymczasem w naszych doświadczeniach z 3 wielkich wysięków tylko jeden uległ wessaniu, niewiadomo *post*, czy *propter hoc*, dwa inne okazały się wobec tej metody odporne.

Dalecy od tego, ażeby autoseroterapii odmówić zaraz wszekiej wartości leczniczej i potępić ją w czambuł, gotowi jesteśmy próbować jej dalej na odpowiednio dobranym materyale, a jakkolwiek nie wydajemy ostatecznych co do jej wartości leczniczej wyroków, sądzimy jednak, że pochwały co do jej skuteczności są przesadzone, a pierwsze doświadczenia, poczynione przez Gilberta i Fedego, nacechowane zbyt wielkim optymizmem i podmiotowością. W każdym razie, jako nowa metoda lecznicza, zasługuje autoseroterapia na dalsze próby, a ostateczne o niej słowo należy do przyszłości; nie będzie ono jednak, sądzimy, tak entuzyastyczne, jak pierwsze doniesienia jej twórców.

P. Prof. Jaworskiemu za zachętę do niniejszej pracy składam serdeczną podziękę.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. Dra W. Jaworskiego.

Spostrzeżenia kliniczne nad stosowaniem leczniczem śródżylnych wstrzykiwań elektrargolu.

Podał

Dr Władysław Kluger.

(Dokończenie).

VI. R. S. lat 24. Przyjęta do kliniki 17. X. 1908, l. dz. 8. Rozpoznanie: *Pelveoperitonitis chronica puerperalis ss. suppuratione. Thrombophlebitis extrem. inf. dextrae.* Chora gorączkuje wysoko, najwyższe wzniesienia ciepłoty przekraczają 39⁰, najniższe dochodzą tylko do 38⁰. Tętno dobrze napięte, miarowe, nie przekracza nigdy 100 uderzeń na minutę. Bębnica znacznego stopnia. Chora otrzymała w czasie od 27. I.—15. II. 1909 10 wstrzyknięć elektrargolu do żyły. Pierwsze wstrzyknięcie w ilości 5 cm³, oraz następne trzy po 10 cm³ pozostały bez wybitniejszego wpływu na przebieg ciepłoty, jakkolwiek już po czwartem wstrzyknięciu ciepłota zaczęła okazywać zniżkę. Po piątem wstrzyknięciu 10 cm³ wystąpiła wyraźna zniżka ciepłoty, która utrzymywała się przez 6 dni następnych. Najwyższe wzniesienia w tym czasie nie dosięgały 38⁰, najniższe dochodziły do 37·1⁰. Po 6 dniach ciepłota się znów poczęła wznosić powyżej 38⁰. W 9 dni po ostatniem wstrzyknięciu, wstrzyknięto znów 30 cm³ do żyły (12. II.). Ciepłota potem bezpośrednio obniża się i w ciągu następnego dnia nie dosięga 38⁰.

14. II. Wstrzyknięto 35 cm³. Ciepłota z 37·8⁰ spada po 4 godzinach do 37·2⁰, poczem wieczorem podnosi się do 37·6⁰.

18. II. wstrzyknięto 40 cm³. Ciepłota z 37·7⁰ spadła po 6 godzinach do 37·1⁰.

Chora przed rozpoczęciem wstrzykiwań miała stolec stale zaparty (co 3—4 dni wypróżnienie). Gdy rozpoczęto wstrzykiwania, tego samego lub następnego dnia po wstrzyknięciu występowały zawsze obfite stolce. Po 4 pierwszych wstrzyknięciach pojawiła się u chorej miesiączka średnio obfita, ostatnią poprzedzającą miała chora w lipcu 1908 r.

Zniżka ciepłoty, wywołana przez ostatnie wstrzyknięcia, utrzymywała się przez 4 dni, ciepłota nie przekraczała 38⁰, poczem znów zaczęła wznosić się powyżej 38⁰, dochodząc do 38·8. W czasie od 26. II.—2. III. wstrzyknięto ponownie chorej elektrargol do żył w ilościach od 5 cm³—25 cm³, stopniując za każdym razem o 5 cm³. Ciepłota nie uległa jednak pod wpływem tych wstrzykiwań żadnej zmianie. Chorej wstrzyknięto razem 225³ elektrargolu.

Zachowanie się krwinek białych.

1) Ilość ogólna przed wstrzyknięciem 5 cm³ = 7·800. W tem: n. 65%, l. 30%, e. 3%, t. 2%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 7·200. W tem: n. 53%, l. 40%, e. 4%, p. 2%, t. 1%. W 6 godzin: il. og. 7000. W tem: n. 60%, l. 35%, e. 3%, p. 1%, t. 1%. W 20 godzin: il. og. = 6.600. W tem: n. 64%, l. 23%, e. 10%, p. 3%.

2) Ilość og. przed wstrzyknięciem 10 cm³ = 5.600. W tem n. 61%, l. 30%, e. 6%, t. 2%, p. 1%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 8.800. W tem: n. 57%, l. 31%, e. 7%, p. 3%, t. 2%. W 6 godz.: il. og. = 9·400. W tem: n. 48%, l. 38%, e. 8%, p. 2%, t. 4%. W 20 godz.: il. og. = 5000. W tem: n. 62%, l. 28%, e. 6%, p. 4%.

3) Ilość og. przed wstrzyknięciem 15 cm³ = 5000. W tem: n. 50%, l. 36%, e. 7%, p. 3%, t. 4%. W 2 godziny po wstrzyknięciu: il. og. 9000. W tem: n. 55%, l. 28%, e. 8%, p. 7%, t. 2%. W 6 godz.: il. og. = 14.400. W tem: n. 67%, l. 24%, e. 7%, p. 1%, t. 1%. W 20 g. il. og. = 6.400. W tem: n. 52%, l. 36%, e. 8%, p. 2%, t. 2%.

4. Ilość og. przed wstrzyknięciem 20 cm³ = 6.400. W tem: n. 65%, l. 25%, e. 9%, t. 3%, p. 1%. W 2 g. po wstrzyknięciu: il. og. 6800. W tem: n. 69%, l. 24%, e. 4%, p. 1%, t. 2%. W 6 godz. il. og. 9000. Stosunek jakościowy poza wzmożeniem się ciałek przejściowych (6%) na niekorzyść neutrofilnych, nie uległ zmianie. W 20 g. il. og. 4800. Stosunek jakościowy jak przed wstrzyknięciem.

5) Ilość og. przed wstrzyknięciem 30 cm³ = 5800. W tem: n. 61%, l. 27%, e. 7%, p. 4%, t. 1%. W 2 g. po wstrzyknię-

ciu il. og. = 7000. W tem: n. 62%, l. 24%, e. 8%, p. 6%. W 6 godz.: il. og. = 9400. W tem: n. 70%, l. 19%, e. 6%, p. 5%, t. 0%. W 20 godz.: il. og. 6200. Stosunek jakościowy, jak przed wstrzyknięciem.

6) Ilość og. przed wstrzyknięciem 40 cm³ = 5600. W tem n. 58%, l. 28%, e. 10%, p. 3%, t. 1%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 6600. W tem: n. 57%, l. 24%, e. 10%, p. 6%, t. 3%. W 6 godz.: il. og. = 9200. W tem: n. 61%, l. 26%, e. 6%, p. 7%, t. 0%. W 20 godzin: il. og. 6000. W tem: n. 60%, l. 25%, e. 10%, p. 4%, t. 1%.

Gaillard wstrzykiwał elektrargol do żył w durze brzusznym codziennie, w seryach od 4—7 wstrzyknięć, w dawkach od 10—15 cm³ i uzyskał we wszystkich (pięciu) przypadkach zupełny spadek ciepłoty. Dawki, używane przez siebie, uważa jednak Gaillard za nieodpowiednie, sądząc, że mniejszą ilością elektrargolu (5 cm³ na dawkę) można osiągnąć pożądany skutek, nie wywołując, tak jak jemu właśnie zdarzało się, gwałtownych spadków ciepłoty. Spostrzegał przytem w ½ godziny po wstrzyknięciu pojawianie się ogólnego drżenia i sinicy. Objawy te trwały zwykle około 20 minut. Loques w jednym przypadku duru brzusznego przez 6 codziennych wstrzykiwań elektrargolu (w tem jedno śródmiąższowe, a 5 śródżylnych) uzyskać miał trwałe obniżenie toru gorączkowego. W żadnym ze spostrzeganych przezemnie przypadków objawów podanych przez Gaillarda (drżenie, sinica) nie zauważyłem, u chorej na dur (przyp. I) pogorszenie podmiotowe potęgowało się wraz ze zwiększaniem dawki. Tor gorączki u chorych naszych z wyjątkiem przypadku VI, jak z podanych powyżej spostrzeżeń wynika, nie uległ zasadniczej lub trwałej zmianie pod wpływem wstrzykiwań elektrargolu, jedynie można było niekiedy spostrzegać krótkotrwałe spadki ciepłoty. Natomiast u chorej w przyp. VI, tor gorączki po pierwszej seryi wstrzykiwań obniżył się wybitnie, po drugiej seryi nie uległ żadnej zmianie.

Wpływem śródżylnych wstrzykiwań srebra koloidalnego (kollargolu) na zachowanie się krwinek białych u człowieka zajmowali się dotychczas Credé, Ceresole i Dunger. Credé (7) nie zauważył wyraźniejszego wpływu śródżylnych wstrzykiwań kollargolu na zachowanie się ilościowe krwinek białych. Ceresole (8) spostrzegał po pierwszem wstrzyknięciu wzmożenie się ilości krwinek białych, po dalszych wstrzykiwaniach liczba ich utrzymywała się na tej samej wysokości lub nieco zmniejszała się. Nie zauważył zaś Ceresole jakiegokolwiek wpływu wstrzykiwań na stosunek jakościowy krwinek. Dunger (9) otrzymywał po każdem wstrzyknięcie spadek liczby leukocytów, po którym zawsze następował wzrost. Wysokość leukocytozy tej jest zdaniem Dungera zależna od liczby krwinek białych przed wstrzyknięciem. Największy wzrost ich spostrzegał Dunger przy istniejącej już przedtem miernej leukocytozie, słabszy przy prawidłowej ilości krwinek białych, bardzo powolne i nieznaczne wzniesienia przy leukopenii. W wahaniach tych biorą udział prawie wyłącznie krwinki wielojądrzaste neutrochłonne. Początkowe zmniejszenie się ilości leukocytów uważa Dunger za następstwo ich rozpadu. Zachowaniem się leukocytów zwierzęcych po wstrzykiwaniach kollargolu zajmowali się Brunner, Majewski, Rodsewicz, a ostatnio Hoffmann (10), który stwierdził również, że wstrzykiwania śródżylne kollargolu u królika nie wpływają na zachowanie się wskaźnika opsoninowego.

Robin i P. E. Weill (11) stwierdzają, że po wstrzykiwaniach podskórnych, nieutrwalonych i nieizotonicznych rozczynów elektrycznych metali koloidalnych, występuje, u ludzi najpierw »leukoliza« (*leucolyse*), poczem liczba krwinek białych bądźto wraca do tego stanu jaki istniał przed wstrzyknięciem, bądź też nieznacznie wzrasta.

W piśmiennictwie brak dotychczas spostrzeżeń co do zachowania się leukocytów ludzkich po wstrzykiwaniu elektrargolu do żył. U zwierząt zajmowali się tą sprawą Achard i P.-E. Weill (12), którzy po wstrzykiwaniach śródżylnych elektrargolu królikom otrzymywali spadek liczby krwinek białych, z następową znaczną leukocytozą.

Z podanych wyżej, własnych naszych spostrzeżeń wynikałoby, że u ludzi, po wstrzykiwaniach śródżylnych elektrargolu, spadek ilości krwinek białych nie jest zjawiskiem stałem, owszem w przypadku V. (oprócz pierwszego wstrzyknięcia) i VI., ilość krwinek białych już w 2 godziny po wstrzyknięciu była zawsze wybitnie zwiększona, a po 6 godzinach dochodziła do cyfr niekiedy bardzo wysokich (np. w przyp. V.: 35.000 i 40.000). Po 20 godzinach ilość krwinek białych, zwykle bądźto wracała, mniej więcej, do cyfry, jaka istniała przed wstrzyknięciem, bądź też była wyższą. Największe wahania w stosunku jakościowym krwinek białych, dotyczą w przypadkach naszych wielojądrzastych neutrofilów i limfocytów. Czy zachowanie się leukocytów pozostaje w związku z ilością wprowadzonego do żył elektrargolu, na podstawie naszych spostrzeżeń rozstrzygnąć niepodobna.

Piśmiennictwo. 1) Bourguignon: De l'argent colloïdal. Thèse de l'Univ. de Paris 1908. — 2) Mendel: Der gegenwärtige Zustand der intravenösen Therapie. Berl. klin. Wochschft. Nr 49. 1908. 3) Robin et Bardet: Action des métaux à l'état colloïdal et des oxydases artificielles sur l'evolution des maladies infectieuses. — Compt. rend. de l'Acad. des sc. T. 138. 1904. — Robin. Note sur les ferments métalliques. Bull. de thérap. 15 Dec. 1904. — 4) Stodel: Les Colloïdes en Biologie et en Therapeutique. Paris 1908. — 5) Durand: Contribution a l'etude de l'emploi des métaux colloïdaux électriques. Thèse de l'Univ. de Montpellier. 1908, — 6) Patrz l. 5. — 7) Credé: Die Behandlung septischer Erkrankungen mit intravenösen Collargolinjektionen. D. Arch. für klin. Chir. T. 55. Z. 7. — Tenże. Wie wirkt Collargol? Zeitschft. f. ärztl. Fortbild. 1904: Nr 20. — 8) Dunger: Das Verhalten der Leukocyten bei intravenösen Collargolinjektionen u. seine klinische Bedeutung. D. Archiv f. klin. Med. T. 91. 1907. — 9) Patrz l. 8. — 10) Hoffmann: Exper. Unters über die Wirkung des Collargols auf Leukocyten u. Opsonine. Berl. klin. Wochenschrift. 1909. Nr 7. — 11) Couvrat-Desvergnes: L'Elektrargol. Thèse de l'Univ. de Bordeaux. 1908. — 12) Achard et P.-E. Weill. Le sang et les organes hématopoïétiques du lapin, après l'injection intraveineuse d'argent coll. électrique. Soc. de Biol. 19 janvier 1907. — 13) Waitz: Ueber die Anwendung der elektrischen Kolloidmetalle bei Infektionskrankheiten, besonders bei Bronchopneumonie u. Pneumonie. Mediz. Klinik. 1909. Nr 9. — 14) Weill: Nowe środki lekarskie. Warszawa 1908.

Z kliniki medycznej U. J. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

O odczynie Cammidgea.

Podał

Dr Józef Kostrzewski.

(Dokończenie).

Z przypadków, podanych przez L. Caro i E. Wörnera, zachodziło w jednym ostre krwotoczne zapalenie

trzustki, a w drugim zanik trzustki; dodatni wynik odczynu miały powodować kwasy glukuronowe, przypuszczalnie w większej niż zwykle ilości wydzielane. Kwasy glukuronowe »sprzężone» w niewielkiej ilości są składnikiem prawidłowego moczu. Ale przez to, że wzmożone ich wydzielanie może być następstwem rozlicznych zaburzeń i czynników, w żadnym związku z czynnością lub stanem trzustki nie pozostających, przez to wartość odczynu Cammidgea,— jeśli odczyn ten zależy od wzmożonej ilości kwasów glukuronowych — jako metody w rozpoznawaniu schorzeń trzustki staje się wątpliwa. W przypadku K. Smoleńskiego był rak żołądka, trzustka bez zmian; dodatni wynik odczynu zależał od obecności cukru trzcinowego w moczu. Co do saccharozuryi wiadomości są skąpe i niepewne; za dowód jednak schorzenia trzustki uważać jej nie można.

W świetle wyników powyższych badań, o swoistości odczynu Cammidgea w schorzeniach trzustki mówić trudno. Potwierdzać to także zdają się tak prace doświadczalne na zwierzętach, u których wywoływano sztuczne schorzenia trzustki, jak i badania kliniczne u ludzi chorych i zdrowych. Badania te wykazały, że nie zawsze w przypadkach schorzeń trzustki odczyn wypada dodatnio; że odczyn dodatni może znikać na czas jakiś, a po kilku dniach znowu wystąpić; że odczyn występować może u osób ze schorzeniami innych narządów, u których trzustka jest zdrowa; odczyn dodatni spotykano u osób zdrowych.

Odczyn Cammidgea (w ostatniej odmianie) przerobiliśmy w klinice lekarskiej w moczach 28 chorych, przyczem trzymano się ściśle podanych przepisów. Dla kontroli przerabiano zawsze próbę fenylhydrazynową; jeśli była dodatnia, mocz poddawano wpierw 20-godzinnej fermentacyi. Za każdym razem badano mocz co do jego własności optycznej, ze szczególnem uwzględnieniem własności kwasów glukuronowych. W każdym moczu przerabiano próbę z odczynnikiem Biala i próbę z orceiną lub tylko z orceiną. Uwagi godnego nic nie spotkano. — Bez względu na wynik dodatni lub ujemny próby, kilka moczów w nieregularnych kilkudniowych odstępach używano po raz drugi i trzeci do próby. Ogółem w 28 różnych moczach przerobiono próbę 42 razy. Powtarzając próbę w jednym i tymsamym moczu co kilka dni, uwzględniano podawaną niestałość próby co do jakości wyniku. W przypadku IV., przerabiając próbę 4 razy, otrzymano trzy razy dodatni, a raz ujemny wynik. Z objawów klinicznych współcześnie nie zauważono nic szczególnego, podobnie w moczu przy powyżej podanym spsobie badania nic nie stwierdzono, coby w przypuszczalny przyczynowy związek ze zmianą jakości wyniku odczynu łączyć można było. Wszędzie indziej wynik odczynu był zawsze ten sam.

Dodatni wynik próby Cammidgea otrzymano w przypadkach:

I. *Carcin. ductus choledoch. aut duodeni subsequ. tumore hepat. et hydrope cyst. felleae.* (odczyn przerabiano 2 razy).
II. *Carcinoma ventriculi sanguinans* (o. przer. 1 raz).
III. *Cirrhosis hepatis atrophica subsequ. tumore lienis et ascite* (o. prz. 2 razy).
IV. *Exsudatum peritonei et pleurae sinistrae neopl. [Neoplasma malig. genit. cum metast.]* (o. przer. 4 razy. 3 razy wynik dodatni, raz ujemny. Nekroskopia zmian w trzustce nie wykazała).
V. *Dilatatio ventr. cum catarrh. intest. chronic. [sten. intest. suspect.]* — (o. przer. 1 raz).
VI. *Intoxicatio cum phosphoro et acid. carb. in gravida quinque mens.* (o. przer. 1 raz, odczyn z chlorkiem żelaz. ujemny).

Ujemny wynik próby otrzymano w przypadkach:

1) *Neoplasma malignum dissem. peritonei cum metast. in hepate et exsud. haem.* (o. przer. 2 razy). Nekroskopia zmian w trzustce nie wykazała.
2) *Hyperemesis gravid* (o. przer 1 raz).
3) *Gastroptosis cum stenosi benigna* (o. przer. 1 raz).
4) *Carcinoma ventriculi* (o. przer. 1 raz).
5) *Carcinoma ventriculi* (o. przer. 3 razy, zawsze ujemny. Przy operacyi trzustka twardsza).
6) *Neurasthenia* (o. przer. 1 raz).
7) *Diathesis uratica* (o. przer. 1 raz).
8) *Aneurysma aortae. Lues peracta* (o. przer. 2 razy).
9) *Cachexia malarica. Cirrhosis hepatis, tumor lienis* (o. przer. 3 razy).
10) *Haemophilia cum purpura simpl.* (o. przer. 1 raz).
11) *Residua post pleurit. dextr., pleur. exudat. sin., dextrofix. cordis; periton. sicca* (o. przer. 2 raz).
12) *Ataxia locomotrix* (o. przer. 1 raz).
13) *Anthracosis pulmonum maj. grad; tum. lien. et hep. malar. Defoec. mixta* (o. przer. 2 razy).
14) *Fibrosis peritonei pariet. et viscer., tumorem magn. immit.* (o. przer. 2 razy).
15) *Sclerosis dissem.* (o. przer 1 raz).
16) *Carcinoma ventriculi ad reg. pylor. subsequ. ectasia. Cachexia* (o. przer. 2 razy).
17) *Peritonitis chron. exsudat. tuberculosa in indiv. cum condens. apic. dextr.* (o. przer. 1 raz).
18) *Insufficientia valvularum sem. aortae* (o. przer. 1 raz).
19) *Insufficientia valvularum sem. aortae. Catarrh. intest. crassi, ectasia coeci* (o. prr. 1 raz).
20) *Tumor carcinomatosus ad curv. maj. ventriculi* (o. przer. 1 raz).
21) *Gastritis acida in indiv. nervoso* (o. przer. 2 razy).
22) *Osteomalacia* (o. przer. 1 raz).

Statystyka to szczupła; wartość jej tem mniejsza, że rozpoznania prawie wyłącznie tylko kliniczne, w jednym tylko przypadku przy operacyi (rak żołądka) znaleziono trzustkę znacznie twardszą; w trzech zaś sekcyonowanych nekroskopia nie stwierdziła zmian anatomicznych w trzustce. Taka statystyka do wniosków żadnych nie uprawnia, ale z wysnutych skądinąd — choć może nie bez zastrzeżeń — niektórych dopatrzeć się w niej można.

Piśmiennictwo: Eichler. Exper Beitr. zur Diagnose der Pankreaserkrankungen. Die Cam „Pankreasreaction" im Urin. Berl. klin. Wochenschrift Nr 25. 1907. — O. Gross. Zur Funktionsprüf. des Pankreas. Deutsch. med. Wochs. Nr 16. 1909. — B. Maass. Über Bedeut. der Cam.-Reak. f. Erkr. des Pankreas. Med. Klin. Nr. 5. 1909. — Eichler u. Schirokauer. Zur Diagnose der Pankreaserkr. Die Cam. Reak. Berl. klin. Wochs. Nr. 8. 1909. — J. Witte. Über Erkent. u. Behandl. der Pankreatitis. Berl. klin. Wochs. Nr. 8. 1909. — L. Caro u. E. Wörner. Beiträge zur Diagnostik von Pankreaserkrankungen. Berl. klin. Wochs. Nr. 8. 1909. — P. Meyer. Über Phenylhydrazinverb. der Glycuronsäuren. Hop. Seyl. Ztschr. f. phys. Chemie T. 29—59. — P. Meyer u. C. Neuberg. Über den Nachw. gep. Glyceronsäuren u. ihr Vork. im norm. Harn Hop. Seyl. Ztschr. f. phys. Chemie T. 29—256. — C. Neuberg u. W. Neimann. Neue Reak. u. Deriv. der Glucuronsäure. Hop. Seyl. Zt. f. phys. Chem T. 44—97. — Doc. K. Smoleński. Zur Frage nach der Muttersubstanz durch welche die Reak. von Cammidge im Harn. hervorgerufen wird. Hop. Seyl. Ztschr. f. phys. Chemie T. 60. — C. v. Noorden. Handbuch der Path. des Stoffwechsels 1907. — O. Klauber. Die Bedeut. der Cam. Reaktion. Med. Klinik Nr. 11. 1909.

O depprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach.

napisali

Prof. W. Jaworski i Doc. E. Męsowicz.

(Dokończenie).

Jeżeli lekarz reklamuje nieco szerzej swą specyalność w politycznych czasopismach, biorą mu to koledzy za złe, dostaje się u nas pod sąd Izby lekarskiej. Jeżeli zaś nieuk w złej wierze, w chęci niegodziwego zysku podnosi pod niebiosa bezwartościowe mieszaniny na choroby i popełnia oczywiste partactwo na szkodę chorych i lekarzy, to lekarze i dzienniki lekarskie go popierają, a Izby lekarskie milczą. Czasopisma lekarskie zagraniczne, a czasem i nasze, udzielają przytułku w części inseratowej specyfikom o nieznanym składzie, przeoczając przytem szkodliwość tych środków dla wykonawstwa i nauki lekarskiej. Szalbierze uważają takie umieszczenie w dzienniku lekarskim za aprobatę i zachęcenie i z roku na rok ich liczba się wzmaga; próbują bowiem szczęścia.

Mamy przed sobą wiązankę inseratów tajemnych specyfików. Proszę posłuchać, jak się sami zachwalają w pismach lekarskich (demonstracya). Temu jednak nie koniec, bez skrupułów narzucają się w naszych czasopismach politycznych chorej publiczności, uprawiając partactwo lekarskie. Możemy czytać w prasie codziennej o cudach leczniczych somatozy, sanatogenu, biosonu, hematogenu, siroliny, podagriny, pastylek »Valda«, tabletek kaskarowych, piwa z wyciągiem słodowym, tamarindien i t. d.

Na dowód, o ile można na rzetelność nawet pozornie poważnych firm chemicznych liczyć, przytoczymy historyę dwóch dobrze znanych przetworów leczniczych, którymi lekarze we wykonawstwie lekarskiem »świetnie« operują.

Pewien »Chemisches Institut« berliński puścił w obieg z wielkim hałasem lek w pastylkach pod nazwą »pyrenol«, jako nowy jednolity związek chemiczny mieniący się: Benzoylthymolnatrium benzoylo-oxybenzoicum. Ma to być według fabrykanta lek wykrztuśny i kojący, przewyższający wszystkie inne. Chemicy twierdzą, że takiego związku chemicznego niema, a nawet nie możnaby go wytworzyć. Badanie zaś przetworu wykazało, że składa się on ze zmieszania równych ilości dwóch surowych i zanieczyszczonych ciał: będźwinianu i salicylanu sodowego, a zatem jest mieszaniną, jaką sobie każdy lekarz może zapisać w stanie czystym, a wtedy wie przynajmniej, co chory zażywa i jakich skutków leczniczych ma się spodziewać. Chory zaś taniej zapłaci za lek receptowy, niż za lek zapisany pod nazwą pyrenolu. Przypominam, ilu to znanych klinicystów złapało się na pyrenol, zachwalając go w świadectwach i poważnych rozprawach klinicznych jako »świetnie działający« lek.

Podobnie puszcza corocznie poważna firma berlińska w obieg nowy preparat pod nazwą »jodofan«, jako jednolity związek chemiczny, nadając mu szumną nazwę i wzór: »monojod-dioxybenzol-formaldehyd«, który to wzór wymaga 47·7% jodu; tymczasem badanie Zernika w Berlinie wykazało tylko 4% jodu. Tak to można polegać na reklamach fabrycznych!

Znany jest wszystkim sławny »Fleischsaft Puro«, który wyrabia »Zakład medyczno-chemiczny« w Monachium Dra Scholla. Zachwalono go jako środek »wybitnie krwiotwórczy, wzmacniający i odżywiający«. Przetwór ten, swoją drogą bardzo smaczny, był przez kilkanaście lat z ogromnym entuzyazmem przez lekarzy używany; sypały się pochwały, a szpitale i kliniki rozprawami stwierdzały jego arcyskuteczne działanie na krew, bo przetwór w reklamie uchodził za wyprasowany sok mięsny ze świeżego mięsa, zawierający 33% białka mięsnego, a jeden słoik o 150 grm. miał mieć wartość odżywczą około $2^1/_2$ kg. mięsa[1]). Firma głosiła przytem, ile to tysięcy wołów tucznych zużywa rocznie na wyrób tego przetworu. Dziś się ta blaga urwała, bo na drodze badań imunizacyjnych zdołano wykazać, że Puro nie zawiera ani śladu bydlęcego białka mięsnego, o którem wiadomo, że bez zmiany zagęścić się nie da. Badanie zaś dokładniejsze wykryło, że sławne Puro składa się z zaprawy (bejcy), pozostałej po wysoleniu szynek z domieszką białka kurzego i kwasu borowego. Słoik tej mieszaniny, sprzedawanej jako Puro po 3 K 70 h., ma wartość co najwyżej 20 hal. Gdy fabryce zrobiono zarzut z powodu oszukiwania publiczności i lekarzy, odpowiedziała cynicznie, że skład ją nie obchodzi, gdyż za przetworem przemawiają świetne wyniki lecznicze, wykazane i potwierdzone przez tysiące lekarzy, a ja tu dodam, zasugestyonowanych oszukańczą reklamą przetworu. Dziś gdy spadła zasłona z istotnego przetworu, grobowa cisza pokrywa Puro, chwalcy jego milczą ze wstydem, a z nimi wstydzi się cały praktykujący świat lekarski.

Mamy tu dosadne przykłady, w jaki sposób pozornie rzetelne firmy, zwąc się zakładami chemiczno-medycznymi, postępują: Oto biorą jakąbądź mieszaninę, przedstawiają ją jako nowoutworzony jednolity związek chemiczny, tworzą dla niego ogromnie fantastyczną nazwę i długi wzór chemiczny, którego lekarz skontrolować nie potrafi i z wielkim podziwem jako rzeczywisty przyjmuje, wyszukują dla przetworu rzekomo »nowego« wcale ładną nazwę od takiej choroby, która najwięcej zysku może przynieść, fabrykują do tego rozprawy z doświadczeniami na zwierzętach i z obserwacyami dla chorych; ostatecznie zestawiają z tego wszystkiego »uczone« reklamy, aby nas obałamucić. Osiągnąwszy to, interes idzie już dobrze. Tylko fabrykant teraz zabezpiecza się przed konkurencyą, zastrzegając się, że jego przetworu nie zdoła nikt naśladować, przestrzega więc przed »bezwartościowem naśladownictwem« i grozi sądowymi krokami.

Lekarz nie może, *nie powinien dziś wierzyć ani w jakość, ani w ilość, a tem mniej w skuteczność w chorobie leków silnie reklamowanych.*

Tego rodzaju postępowanie firm chemicznych, farmaceutycznych i aptecznych jest zakażeniem naszego zawodu od zewnątrz, jest to nowotwór, toczący wykształcenie lekarskie i poniżający praktykę lekarską. Pozwalamy na to, by nieucy wyrywali nam z ręki broń, którą walczymy. Tu trzeba tępienia szerzącego się złego najostrzejszymi sposobami. Środkami najstosowniejszymi do przeciwdziałania jest zamilczenie

[1]) Napis na słoikach: „Der Inhalt dieses Glases repräsentirt den eingedickten Saft aus 5 Pfund reinem Beefsteak".

i bierny opór z naszej strony przeciw takim wybujałościom Piszmy znów jak dawniejsi tak szanowani lekarze recepty i zaglądajmy pilnie do farmakologii i farmakopei. Zło się jednak rozwielmożniło tak, że to nie wystarcza i trzeba się jąć czynnych, energicznych środków.

Prosimy przeto o uchwalenie następującej rezolucyi przez Zjazd dzisiejszy:

a) Nazwa środka leczniczego nie powinna pochodzić ani od nazwy choroby, ani od szczegółowego wskazania wzgl. objawu chorobowego.

Nazwa leku już z tego powodu nie może być stosowana do choroby, bo dla jednej i tej samej choroby jest w użyciu cały szereg środków, tak np. nazwą antynervinum można nazwać kwas salicylowy, aspirynę, antypirynę, salipirynę, pyramidon, kofeinę, chininę i wiele innych.

b) Nazwa środka leczniczego ma się stosować albo do składu chemicznego, albo do własności chemicznych lub fizycznych.

c) Każdy środek leczniczy musi mieć przy ogłoszeniu równocześnie wymieniony dokładny skład chemiczny rzeczywisty, a nie fikcyjny.

d) Bez spełnienia powyższych warunków żadne czasopismo lekarskie nie powinno leków w inseratach umieszczać. Nie powinno także umieszczać inseratów takich środków leczniczych, których ogłoszenia lub artykuły znajdują się w czasopismach politycznych lub beletrystycznych, gdyż takie czasopismo staje się współwinne partactwa lekarskiego.

e) Specyfiki ze wskazaniem choroby lub o nieznanym składzie należy uważać za leki tajne i jako takich żaden szanujący się lekarz nie powinien ich zapisywać.

f) O środkach, które z góry mają wskazania chorobowe, lub nieznany skład chemiczny, żaden lekarz nie powinien ogłaszać polecających je artykułów lub prac klinicznych, tem mniej dawać poświadczeń; za próbki takich leków nie należy dziękować, ani na zapytania nie odpowiadać. Jeżeli fabrykant nie będzie miał poświadczeń lekarskich, to nie będzie ich reklamować.

g) Apteki, które specyfiki na lekarstwa sporządzają, lub sprzedają, należy uważać za trudniące się partactwem i nierzetelne.

h) Odnieść się należy do Izb lekarskich, aby wdrożyły akcyę przeciw partactwu lekarskiemu, jakie fabryki i apteki uprawiają, wprowadzając i zachwalając leki na chorobę, t. j. postarać się o zakaz nazywania leków według chorób.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Najwyższa Rada zdrowia w Wiedniu obrała w d. 10. VII. b. r. swoim prezesem Prof. Ludwiga (w miejsce ustępującego Prof. Vogla), wiceprezesem Prof. Weichselbauma. W jesieni ma być Rada zreorganizowana i podzielona na subkomitety, przyczem liczba członków ma być z 21 zwiększona na 40. Czas przeto podjąć usilne starania, by w zreorganizowanej Radzie zasiadła odpowiednia liczba członków z Galicyi. *R.*

Zjazd lekarzy okręgowych odbył się we Lwowie d. 10. VII. 1909. Wynikiem Zjazdu było ukonstytuowanie się Związku lekarzy okręgowych. *R.*

Surowicę przeciwmeningokokową, dającą pomyślne wyniki w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, sprowadzać można z Instytutu seroterapeutycznego w Wiedniu, IX. Zimmermanngasse 3 (Rozp. minist. spraw wewn. z 14. VI. 1909).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 27. VI. do 10. VII. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Babcze 4, Mołotków 1), Buczacz (Rzepińce 3, Międzygórze 1), Drohobycz (Dołhe ad Rybnik 3), Gródek jag. (Sławczany 4), Horodenka (Targowica 2, Obertyn 3, Czortowiec 7, Niezwiska 10, Hawrylak 1, Harasymów 1, Żywaczów 4), Jaworów (Czernilawa 3), Kałusz (Przysłup 3), Kolbuszowa (Sokołów 1), Kołomyja (Słobódka polna 1, Gwoździec stary 3), Lisko (Procime 2), Lwów (Sroki ad Laszki 5), Nadwórna (Pniów 4), Podhajce (Sokolniki 1, Sokołów 1), Rawa (Wulka mazow. 2), Sanok (Osławice 2), Śniatyn (Trościaniec 5, Hańkowce 2), Tarnopol (Grabowiec 3), Turka (Butelka niżna 15, Lipie 1), Zaleszczyki (Koszyłowce 1), Złoczów (Opaki 2); ospy m. Rzeszów 1. *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 4. VII. do 11. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 1 † —), płonicy 29 † 3 (3 † 1), odry 2 † — (1 † —). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. VII. do 10. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † — (w tem obcych 8 † —), płonicy 12 † — (w tem obcych 4 † —), odry 2, duru brzusznego 2 † — (1 † —), róży 2 † 2 (2 † 2), tężca 1 † 1 (1 † 1). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 6. VI. do 12. VI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 14, odry 5, płonicy 17 † 1, róży 16 † 1, duru plamistego 51 † 3, duru brzusznego 23 † 4, duru powrotnego 10, błonicy 4, grypy 6. (*Gaz. lek.* 28).

Wiadomości bieżące.

Kraków. I. Zjazd internistów polskich zgromadził w dn. 19. b. m. około 200 uczestników ze wszystkich stron Polski i z zagranicy; wykładów zgłoszono przeszło 60. Zjazd zagaił w szczelnie wypełnionej sali kliniki lekarskiej prezes komitetu urządzającego, Prof. Jaworski; następnie witali Zjazd: imieniem rządu krajowy referent sanitarny r. dw. Dr Merunowicz, imieniem kraju członek Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski, imieniem miasta prezydent Dr Leo, imieniem Akademii Um. Prof. Cybulski, od Wydziału lekarskiego lwowskiego Prof. Gluziński, a krakowskiego dziekan Prof. Wachholz, od Wydziału lek. Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu Dr Gantkowski, od Towarzystwa lek. warszawskiego Dr Alfred Sokołowski, od Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie Dr Rzętkowski, od Towarzystwa lekarzy polskich w Kijowie Dr Januszkiewicz, od lekarzy Polaków z Ameryki Dr Szymański, od Towarzystwa lekarzy galic. radca Dr Opolski, od Towarzystwa lek. lwowskiego prezes Prof. Rencki, krakowskiego prezes Prof. Dobrowolski, radomskiego prezes Dr Fidler, od Towarzystwa balneologicznego polskiego prezes Jan hr. Potocki, od Sekcyi pedyatrycznej w Łodzi Dr Brudziński, od Komitetu międzynar. Zjazdów dla elektrologii i fizyoterapii Dr Zanietowski, wreszcie imieniem prasy lekarskiej polskiej Dr J. Zawadzki. Od Towarzystw lekarskich, redakcyi pism lekarskich i lekarzy polskich z różnych stron nadeszły pisma i telegramy powitalne. Prof. Jaworski wyraził imieniem komitetu Zjazdu podziękowanie za udział władzom i instytucyom, m. i. ministerstwu wojny i obrony krajowej, które zezwoliły na udział lekarzy wojskowych w Zjeździe. Prezesem Zjazdu obrany został Prof. Gluziński ze Lwowa, sekretarzami honorowymi Dr Rzętkowski z Warszawy, Dr Gantkowski z Poznania, Doc. Franke ze Lwowa i Doc. Latkowski z Krakowa. Obfity program Zjazdu, liczny udział uczestników, ożywione dyskusye pozwalają ten pierwszy Zjazd internistów polskich uważać za nader pomyślny zadatek dalszego Zjazdów tych rozwoju.

— W półroczu letniem 1908/9 uczęszczało na Wydział lekarski 453 słuchaczy (w tem 48 kobiet).

— W najbliższych dniach otwiera krakowskie Koło Towarzystwa z gruźlicą stacyę leśną w Grodkowicach pod Krakowem.

— Egzamin ukwalifikowanych nadzorców zdrowia i artykułów żywności odbył się w dniach 7 i 8 VII. w rządowym zakła-

dzie badania środków żywności, jako zakończenie 6-tygodniowego kursu naukowego. Do egzaminu pod przewodnictwem kierownika kursu, starszego inspektora zakładu Dra Leonarda Biera, zasiadło z 15 uczestników kursu 12, otrzymało zaś świadectwo z wyszczególnieniem 8, bardzo dobre 1, dostateczne 2. Na kurs delegowały miasta 7 swoich urzędników — po 2 Kraków i Tarnów, po 1 Bochnia, Jarosław i Podgórze. Z pośród kandydatów prywatnych było 2 doktorów (chemii i medycyny), zaś 1 kandydat z Częstochowy. Najbliższy kurs naukowy odbędzie się w razie zgłoszenia się dostatecznej ilości kandydatów z początkiem roku przyszłego.

— W Wieliczce rozpocznie w b. r. rząd kosztem przeszło miliona koron budowę wodociągów dla salin i miasta.

Lwów. Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich na posiedzeniu dnia 13. VII. 1909 uchwaliła: wydać odezwę do wszystkich członków towarzystwa, aby regularnie opłacali wkładki, do tych kolegów, którzy mają większe zaległości, wystosować listy polecone z wezwaniem do uiszczenia długu, a po upływie 4-tygodniowego terminu wdrożyć kroki sądowe. Na wniosek kol. A. Gluzińskiego postanowiono odnieść się do członków, czyby się nie zgodzili płacić wkładki drogą t. zw. zlecenia pocztowego. Wdowie po lekarzu p. W. przyznano zapomogę 200 kor. Uchwalono zbadać przyczyny zbyt małej rentowności kamienicy przy ul. Dominikańskiej l. 11. Na wniosek kol. Renckiego postanowiono wydać odezwę do wszystkich lekarzy galicyjskich, aby się wpisali do Towarzystwa. Delegatem na Zjazd internistów polskich w Krakowie wybrano wiceprezesa Dra Opolskiego, który oświadczył gotowość odbycia tej podróży na własny koszt. Nadto przeprowadzono wyczerpującą dyskusyę w sprawie podniesienia Morszyna. Sekr. gen.: *Dr Świątkowski.*

— Krajowa Rada zdrowia odbyła w dniu 3. VII. posiedzenie, na którem wydano opinie w sprawie podwyższenia taks leczenia w szpitalach w Jaśle, Drohobyczu, Brodach i Stryju; powzięto uchwałę w sprawie familijnych grobowców w Tryńczy, w powiecie przeworskim i w Wiśniowej, w powiecie strzyżowskim; wreszcie wydano orzeczenie w sprawie nowego modelu paska przepuklinowego.

— Uroczyste otwarcie pierwszego w kraju ludowego uzdrowiska przeciwgruźliczego, t. j. stacyi leśnej, założonej przez Koło lwowskie Towarzystwa walki z gruźlicą w Hołosku pod Lwowem, odbyło się 11. VII. b. r. w obecności namiestnika kraju, Exc. Dra Bobrzyńskiego, przedstawicieli miasta, kół lekarskich i t. p. Przy otwarciu przemawiali: arcybiskup X. Teodorowicz, prezes lwowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą prof. Wiczkowski i wiceprezydent miasta Dr Rutowski. Stacyę tworzą dwa baraki Döckerowskie, w których pomieszczenie znajdzie 30 chorych. Koszt utrzymania chorego wynosi 2 korony; pobyt ma trwać 6 tygodni. Opiekę lekarską odbjął Dr M. Selzer.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1909/10 wybrany został prof. Dr Popielski.

— Dr Eugeniusz Piasecki habilitował się z zakresu higieny szkolnej, a Dr Jan Mazurkiewicz z zakresu psychiatryi.

Warszawa. Ordynatorem szpitala Dz. Jezus na miejsce, wakujące po śmierci ś. p. Dunina, mianowany został Dr Kazimierz Chełchowski.

— Towarzystwo lekarskie przyznało nagrodę im. Koczorowskiego Drowi Januszkiewiczowi z Kijowa za pracę p. t. »O wpływie alkoholu na czynność nerek«.

— W czerwcu obchodził Dr Antoni Strzyżowski w Piotrkowie 50-lecie zawodu lekarskiego. Urodzony na Podolu, studyował Dr Strzyżowski medycynę w Moskwie, poczem praktykował w Niemirowie. W r. 1863 skazany na wygnanie. Od r. 1869 osiadł w Piotrkowie, gdzie obok pracy lekarskiej i piśmienniczej przodował w pracy społecznej. Towarzystwo lekarskie Warszawskie mianowało Jubilata członkiem honorowym.

Z różnych stron. Bezpośrednio przed Zjazdem peszteńskim (27. i 28. VIII), odbędzie się IV. Walne Zgromadzenie międzynarodowego Związku prasy lekarskiej (»Akademia utcza« 2). Obrady dotyczyć będą zadań międzynarodowego Związku prasy lek., utworzenia stałego Biura Związku, sprawy kilkakrotnego ogłaszania jednego artykułu w kilku pismach, ogłaszania na końcu prac naukowych wniosków w 3 językach i utworzenia biura dla ich publikacyi, kontroli anonsów, artykułów reklamowych, wydawnictw »lekarskich« bezpłatnych, uproszczenia mianownictwa i t. p. Zgłoszenia udziału przyjmuje Dr R. Blondel (103 Boul. Haussmann, Paryż) do 1. sierpnia b. r.

— Honorowy doktorat medycyny nadał uniwersytet w Genewie pani Curie-Skłodowskiej.

Zmarli: Ernest Besnier, zmarły 15 maja b. r. w Paryżu w 78 roku życia, należał do najwybitniejszych dermatologów świata, a był długie lata przewodnikiem szkoły francuskiej. Zajęty do ostatnich lat życia pracą naukową, chociaż od kilku lat ustąpił ze stanowiska prymaryusza szpitala św. Ludwika, brał również czynny udział w pracach Towarzystwa dermatol. francuskiego, którego był długie lata przewodniczącym. Tak wysokie uznanie w całym świecie naukowym zdobył nietylko bystrością swego umysłu, bardzo licznemi pracami we wszystkich działach dermatologii i rozprawami z zakresu medycyny wogóle, ale i swą prawością charakteru i nader ujmującem obejściem. Dzisiejsza dermatologia francuska utraciła w nim mistrza, z którego szkoły (mimo, że nie był profesorem) wyszedł cały szereg pracowników, dodających swemi pracami blasku nauce francuskiej. *F. K.*

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE

do kąpieli. 222

SOL BOROWINOWA	ŁOG BOROWINOWY
suchy wyciąg w paczkach à 1 kg.	płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Słowiańskie miejsce kąpielowe na Morawach

LUHACZOWICE
(LUHAČOVICE)

ma bardzo wygodne połączenie kolejowe z Warszawą, Krakowem i Lwowem przez Przerów — Węg. Gradisko — Ujezd — Luhaczowice.

Stacya kolei na miejscu. Kuracyuszów było w roku 1908 **5053**, z tego dużo Polaków.

Środki lecznicze: 4 źródła alkaliczno-muriatyczne, kąpiele naturalne z kwasem węglowym (jak w Nauheim), inhalatorium (jak w Reichenhall), kąpiele słoneczne, leczenie wodą, kąpiele w rzece

14 lekarzy z tych niektórzy mówią po polsku.

Wskazania: chroniczne choroby dróg oddechowych, serca, żołądka, kiszek, wysięki, kamienie żółciowe, cukrzyca, niedokrewność, blednica, neurastenia. 308

Zabawy: orkiestra pierwszorzędna ze 20 sił, codziennie od 6—8 i od 4—6, biblioteka, czytelnia (polskie gazety i książki), teatr.

Prospekty polskie, czeskie, ruskie i niemieckie. — **Zapytania** w kwestyi mieszkań etc. odwrotną pocztą przez Dyrekcyę.

Czeskie towarzystwo akcyjne.

Kapitał akcyjny 2,000,000 Koron.

I. ZJAZD INTERNISTÓW POLSKICH.

I. Posiedzenie d. 19 lipca 1909, o godz. 9 rano.

W sali kliniki lekarskiej zebrali się przedstawiciele władz rządowych i autonomicznych, Towarzystw lekarskich, kół lekarskich wojskowych, prasy lekarskiej i politycznej, oraz z górą 200 uczestników, członków i gości Zjazdu. Wśród zebranych były następujące delegacye:

C. k. Namiestnictwo — Radca dworu Dr Merunowicz.
Departament sanitarny Wydziału krajowego — szef departamentu Dr Bernadzikowski.
Akademia Umiejętności — Prof. Dr Cybulski, Prof. Dr Browicz.
Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego — Prof. A. Gluziński.
Towarzystwo lekarskie warszawskie — Dr A. Sokołowski, Dr Jakowski.
Towarzystwo lekarzy galicyjskich — wiceprezes Dr Opolski.
Towarzystwo lekarskie lwowskie — Prof. Dr Rencki, Doc. Dr Nowicki.
Stowarzyszenie lekarzy polskich (Warszawa) — Dr Chełchowski, Dr Rzętkowski.
Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie — Dr A. Januszkiewicz.
Towarzystwo balneologiczne polskie — Jan hr. Potocki, Dr Zanietowski.
Komitet międzynarodowych Zjazdów elektrologicznych — Dr Zanietowski.
Redakcya »Nowin lekarskich« (Poznań) — Dr Gantkowski.
Redakcya »Gazety lekarskiej« (Warszawa) — Dr Rajchman, Dr Sokołowski.
Redakcya »Medycyny i Kroniki lek.« (Warszawa) — Dr Józef Zawadzki.
Redakcya »Tygodnika lek.« (Lwów) — Prof. Dr Raczyński, Prof. Dr Rencki.
Redakcya »Głosu lekarzy« (Lwów) — Dr Mikołajski.

Zjazd zagaił prezes Komitetu urządzającego, Prof. Dr. Walery Jaworski, następującem przemówieniem:

»Myśl urządzania zjazdów internistów polskich kiełkowała już dawno, tak w Warszawie, jak i w Krakowie, a urzeczywistnienie tej myśli stawało się z roku na rok coraz większą koniecznością.

Za zjazdami przemawiają względy naukowe, zawodowe, społeczne, a w naszych stosunkach narodowe.

Zjazdy lekarskie mają uwidocznić poziom wiedzy lekarskiej u nas, uchronić go, aby się nie obniżał, i zachęcić nas do pracy nad postępem nauki.

Mają one dać obraz stosunków zdrowotnych naszego społeczeństwa, zwłaszcza tam gdzie one jeszcze przez władze nie są uwzględnione i muszą nawoływać rządy i społeczeństwo do poprawy stosunków sanitarnych.

Mają one być skarbem czystości i miejscem dla urabiania się języka lekarskiego polskiego oznaką jedności narodowej.

Z biegiem czasu wyłoni się na zjazdach jeszcze wiele kwestyi wspólnych, które będą obchodziły wszystkich lekarzy na ziemiach polskich.

Myśl zwołania dzisiejszego Zjazdu skrystalizowała się w roku 1907 na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy we Lwowie. Tam koledzy warszawscy i lwowscy wyrazili życzenie odbycia Zjazdu internistów w Krakowie i polecili mnie jego zorganizowanie.

Utworzyliśmy w tym celu w Krakowie komitet i zabraliśmy się do dzieła, jednak nie bez pewnych refleksyi i obaw o wynik.

Wprawdzie mogliśmy liczyć na dostateczną liczbę uczestników, gdyż na przeszło 3000 polskich internistów praktykujących na ziemiach polskich, znajdzie się zawsze dostateczna ilość, która chętnie weźmie udział w zjeździe; lecz nasuwała się przy naszych dzisiejszych niekorzystnych stosunkach społecznych i politycznych ta obawa, że nie będzie dostatecznego materyału naukowego dla obrad zjazdu.

W największej dzielnicy polskiej nauka uniwersytecka leży odłogiem, a nieliczne prywatne zakłady lekarskie stoją tylko ofiarnością i poświęceniem się poszczególnych jednostek i walczą z niedostatkiem materyalnym.

Podobnie niekorzystnie przedstawiają się stosunki w dzielnicy poznańskiej.

U nas w Galicyi autonomiczne władze krajowe zajmują się obecnie zakładaniem szpitali, lecz postęp i kierunek naukowy bywa w nich trwale pomijany. Nieliczne prywatne zakłady lecznicze na tę stronę również nie zwracają uwagi. Jedno tylko zakopańskie Sanatoryum chlubnie się odznacza tem, że łączy w sobie szczęśliwie leczenie i kierunek naukowy.

Pozostają ostatecznie dwie uniwersyteckie kliniki w Krakowie i we Lwowie. Te muszą w pierwszym rzędzie pielęgnować stronę dydaktyczną, gdyż wykształcenie dzielnych lekarzy jest najważniejszą potrzebą dla społeczeństwa naszego i stanu lekarskiego. Naukowego kierunku w nich należycie uprawiać nie można z powodu małej ilości łóżek wyznaczonych, a jeszcze więcej z braku dostatecznych funduszów. Rządowa dotacya naukowa w kwocie 1300 K. rocznie, nie wystarcza nawet na zaspokojenie samych potrzeb dydaktycznych; na cele prac naukowych środków brak.

Oprócz tego w naszych stosunkach społecznych garnie się do nauk lekarskich przeważnie młodzież mniej zamożna, która musi szukać w praktycznem wykonawstwie lekarskiem zabezpieczenia swego bytu. Materyalnie niezawisłych pracowników naukowych wydaje społeczeństwo nasze dotąd jeszcze niestety bardzo małą liczbę.

Zresztą dwa warstaty naukowe na 20-milionowy naród, to stanowczo za mało, przeto postęp naukowy u nas jest trudny. Tam zagranicą, gdzie równocześnie pracuje 30 rządowych dobrze wyposażonych klinik i tyleż zakładów lekarskich prywatnych i miejskich i kilka aka-

demii lekarskich, to każdy zakład może pracować w jednym obranym kierunku i pogłębiać naukę lekarską. U nas zakłady kliniczne nie mogą pracować jednostronnie, lecz muszą obejmować całokształt wiedzy, gdyż nie spełniłyby swego zadania dydaktycznego.

Pomimo tych niekorzystnych warunków pracy, dzisiejszy nasz program naukowy okazuje się wcale pokaźnym. Znajdujemy w nim najnowsze i najważniejsze zagadnienia wiedzy lekarskiej, zaprzątające umysły zagranicznych badaczy: jak działanie radu na ustrój, serodyagnostykę kiły, metodę opsoninową w chorobach zakaźnych, badanie poszczególnych ruchów i schorzeń serca metodą elektroświetlną; mamy w naszym programie kwestyę dla naszego społeczeństwa pierszorzędnego znaczenia, jak pozbycie się plagi gruźliczej; wreszcie poruszono aktualną kwestyę praktyczną, która obchodzi w równej mierze tak lekarzy, jak i leczącą się publiczność, t. j. zapobieżenie rozwielmożnianiu się szalbierstwa z bezwartościowymi lekami.

Pokazuje się, że lekarze polscy kroczą z postępem naukowym. I musimy to im przyznać, że to się dzieje własnymi ich siłami.. Nie ma bowiem u nas jeszcze mecenasów nauk lekarskich; nie mamy miliarderów, którzyby fundowali szkoły lekarskie, nie mamy lordów, którzyby zakładali szpitale i zakłady specyalistyczne, niema mieszczaństwa, któreby wznosiło instytuty pasteurowskie, niemamy miast bogatych, któreby zakładały akademie lekarskie. Pomimo to nie giniemy dotąd, lecz owszem rozwijamy się, o ile nas na to stać.

Komitet organizujący miał zaledwie kilka miesięcy czasu na przygotowanie dzisiejszego zjazdu. W tym czasie starał się według możności wszystko zrobić, coby mogło Zjazdowi pracę ułatwić, a zwłaszcza uczynić ją owocną.

Było naszem staraniem wciągnąć w nasz program i te gałęzie medycyny, które stoją w bezpośrednim związku z medycyną wewnętrzną lub stanowią jej podstawę. Jesteśmy bowiem tego przeświadczenia, że dzisiejsze rozszczepianie nauki lekarskiej na drobne specyalności ma więcej ujemnych niż korzystnych stron dla zawodu lekarskiego, a więcej jeszcze dla leczącej się publiczności i że każdy lekarz powinien się starać poznać całą wiedzę lekarską, lecz nie koniecznie ma wszystko praktycznie wykonywać. Bardzo też żałujemy że zapowiedziany Zjazd kolegów chirurgów został odwołany i nie mógł się odbyć, jak to było naszem życzeniem, tuż obok Zjazdu naszego, a przez to tak potrzebna obopólna wymiana zdań pracujących na jednem i drugiem polu nie może nastąpić.

Zbyt krótki czas, jaki pozostawał Komitetowi do prac przygotowawczych, nie pozwolił na wykonanie niektórych projektów, a przedewszystkiem na urządzenie wystawy lekarskiej i zdrojowej. Musieliśmy się ograniczyć do zastawienia tego stołu biesiadnego jaki się znajduje w dzisiejszym programie. Zechcą nasi mili Koledzy, którzy pospieszyli z nad Warty, Wisły, Wilii, Dniepru i Dniestru, zasiąść z nami przy nim.

Nasz dzisiejszy Zjazd został zaszczycony obecnością wielu dostojnych i życzliwych Gości, Reprezentantów Władz Rządowych i autonomicznych, obecnością Przedstawicieli Instytucyi i Towarzystw naukowych, jakoteż Prasy polskiej.

Do Szanownych Przedstawicieli naszej prasy, która niesie oświatę i uświadomienie w najszersze warstwy naszego społeczeństwa, zwracamy się z prośbą, aby zechcieli przysłuchiwać się cierpliwie naszym obradom. Panowie przekonają się, że lekarze polscy stoją na tej samej wyżynie wiedzy lekarskiej, co i zagraniczni i na to samo zaufanie zasługują. Dowiedzą się panowie, że lekarze polscy zajmują się żywo kwestyami społecznemi. Wbrew swym interesom materyalnym z własnej inicyatywy zakładają dla dobra swego społeczeństwa stowarzyszenia higieniczne, ratunkowe, przeciwgruźlicze i inne, a czynią to własnemi siłami nawet bez poparcia interesowanego społeczeństwa.

Nawołują oni równocześnie władze do polepszenia stosunków sanitarnych w kraju.

Lekarze polscy są w naszem społeczeństwie czynnikiem postępu, kroczącym naprzód, lecz nie rozsadzającym społeczeństwa na kasty i partye, ale łączącym i jednoczącym je w imię zasad humanitarności i miłości bliźniego. Naszymi przodownikami w tym kierunku są przedwcześnie zgaśli Mężowie ś. p. Henryk Jordan w Krakowie i ś. p. Teodor Dunin w Warszawie.

Szanowni Przedstawiciele prasy zechcą szerzyć w najszerszych warstwach naszego społeczeństwa zrozumienie naszych intencyi i naszych usiłowań, aby społeczeństwo w swym własnym interesie nas zrozumiało i popierało.

Społeczeństwo nasze zechce sobie uprzytomnić, że tylko dzięki postępowi wiedzy lekarskiej, trąd, czarna ospa, dżuma nie są dziś owym średniowiecznym biczem bożym; cholera, szkorbut, dyzenterya, róża przyranna, gorączka połogowa i wścieklizna nie przejmują tą grozą, co lat temu kilkadziesiąt.

Im społeczeńswo nas lepiej zrozumie, im wcześniej i energiczniej nasze usiłowania popierać będzie, tem lepiej będzie dla niego«.

Z kolei nastąpiły przemówienia powitalne:

Krajowy referent sanitarny Radca Dworu Dr Merunowicz imieniem Rządu wita Zjazd, podnosząc znaczną poprawę stosunków sanitarnych w Galicyi dzięki pracy lekarzy. Obecny Zjazd zapowiada dalsze pomyślne wyniki w walce z chorobami zakaźnemi w naszym kraju.

Członek Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski składa życzenia pomyślnych wyników obrad.

Prezydent miasta Krakowa Dr Leo stwierdza, iż pierwszym prezydentem m. Krakowa był słynny internista Prof. Dietl. Zachowując tradycye tego znakomitego męża, miasto wytęża wszystkie siły w kierunku poprawy stosunków sanitarnych i liczy na chętną pomoc lekarzy, których dzisiaj najserdeczniej wita.

Następnie imieniem instytucyi naukowych witali Zjazd i składali mu życzenia owocnej pracy:

Prof. Dr Cybulski imieniem Akademii umiejętności.

Prof Dr Gluziński imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego.

Dziekan Prof. Dr Wachholz imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Od Towarzystw lekarskich przemawiali:

Dr Gantkowski imieniem Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu, wyrażając żal, że Poznań nie może gościć w murach swych Zjazdu i składając zapewnienie, że lekarze poznańscy zawsze wierni pozostaną kulturze i wiedzy polskiej.

Dr Alfred Sokołowski imieniem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

Dr Rzętkowski imieniem Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie.

Dr Januszkiewicz imieniem Towarzystwa lekarzy polskich w Kijowie.

Dr Opolski imieniem Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Dr Szymański (Chicago) imieniem lekarzy polskich z Ameryki.

Dr Fidler imieniem Towarzystwa lekarskiego Radomskiego.

Prof. Dr Rencki imieniem Towarzystwa lek. lwowskiego.

Prof. Dr Dobrowolski imieniem Towarzystwa lek. krakowskiego.

Jan Hr. Potocki imieniem Towarzystwa balneologicznego polskiego.

Dr Brudziński imieniem Sekcyi pedyatrycznej w Łodzi.

Dr Zanietowski imieniem komitetu międzynarodowego Zjazdów dla elektrologii i fizyoterapii.

W końcu zabrał głos imieniem całej prasy lekarskiej polskiej Dr Józef Zawadzki w słowach następujących:

»Szanowni Panowie Koledzy!

Przypadł mi w udziale zaszczyt powitania I Zjazdu internistów polskich w imieniu całej prasy lekarskiej polskiej, tej prasy, która w ciągu niespełna wieku mimo niesprzyjających okoliczności, mimo piętrzących się zewsząd trudności dosięgła w chwili obecnej niebywałego rozkwitu. Dziś ośmnaście czasopism ogólnych i specyalnych krystalizuje w sobie myśl lekarzy polskich i zdobywa sobie coraz szersze rozpowszechnienie i uznanie wśród swoich i obcych.

A jeżeli zwrócimy uwagę, że w 2 dzielnicach dawnej Rzeczypospolitej prasa ta z braku wszechnic polskich jest jedyną ostoją nauki polskiej, że skupia tam wszystkie siły, dążące do rozwoju medycyny polskiej — zrozumiemy specyalne jej dla nas znaczenie

Do jej rozrostu, do jej spotężnienia w stopniu znacznym obok towarzystw przyczyniały się Zjazdy lekarskie ogólne i specyalne. One to pobudzają i zapładniają myśl do pracy, zostawiając w rocznikach wiedzy ślady niestarte.

Jestem pewien, że i I. Zjazd internistów polskich, który tylu mężów wybitne w nauce naszej zajmujących stanowisko zgromadził, przyczyni się do dalszego rozwoju naszego piśmiennictwa. Upoważnia mnie do tego obfity program i rozległe traktowanie sprawy.

Jestem pewien, że w rocznikach wiedzy naszej Zjazd zapisze się niestartemi zgłoski, zbogacając je cennemi a licznemi pracami.

Toteż imieniem prasy lekarskiej, która te prace w dalszą przekaże potomność, witam I. Zjazd internistów polskich życzeniem, by był pierwszem ogniwem w szeregu innych, a jednocześnie składam podziękowanie jego inicyatorom i organizatorom«.

Następnie sekretarz Dr Korolewicz odczytał nadesłane do chwili otwarcia Zjazdu telegramy i pisma powitalne:

Od Towarzystwa naukowego warszawskiego z podpisem Prezesa Jabłonowskiego i sekretarza Doc. Dra Wł. Janowskiego.
Od poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.
Od Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.
Od Towarzystwa higienicznego lwowskiego z podpisem Prezesa Dra Ferdynanda Obtułowicza.
Od Redakcyi »Nowin lekarskich« w Poznaniu.
Od Redakcyi »Czasopisma galicyjskiego Towarzystwa aptekarskiego«.
Od Redakcyi »Chemika polskiego« w Warszawie.
Od Dra Chłapowskiego i Zakrzewskiego z Poznania.
Od Dra Chrostowskiego z Warszawy.
Od Prm. Dra W. Piska ze Lwowa.
Od Prof. Dra Witolda Orłowskiego z Kazania.
Od Prof. Dra M. L. Jakubowskiego, Prof. Dra L. Marchlewskiego i Prof. Dra Ponikły z Zakopanego.

Wszystkie przemówienia, telegramy i pisma witano żywymi oklaskami.

Prof. Dr Jaworski, prezes Komitetu urządzającego, przemówił w następujące słowa:

»Wszystkim Szan. Przedstawicielom władz i instytucyi, którzy nas zaszczycili swojem powitaniem, składamy podziękowanie.

W szczególności wdzięczni jesteśmy za udział w zjeździe naszym naszemu Rządowi Krajowemu, jedynemu na ziemiach polskich, który z nami czuje i nas rozumie i prosimy go, aby pozostawał i na przyszłość naszym łaskawym orędownikiem spraw naukowych, zawodowych i sanitarnych u władz centralnych.

Podziękowanie składamy wysokim Władzom wojskowym, c. k. Ministerstwu Wojny i Ministerstwu obrony krajowej za ułatwienie wzięcia udziału lekarzom wojskowym w naszym Zjeździe. Witamy Szan. Kolegów wojskowych, którzy pomimo swych ciężkich obowiązków, zechcieli tu przybyć.

Szefowi departamentu Sanitarnego Wydziału Krajowego, który jako praktyczny lekarz zna potrzeby sanitarne kraju i potrzeby nauki lekarskiej, dziękujemy serdecznie za jego przybycie na Zjazd i życzymy Mu, aby Jego zamiary w czyn zostały wprowadzone.

Cenimy wysoko przybycie do nas Świetnej Reprezentacyi naszego gościnnego miasta.

Wysokim instytucyom naukowym: Akademii Umiejętności i obydwu Wydziałom Lekarskim, z których czerpiemy naszą wiedzę, nasze podziękowanie.

Ucieszeni jesteśmy życzliwością Szanownych Redakcyi pism naszych i Towarzystw Lekarskich, którzy wszyscy pospieszyli do nas, nawet z najdalszych kresów, aby w ten sposób stwierdzić jedność duchową, nas wszystkich łączącą«.

Prezesem Zjazdu wybrano przez aklamacyę Prof. Dra Antoniego Gluzińskiego, a sekretarzami honorowymi Dra Rzętkowskiego z Warszawy, Dra Gantkowskiego z Poznania, Doc. Dra Frankego ze Lwowa i Doc. Dra Latkowskiego z Krakowa.

I. Referat główny.

Dr Kazimierz Rzętkowski (Warszawa). **O leczeniu gruźlicy płuc.**

Referent rozważa sprawę kryteryów wyleczenia gruźlicy płuc z punktu widzenia anatomo-patologa, socyologa, higienisty i klinicysty; stwierdza, że zupełne pod względem klinicznym wyleczenie chorego na gruźlicę płuc jest możliwe, choć i w praktyce rzadko i trudno osiągnąć się daje; zastanawia się nad tem, w jakich przypadkach leczenie gruźlicy płuc ma szanse najlepsze. Wreszcie omawia rozmaite sposoby i metody leczenia gruźlicy płuc, jako to: 1) farmakoterapię, 2) leczenie sanatoryjne, 3) leczenie specyficzne (zwłaszcza leczenie tuberkuliną), 4) leczenie chirurgiczne. Pod względem ilości wyników dodatnich z powyższych metod na miejscu najpierwszem stawia metodę leczenia sanatoryjnego.

Dr J. Brudziński (Łódź). **O zapobieganiu i leczeniu gruźlicy płuc u dzieci.**

B. omawia częstość gruźlicy płuc u dzieci i śmiertelność z gruźlicy w różnych okresach wieku, poczem daje krótki rys dróg zakażenia gruźliczego. W celu wyświetlenia kierunku, w jakim pójść powinny usiłowania zapobiegawcze, podnosi sprawę usposobienia do gruźlicy, przyczem omawia teoryę Freunda z punktu widzenia zapobiegawczego, z tego też punktu omawia znaczenie odczynów Pirqueta i Calmettea, poczem nakreśla sposoby zapobiegania gruźlicy płuc u dzieci (uzdrowiska dla dzieci słabowitych), mówi o gruźlicy w szkole i roli szkoły w walce z gruźlicą. Na zakończenie omawia sprawę leczenia gruźlicy płuc u dzieci (uzdrowiska dla dzieci gruźliczych) i próby i widoki leczenia swoistego.

Jako myśl przewodnią stawia B.: Gruźlica powstaje w wieku dziecięcym, przeciwko tej gruźlicy dziecięcej najusilniejsze skierować należy zabiegi zapobiegawcze i lecznicze.

Wykłady.

I) Dr Kazimierz Dłuski (Zakopane). **I. Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy. II. O stosowaniu tuberkuliny Beranecka w sanatoryum w Zakopanem.**

I. Prelegent omawia tuberkuliny Kocha i inne pokrewne preparaty, — wykazuje sprzeczności w teoretycznych uzasadnieniach swoistego leczenia i sprzeczności w klinicznem stosowaniu. Następnie podnosi trudność udowodnienia z empirycznego stanowiska wyższości leczenia tuberkulinami nad zwykłą metodą higieniczno-dyetetyczną (doświadczenia nad zwierzętami i statystyka wyników swoistego leczenia u ludzi), omawia rozmaite sprzeczne teorye o odczynie tuberkulinowym. — Prelegent rozpatruje teoryą »allergii« v. Pirqueta w związku ze swoistem leczeniem gruźlicy, podnosząc niektóre objawy kliniczne, ze stanowiska tej teoryi niewyjaśnione, a następnie teoryę »lizyn« Wolf-Eisnera w związku ze swoistem leczeniem gruźlicy; teorya ta również niektóre objawy kliniczne pozostawia niewyjaśnione. Podawszy ogólne uwagi o »antytuberkulinie« i o pojęciu »antytoksyn« w gruźlicy, stwierdza prelegent, że ostatecznie sprawa uodpornienia przeciw laseczników gruźliczemu dotąd jest niewyjaśniona.

II. Drugą część wykładu poświęca prelegent tuberkulinie Beranecka, omawiając teoretyczne jej uzasadnienie przez autora, jej właściwości, doświadczenia Beranecka nad zwierzętami, kliniczne i teoretyczne uzasadnienie przez Sahliego, metodę Sahliego i szczegóły klinicznego stosowania, wyniki otrzymane w różnych klinikach z Tbk. — Wreszcie zdaje sprawę ze stosowania Tbk w Sanatoryum w Zakopanem wedle metody Sahliego i z przebiegu klinicznego przypadków leczonych. Wyniki pomyślne uzyskano w 61%, z czego wyleczono w znaczeniu klinicznem 25%, a znaczna poprawa nastąpiła w 36%.

II) Dr Gantkowski, (Poznań). **Krótki pogląd na działalność Poznańskich miejskich stacyi opiekuńczych dla gruźliczych i alkoholików.**

W większych miastach Rzeszy Niemieckiej zakłada się coraz częściej t. zw. stacye opiekuńcze dla gruźliczych, lub alkoholików. Stosunek gruźlicy płucnej, oraz alkoholizmu do pauperyzmu spowodował urządzenie tych stacyi w łączności z wydziałami miejskimi dla spraw ubóstwa. Istotą stacyi dla gruźliczych jest opieka nad chorymi, ich otoczeniem, oraz uświadamianie i zapobieganie szerzeniu się gruźlicy. Stacyą kieruje lekarz, a jego czynnością jest badanie chorych w godzinach przyjęcia stacyi, oraz ile możności członków rodziny chorego; w mieszkaniu odwiedza lekarz stacyi chorego tylko w wyjątkowych razach, zaś właściwą opiekę nad nim i rodziną roztacza siostra miłosierdzia, w sprawach gruźlicy specyalnie wykształcona. Funkcye sióstr miłosierdzia (w Poznaniu przez miasto utrzymywanych sióstr gminnych), są następujące: badanie mieszkania chorego pod względem higienicznym, możliwe odosobnienie chorego, uświadamianie chorego i jego otoczenia, rozdawanie spluwaczek, oraz koniecznych środków odkażających, w razie potrzeby starania o lepsze pożywienie i mleko, konferencye z lekarzami, leczącymi chorych, a w razie braku opieki lekarskiej, staranie o leczenie ich, dalej stwierdzenie, czy w razie śmierci chorego, lub przeprowadzki mieszkanie w należyty sposób zostało odkażone.

Materyał na stacyi stanowią chorzy, przekazywani stacyi przez lekarzy i wydział miejski dla spraw ubóstwa, oraz chorzy, dobrowolnie w stacyi się zgłaszający. Lekarz stacyi pośredniczy także w przedstawianiu wniosków prowincyonalnemu urzędowi ubezpieczenia przeciw niemocy i starości o leczenie w sanatoryach ludowych, wreszcie przeprowadza leczenie zapobiegawcze u słabych dzieci suchotników w schroniskach dla dzieci, po największej części na koszt miasta. Dane statystyczne z 2-letniej działalności Poznańskiej stacyi dla gruźliczych (za czas od 1. IV. 1907 do 1. IV. 1909). Godziny przyjęcia (we wtorki i piątki popoł. od 4—6) 210 razy, wykonano badań 2552 (a więc średnio 12 na posiedzenie). Siostry stacyi odbyły dziennie średnio 10—15 wizyt w mieszkaniu chorych, stwierdziły odkażenie mieszkania 74 razy, ułatwiły zmianę mieszkania niehigienicznego 20 razy, wydały środki odkażające do użytku domowego w 80 przypadkach, wystarały się o pożywienie lepsze w 127 przyp., o mleko w 184, o pościel w 14, o dodatek do wynajęcia większego zdrowszego mieszkania w 17, o wspomożenie rodzin przez miasto w 51, o wspomożenie rodzin (z innych funduszów) w 37, o lżejszą pracę w 47, o środki do pielęgnowania w 20, o lekarstwo w 34, o leczenie w szpitalu w 64, o leczenie policlinicze (26×tuberkuliną) w 74, o ubranie i bieliznę dla bardzo biednych chorych przed ich wysłaniem do leczenia w 11 przypadkach. Lekarz stacyi przeprowadził z pomyślnym skutkiem wnioski o leczenie w uzdrowiskach ludowych w 97 przypadkach.

W bardzo podobny sposób urządzona jest miejska stacya opiekuńcza dla alkoholików. Materyał chorych składa się z takich, którzy dobrowolnie do stacyi się zgłaszają, lub takich, których rodzina do opieki poleca i wreszcie takich, których władza policyjna co kwartał podaje, jako policyjnie karanych za przestępstwa, popełnione w stanie opilstwa. Stacyą kieruje lekarz, administracyjnie radca magistratu, do pomocy służy siostra, w sprawach alkoholizmu wyszkolona. Godziny przyjęcia odbywają się raz w tygodniu. Lekarz bada chorych, uświadamia ich co do skutków alkoholizmu, podaje żonie i dzieciom starszym sposoby, prowadzące w życiu codziennem do wstrzymania ojca, lub męża od pijaństwa, przeprowadza w odpowiednich przypadkach wnioski o umieszczenie chorych w lecznicy dla alkoholików. Siostra stacyi zwiedza mieszkania chorych i informuje się o stosunkach. Do jej pomocy zaprasza stacya opiekunki i opiekunów, zobowiązanych zdawać sprawę o prowadzeniu się chorych. W ciągu $1\frac{1}{2}$ roku (od 1. X. 1907, do 1. IV. IV. 1909) roztoczyła stacya opiekę nad 220 osobami; z tych chorowało na gruźlicę (na podstawie alkoholizmu) 9, a w 32 przypadkach stwierdzono gruźlicę u dzieci alkoholików. W lecznicach dla alkoholików leczono 15 osób, w 9 przypadkach z dobrym skutkiem. O pracę wystarano się w 150 przypadkach, zmianę zatrudnienia spowodowano w 6 przypadkach z korzyścią dla chorych. Stacya przyczyniła się także do tego, że urządzono we wszystkich dzielnicach miasta miejskie stacye sprzedaży mleka, jakoteż sprzedaż trunków bezalkoholowych. Dodać należy, że praca tak w stacyi dla gruźliczych, jak i dla alkoholików przedstawia ciągłość, bo każdy chory ma swoje akta, które przechodzą systematycznie biura registratury.

Wnioski: W obecnych stosunkach jest rzeczą konieczną, by gminy miejskie zakładały stacye opiekuńcze dla gruźliczych i alkoholików; lekarze zaś polscy powinni ze względu na własne społeczeństwo starać się o to, by takie stacye po miastach zakładano, lub też powinni na własną rękę przy pomocy ludzi dobrej woli zakładać biura informacyjne w sprawie zwalczania gruźlicy i alkoholizmu.

III) Doc. Dr Szumowski (Lwów). **Przypadki gruźlicy płuc leczone metodą Krokiewicza.**

Metoda Krokiewicza jest bardzo skomplikowana; podany lek składa się bowiem z kilkunastu środków. S. posiada 7 przypadków, leczonych w klinice prof. Głuzińskiego. Do leczenia brał przypadki gruźlicy we wszystkich 3 okresach, z 7 przypadków 4 były w ambulatoryjnem leczeniu, zaś 3 w klinice. Chorzy dostawali pigułki i wstrzykiwania. Wszyscy chorzy znosili bardzo łatwo leczenie. — W jednym tylko przypadku zauważył S. lekkie podniesienie ciepłoty i bóle głowy. — Wybitnego działania nowej metody przy małej zresztą ilości wstrzyknięć nie zauważono. Obserwowane przypadki nie zniechęcają do nowej metody.

IV) Prym. Dr Krokiewicz (Kraków). **Wyniki leczenia gruźlicy własną metodą.**

Prelegent na podstawie spostrzeżeń własnych klinicznych i anatomopatologicznych dwudziestoczteroletnich, dochodzi do przekonania, iż w przeważnej ilości przypadków pierwotne zakażenie jadem gruźliczym następuje drogą narządu oddechowego przez wdychanie; znacznie rzadziej przez przewód pokarmowy a bardzo rzadko przez obrażenie powłok zewnętrznych i krążenie łożyskowe. Natomiast chorzy dotknięci pierwotną gruźlicą płuc ulegają prawie zawsze następczo wtórnemu zakażeniu od przewodu pokarmowego przez połykanie plwocin, zawierających prątki gruźlicze. Tę ostatnią okoliczność należy uważać jako jedną z ważnych przyczyn, dla której opanowanie sprawy gruźliczej u chorego natrafia na takie trudności.

Uwzględniając fakty co do przebiegu zakażenia gruźliczego, prelegent postanowił zadziałać w ten sposób środkami leczniczymi, aby z jednej strony zmniejszyć siłę jadu prątka gruźliczego i zapobiegać zakażeniu wtórnemu przez przewód pokarmowy, a z drugiej strony podnieść ogólną odporność ustroju. W tym celu zastosował w odpowiedniem połączeniu środki lecznicze, znane już ze skutecznego działania w gruźlicy, jak: przetwory kreozotu (kali sulfoguajacolicum, gujasanol), środki antyseptyczne (eucalyptol, thymol, salol), środki wzmagające przemianę materyi i wywołujące leukocytozę (atoxyl, hetol); — prócz tego zastosował wspólnie z środkami leczniczymi i przetwory tuberkulinowe w nadzwyczaj małych dawkach (tuberkulol, tuberal), aby w ten sposób po uwięzieniu i zobojętnieniu ich jadowitych własności — możliwie jak najoględniej i nieszkodliwie zadziałać czynnie na prątki gruźlicze. Powyższe środki lecznicze stosował K. chorym równocześnie t. j. podawał na wewnątrz pigułki znane w aptekach krakowskich pod nazwą Pillulae eucalypti compos. fabr. Benke przez 3 miesiące (po 6 dziennie) i stosował równocześnie co 4 dzień wstrzykiwania podskórne

płynów naprzemian, znanych obecnie pod nazwą: Sol. guajasanoli comp. Nr I. i Nr II. za każdym razem po 2 gr. W ten sposób wykonał 6595 wstrzyknięć podskórnych u 253 chorych a mianowicie w 211 przypadkach gruźlicy płuc i w 27 przypadkach gruźlicy błon surowiczych, w 3 przypadkach gruźlicy gruczołów i w 12 przypadkach gruźlicy kości i stawów.

Chorzy dotknięci gruźlicą płuc okazywali II i III okres zmian chorobowych. W II okresie zmian chorobowych leczył 103 chorych (39 m., 64 k.). Ze względu na zmiany chorobowe można było stwierdzić w 66%, infiltratio apicum i w 33% infiltratio apic., haemoptoe; u 1% infiltratio apic., laryngitis catarrhalis. Ogólna ilość wstrzyknięć wynosiła 2543 a w poszczególnym przypadku 20. W okresie tym wyniki leczenia były korzystne, gdyż w 94% wyleczenie a 5·8% znaczne polepszenie.

W III okresie gruźlicy płuc leczył 108 chorych (58 m., 50 k.). Ogólna ilość injekcyi wynosiła 2797 a w poszczególnym przypadku około 20—30. Ze względu na zmiany chorobowe w 70% stwierdzono rozpad znaczny płuc: w 15% obok rozpadu płuc krwotok płucny; w 13% zmiany gruźlicze w krtani, a w 1% obok zmian rozpadowych w płucach i zmiany gruźlicze w narządzie moczopłciowym; w każdym przypadku biegunka. To też wyniki leczenia w tym okresie gruźlicy płuc nie są zbyt korzystne; mimo to zauważył prelegent znaczne polepszenie u 9·2%; brak polepszenia i pogorszenia u 46·3%, a stanowcze pogorszenie w 44·6%.

W gruźlicy błon surowiczych leczył 27 chorych (12 m. 15 k.) a mianowicie z powodu zapalenia opłucnej 48%, otrzewnej 40·6% i wielokrotnego zapalenia błon surowiczych (polyserositis) w 11·2%. W 7·4% nastąpiło pogorszenie z zejściem śmiertelnem, w 29·5% polepszenie znaczne, a w 51·7% polepszenie bardzo znaczne tak dalece, iż chorzy mogli się oddawać swemu zajęciu. Ogólna ilość injekcyi wynosiła 707, a w poszczególnym przypadku najwyżej 112; przeciętnie 20.

W gruźlicy gruczołów szyjnych leczył 3 chorych; ogólna ilość wstrzykiwań wynosiła 110, a w pojedynczym przypadku 55, 30, 25. W 2 przypadkach (2 k.) gruczoły zmniejszyły się do prawidłowych rozmiarów jużto przez wessanie, jużto przez miejscowe zropienie; u jednej kobiety nastąpiło pogorszenie, jednak nie ze względu na zmiany gruźlicze w gruczołach szyjnych, tylko z powodu zaostrzenia się biegunki.

W przebiegu gruźlicy kości i stawów leczył 12 chorych (4 m. 8 k.). Wogóle wykonał 429 wstrzyknięć i największa ilość w pojedynczym przypadku wynosiła 73; przeciętnie 20. Ze względu na umiejscowienie się sprawy chorobowej leczono: gruźlicę stawu kolanowego w 3 przyp., stawu biodrowego w 2 przyp., łokciowego w 1 przyp., kręgów w 4 przypadkach i kości w 2 przyp. W 10 przypadkach t. j. (3 przyp. gruźlicy kręgów i 7 przyp. gruźlicy kości i stawów) osiągnięto znaczne polepszenie.

Wogóle dochodzi prelegent do następujących wniosków:

Rozpatrując rzecz bliżej nie da się zaprzeczyć, iż przy zastosowaniu powyższej metody leczniczej osiągnąć można bardzo zadawalniające i do dalszych prób zachęcające wyniki lecznicze u chorych, dotkniętych gruźlicą płuc w I. i II. okresie, a nawet i przy rozpadowych zmianach miąższu płucnego, zwłaszcza, jeśli chorzy nie są skłonni do wysokiej trawiącej gorączki, jak i do szybkiego t. zw. galopującego przebiegu. W razie krwotoku płucnego wskazaną jest przerwa 4 tygodni i dłużej; toż samo i w czasie słabości miesięcznej przez czas krwawienia. — Po krwotoku płucnym lepiej liczbę wstrzykiwań ograniczyć do 10 — i po 2 miesiącach zabieg ten kilkakrotnie powtarzać. Również i początkowe zmiany gruźlicze w kościach i stawach jak i zmiany gruźlicze w gruczołach, na błonach surowiczych opłucnych i otrzewnej nadają się do tego sposobu leczenia; natomiast gruźlica opon mózgowych, krtani, tudzież rozległe wrzody jelitowe stanowią przeciwwskazanie.

Pod wpływem podawania wewnętrznego chorym powyższych pigułek przez dłuższy czas (2—3 miesięcy) i stosowania równocześnie co 4 dzień wstrzykiwań podskórnych w ilości 2 grm płynu naprzemian Nr I. i Nr II. ustępowały zmiany fizyczne jakoteż poty, dreszcze, gorączka; kaszel i odpluwanie były mniejsze. Chorzy odzyskiwali siły, okazywali przybytek na wadze i wogóle większą odporność przeciw rozwojowi gruźlicy.

Skład krwi ulegał zmianie, gdyż można było zauważyć zwiększanie się znaczne ciałek czerwonych krwi i hemoglobiny, tudzież leukocytozę wielojądrzastą neutrofilną. Nigdy nie wystąpiło powikłanie ze strony nerek, jak białkomocz, pomimo, iż ilość wstrzyknięć dochodziła i do 112 w jednym przypadku. Taki stan korzystny utrzymywał się przez kilka miesięcy, następnie trzeba było powtarzać leczenie kilkakrotnie co 3 miesiące, ograniczając zażywanie pigułek i wstrzykiwanie już tylko do 4 tygodni.

Uwzględniając niezbyt korzystne warunki, jak pobyt w szpitalu i odżywianie szpitalne, należy spodziewać się jeszcze lepszych i trwalszych wyników, skoro leczenie to znajdzie zastosowanie przez dłuższy czas i wśród sprzyjających higienicznych i klimatycznych warunków.

V) Dr J. Brudziński (Łódź). **O nowych objawach w zapaleniu opon mózgowych u dzieci (objaw karkowy i odruch drugostronny).**

B. spostrzegał dwa nowe objawy w przypadkach zapalenia opon mózgowych u dzieci: — odruch drugostronny polega na tem, że zgięcie bierne jednej kończyny dolnej wywołuje odruchowe zgięcie drugostronnej kończyny dolnej (odruch drugostronny identyczny). Oprócz przypadków zapalenia opon mózgowych spostrzegał B. występowanie objawu tego u dzieci z bardzo cofniętym rozwojem fizycznym i psychicznym w wieku do lat 2, co się tłómaczy zatrzymaniem rozwoju ich systemu nerwowego (na najniższych szczeblach rozwoju systemu nerwowego wszelkie ruchy kończyn dolnych są parzyste). Odruch ten zaliczyć należy do kategoryi współruchów (Mitbewegungen). W przypadkach zapalenia opon mózgowych występuje w około 60% przypadków. — Objaw karkowy polega na tem, że przygięcie bierne karku ku przodowi wywołuje zgięcie kończyn dolnych w stawach kolanowym i biodrowym. Objaw ten spotyka się prawie we wszystkich przypadkach, podejrzanych o zapalenie opon mózgowych (około 95%) i zdaniem B. posiada duże znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze. Spotyka się znacznie częściej, niż objaw Kerniga i Babińskiego.

Oprócz tych objawów zauważył B występowanie objawu Babińskiego w niektórych przypadkach zapalenia opon gruźliczego przy sadzaniu dziecka (bez drażnienia podeszwy) na obu kończynach dolnych jednocześnie (Babiński bilateral), oraz występowanie objawu Babińskiego przy zginaniu jednej kończyny dolnej na kończynie drugostronnej, co B. nazywa: — Babiński contralateral.

VI) Dr Radliński (Kraków). **O operacyjnem leczeniu rozedmy płuc.**

Omówiwszy anatomię patologiczną, patologię i klinikę Freundowskiej postaci rozedmy płuc i przytoczywszy 7 przypadków, dotychczas operowanych w różnych krajach, podaje prelegent następujące dwa przypadki z kliniki krakowskiej, operowane przez Prof. Kadera:

1) Chory lat 49, rolnik, nie może z powodu silnej duszności i kaszlu pracować od $1^1/_2$ roku. Sinica śluzówek, miażdżyca tętnic. W sercu zmian niema, tylko pokryte jest rozdętem płucem. Typowego wdechowego ustawienia klatki brak, natomiast widoczną jest przy każdym z częstych (28) oddechów praca mięśni szyjnych. Rozszerzalność klatki na wysok. sutków: 2 cm w obwodzie. Poza tem na szyi mały zamostkowy wól — od lat 20 powoli się powiększający. 27. X. 1908 usunięcie wola oraz jednoczasowa dwustronna operacya: z prawej strony wycięto $^1/_2$—2 cm z kostnych części żeber 2—5, po lewej chondrotomia tych samych żeber. Wynik dobry. Po 10 tygodn. chory ma mniejszą duszność, przesuwalność granic płuc z $^1/_2$ cm wzrosła do szerokości żebra, klatka piersiowa uległa rozszerzeniu, a równocześnie z tem i amplituda ruchów oddechowych wzrosła z 2 na 3 cm na wysok. sutków (w obwodzie).

2) Chory, lat 32, górnik, od lat 20 męczy go kaszel i duszność, w ostatnich czasach tak silna, że nie mogąc pracować, zwrócił się do kliniki chorób wewn. Prof. Jaworskiego, który uprzejmie skierował chorego do kliniki chirurg. Budowa typowa dla »sztywnego rozszerzenia klatki piersiowej«: szyja krótka, beczkowata pierś, ruchomość klatki mała, praca mięśni oddechowych wyraźna, chwytanie powietrza przy wdechu otwartemi ustami, na minutę oddechów 24; rozszerzalność 2—$2^1/_2$; granice płuc obniżone o jedno żebro, ruchome prawie normalnie. Wybitna sinica. Zmian w sercu, ani w moczu niema. Dokonano 29. I. 1909 dwustronnie jednoczasowo resekcyi kostnych części 2—6 żebra po 2 cm. Wynik zarówno podmiotowo, jak i określony pomiarami — niewystarczający, wobec czego po 9 tygodniach (30. III.) dokonano chondrotomii żeber 7—10 aż do łuku żebrowego po 2 cm z jednej strony — prawej. Tym razem wynik znacznie się poprawił i u chorego, przy wyjściu z kliniki w czerwcu, stwierdzono, że rozszerzalność klatki piersiowej na wysok. wyrostka mieczykowatego wzrosła z $2^1/_2$ do $4^1/_2$ cm, pojemność życiowa płuc z 2100 na 2600 cm, ilość powietrza przy spokojnem oddychaniu z 200 na 400. Jednocześnie zmniejszenie obwodu klatki piersiowej na wyżej wspomnianym poziomie

z 88 na 85 cm. Subjektywnie oddychanie znacznie lżejsze (16 na min.).

Z zestawionych tu przypadków można już w pewnych kierunkach zaznaczać, jeżeli nie wyprowadzać wnioski.

1) Ponieważ zarówno w obu naszych przypadkach, jak i u innych autorów po jednoczasowej dwustronnej operacyi wystąpiły objawy silnego obostrzenia nieżytu oskrzeli, które przy pracy serca słabszej od normalnej może mieć nawet groźne skutki, a które powstaje skutkiem utrudnienia wydalania wydzieliny płucnej z powodu zarówno oszczędzania przez chorego klatki piersiowej, jak wskutek zapadnięcia się płuc po operacyi — operacyę należy wykonywać nie jednoczasowo — ale dwuczasowo, naraz po jednej stronie. W niektórych przypadkach (Stieda) może to nawet zupełnie wystarczyć.

2. Czy wykonywać kostotomię czy chondrotomię, rozstrzygnięte nie jest; za chondrotomią przemawiałoby to, że chrząstki trudniej się odradzają i nie tak łatwo o powrót do status quo ante. Za wycinaniem kostnych części żeber przemawia większe na tej drodze osiągnąć się dające uruchomienie klatki. Natomiast o ile z jednego przypadku wnosić można, znaczny postęp w technice tej operacyi będzie stanowiło po raz pierwszy przez Prof. Kadera zaprojektowane i wykonane uruchomienie całej połowy klatki piersiowej, aż do łuku żebrowego, a więc od 2 do 10 żebra. Wycięcie tylko górnych żeber wskutek napięcia otaczających żebra miękkich części, nie przywraca klatce piersiowej pożądanej ruchomości w takim stopniu, jak to powoduje wydłużenie linii uruchomienia aż do łuku żebrowego.

Wskazania do operacyi należy rozszerzyć. Wskazują na to pomyślne wyniki wszystkich zabiegów, pomimo, że nie we wszystkich był obraz odpowiadający Freundowskiej rozedmie. Mianowicie, pomimo chondrotomii i uwidocznienia chrząstek, zmiany u nich nie zawsze znaleziono, dalej nie było inspiracyjnego ustawienia żeber, o czem można wnosić z braku cofnięcia się końca żebra po przecięciu jego ciągłości ku wewnątrz i na dół, co podnosi Freund — w 3 przypadkach z opisanych. W jednym przypadku było nawet cofnięcie się końca żebra w chwili uwolnienia go, ku zewnątrz, a więc jakby z pozycyi wydechowyj do wdechowej. Można więc mówić o wskazaniu do operacyi nie tylko przy wdechowem »sztywnem rozszerzeniu klatki«, ale i przy unieruchomieniu klatki wogóle na tle zesztywnienia. O takiem zesztywnieniu i unieruchomieniu wnosić można z małych — poniżej 2 ctm. różnic w obwodzie na poziomie sutków przy wdechu i wydechu z małych cyfr otrzymanych spirometrem (norma: pojemność życiowa 3500 ctm^3, powrotne oddechowe 500 ctm^3; obniżenie: 2100 nasz, 2000 Seidel, 800 Hildebrand.; pow. oddechowe 200 nasz przypadek).

Za istnieniem przebiegającego niekoniecznie z wdechowem rozszerzeniem, zesztywnienia klatki piersiowej przemawia i to, że po operacyi następuje niezawsze cofnięcie się obwodu klatki do pozycyi wydechowej, lub średniej, lecz naodwrót — rozszerzenie jej przy jednoczesnem uruchomieniu. Klinicznie mają te przypadki cechy rozedmy, małą ruchomość płuc, duszność, nieżyt oskrzeli — a to wskutek niedostatecznej wentylacyi. Naturalnie w każdym razie wyniki będą o tyle lepsze, o ile młodszych ludzi będziemy operować, o ile cierpienie wystąpiło niedawno i objawy niezbyt są nasilone, wreszcie, o ile nie wystąpiły jeszcze powikłania ze strony serca i innych narządów.

Przypadki operacyi tego rodzaju nadają się w zupełności do wykonania w znieczuleniu lędźwiowem. Nasz pierwszy był operowany przy zastosowaniu 0,08, drugi 0.11 tropakokainy w rozczynie 2% — z zupełnem powodzeniem.

Dyskusya.

Dr Alfred Sokołowski z Warszawy zgadza się z poglądami kol. Rzętkowskiego na leczenie sanatoryjne, które daje w leczeniu gruźlicy tak piękne wyniki i tak znakomitą statystykę, bo do 80% wyleczeń. Jednakże to, co napotyka się w praktyce, nie zgadza się z tą statystyką: — 80% poprawy i wyleczeń, to obliczenie procentowe z tych przypadków, które mają warunki do polepszenia i leczenia, nie obejmuje jednak przypadków straconych i nieprzyjmowanych do sanatoryów. Stąd słusznem jest dążenie do leczenia swoistego, zawsze jednak postępować należy z wielkim krytycyzmem. Nie wykluczonem jest znalezienie na drodze eksperymentalnej leku ze świata roślinnego lub mineralnego. Przechodząc do referatu kol. Brudzińskiego, podnosi Sokołowski znaczenie profilaktyki w gruźlicy; tu jednak tylko przewrotowe reformy socyalne mogą doprowadzić do wyników. — Wspomina o urządzeniu dyspensatoryum w Warszawie, które się pomyślnie rozwija.

Dr Tomasz Janiszewski (Kraków). Zrozumienie znaczenia zdrowia i pracy ludzkiej dla państwa i narodu jest jedną może z najbardziej doniosłych cywilizacyjnych zdobyczy naszych czasów. To zrozumienie znaczenia zdrowia ludzkiego z jednej strony, a z drugiej strony wynik badań przyczyn śmierci i chorowań, zwróciły uwagę społeczeństw na jednego z największych wrogów tego życia i zdrowia — na gruźlicę. Jeżeli dojście do tego przeświadczenia jest ważne dla innych narodów, to czyż potrzeba dodawać, o ile ważniejszem jest ono dla nas? Utrzymanie zdrowia, zrozumienie i przejęcie się ważnością tej sprawy, rozstrzyga o przyszłości naszego narodu.

Gdy się obecnie mówi o zapobieganiu i zwalczaniu gruźlicy, to niepodobna przemilczeć o zwrocie, jaki w poglądach na tę sprawę w ostatnich dziesięciu latach się dokonał. Porzucono obecnie zbyt wyłączne, że się tak wyrażę, bakteryologiczne stanowisko w tej sprawie, a ogólnie prawie uznano, że droga dążeń do zwiększenia odporności ustroju i zmniejszenia usposobienia do gruźlicy jest jedynie właściwą. Zrozumiano też, że walka z gruźlicą jest nie tylko sprawą lekarską, ale przedewszystkiem jedną z najważniejszych spraw społecznych i narodowych.

Z tej zmiany zapatrywań na zadania profilaktyki gruźlicy wynika potrzeba odmiennego przedstawienia tej sprawy. Nie można obecnie ograniczyć się do wyliczania środków, zapomocą których dążymy do zapobiegania gruźlicy, gdyż lista tych środków, nawet gdyby była nieskończenie długą, jeszcze nie objęłaby całości.

Zdaniem mojem możnaby sprawę zapobiegania i zwalczania gruźlicy przedstawić w następujący sposób[1]): Wszystkie środki i sposoby, zapomocą których zapobiegamy i zwalczamy gruźlicę, dadzą się ująć w dwie grupy. Do pierwszej zaliczyć można te środki i usiłowania, które należą lub powinny należeć do zakresu działania państwa, władz autonomicznych, lub przeprowadzone być powinny wspólnemi siłami całego społeczeństwa. Do drugiej zaliczamy te przepisy, które wypełniać powinien każdy człowiek. Pierwsze należą do zakresu t. zw. higieny społecznej, drugie stanowią treść higieny osobistej. Mamy prawo domagać się, aby pierwsze zadanie spełniały państwo i władze autonomiczne z poparciem całego społeczeństwa, sami zaś obowiązani jesteśmy jak najskrupulatniej wypełniać drugie. Podział taki, jak każdy podział, nie może być doskonały. Są zadania, które odnosić się będą po części do jednego, po części do drugiego zakresu działania, że przytoczę tylko sprawę higieny mieszkań. Ale takie postawienie sprawy wyświetla nam odrazu, jak rozkładają się ciężary i obowiązki, pozwala łatwiej zoryentować się w całej tej obszernej sprawie, uwzględnia ten należyty stosunek, jaki istnieć powinien w każdem ucywilizowanem państwie pomiędzy obywatelem a rządem, w końcu wyjaśnia ludziom, że cała sprawa zapobiegania i walki z gruźlicą nie jest bynajmniej jakąś akcyą filantropijną, ale, że należy ona do obowiązków władz i każdego z członków społeczeństwa.

Wrogiem postępu na polu higieny jest rozdźwięk, jaki panuje często pomiędzy ustalonymi zdobyczami wiedzy, a zastosowaniem tych zdobyczy w życiu. Taka pewnego rodzaju sprzeczność pomiędzy teoryą a praktyką istnieje w sprawie usuwania i unieszkodliwiania plwocin. Nauka powiada nam, że plwocina człowieka chorego, czy wilgotna, czy zeschnięta, jest szkodliwą i może stać się przyczyną szerzenia się chorób zakaźnych. Wiemy, że nawet w plwocinie ludzi zdrowych znajdować się mogą zarazki chorobotwórcze. W powietrzu otwartych przestrzeni nie znajdujemy wprawdzie zbyt wiele zarazków chorobotwórczych, nie ulega jednak wątpliwości, że w powietrzu naszych mieszkań jest ich znacznie więcej, że jeżeli chodzi o gruźlicę, to źrodłem, skąd one dostają się do powietrza, jest plwocina. Wiemy, że wskutek złego zwyczaju spluwania na chodniki możemy wnieść na obuwiu i na sukniach zarazki chorobotwórcze do naszych mieszkań. W końcu nowsze badania, szczególniej pochodzące ze szkoły Pflügego, wykazały, w jaki sposób plwocina może stać się przyczyną zakażenia ludzi zdrowych.

Pomimo świadomości tych wszystkich faktów, plwocina, ze wszystkich wydalin ludzkich, zajmuje jakieś uprzywilejowane stanowisko. W mieszkaniach istnieją już zakazy spluwania na podłogę, ale sposób zbierania plwocin jest wadliwy; natomiast na ulicach dotąd przynajmniej panuje pod tym względem zupełna dowolność.

[1]) Patrz pracę moją: »Co każdy człowiek o gruźlicy wiedzieć powinien?« Kraków, 1908.

Należy usuwać plwocinę tak w mieszkaniach, jak i na ulicach w sposób właściwy. Plwocinę należy zbierać i usuwać już chociażby tylko ze względu na to, że chodnik zanieczyszczony plwociną budzi odrazę, że sprzeciwia się to nawet prymitywnemu pojęciu o czystości i porządku. Należy urządzać spluwaczki uliczne, a na ulicach umieszczać napisy, zabraniające spluwania na chodnik. Na ulicach, gdzie nie ma jeszcze spluwaczek, należałoby przestrzegać tego, aby nie spluwano na chodnik, lecz do rynsztoka. Spluwaczki w zamkniętych przestrzeniach powinny być umieszczane na wysokości 1 m do 1 m 20 cm. od podłogi, powinny być zamykane i nie zajmować wiele miejsca w pokoju. Referent demonstruje spluwaczkę, która odpowiada wymogom higieny i może być zastosowana także jako spluwaczka uliczna.

Dr Korolewicz (z Krakowa), nawiązując do odczytów wygłoszonych o leczeniu schorzeń gruźliczych wstrzykiwaniami tuberkuliny przez poprzednich mowców, podaje krótkie sprawozdanie z ruchu w dyspenzatoryum, istntejącem od r. 1907 przy ambulatoryum kliniki medycznej U. J. W dyspenzatoryum tem, założonem przez Prof. Jaworskiego, zgłosiło się od dnia 14 października 1907 do 11 lipca 1909 — 1154 osób ze zmianami gruźliczemi, z czego 586 kobiet i 568 mężczyzn na ogólną liczbę 6920 chorych ambulatoryjnych. W niektórych przypadkach, nadających się do leczenia, stosował prelegent wstrzykiwania tuberkuliny w celach leczniczych. Stosował rozmaitego rodzaju tuberkulinę i tak· 1. Starą tuberkulinę Kocha T. O. S. 2. Nową tuberkulinę Kocha T. R. 3. Zawiesinę z prątków B. E. 4. Tebean Scheringa. 5. Tuberculol Landmanna i 6. Tuberkulinę Jacobsa. Ogółem było leczonych 38 chorych, u których najlepsze wyniki stwierdzono po wstrzykiwaniu starej tuberkuliny Kocha i tuberkuliny Jakobsa. Wyniki te zachęcają do dalszych prób.

Prym. Dr Wiczkowski (Lwów) mówi o polyserositis, której obserwował 50 wypadków o rozmaitem nasileniu głównie u kobiet w wieku młodym. Sądzi, że sprawa polega na działaniu endotoksyn. — Mowca wspomina jeszcze o działalności Towarzystwa przeciwgruźliczego we Lwowie i wskazuje na założenie schroniska w Hołosku, gdzie pomieszczono 30 osób. Sanatoryum ma wskazać władzy państwowej i krajowej, jak tanimi środkami należy zwalczać gruźlicę. Towarzystwo zamierza także otoczyć opieką dzieci gruźlicze i osoby dorosłe zagrożone gruźlicą.

Dr Eisenberg (Kraków) podnosi trudności w zwalczaniu gruźlicy wskutek odmienności bakteryi gruźliczych od wszystkich innych, ich większej odporności. Odmawia fagocytozie wielojądrzastych ciałek białych wszelkiego znaczenia w walce z bakteryami gruźliczemi, natomiast znaczenie to posiadają limfocyty.

Co do leczenia jedynie racyonalnem jest uodpornienie czynne. Radzi uodparniać przeciw jadom i przeciw ciałom bakteryjnym. Sądzi, że istnieją zakażenia gruźlicze rozmaitego natężenia, niektóre wszelkiemu leczeniu z góry niedostępne. Godzi się z Dr Sokołowskim, że gruźlica jest sprawą w pierwszym rzędzie społeczną.

Dr Fidler (Radom) przypomina, iż wyleczenia w sanatoryach trzeba przyjmować z wielką rezerwą, gdyż po jakichś 4—5 latach przypadki te giną od nawrotów. Mówi więc tylko o leczeniu swoistem tuberkuliną i to dla chorych I. okresu; leczenie to powinno być przeprowadzane ambulatoryjnie w domu; dla chorych II. okresu radzi stwarzać również w domu warunki sanatoryjne, a dopiero nieuleczalnych chorych w III. okresie radzi umieszczać w domach dla inwalidów gruźliczych.

Dr Kikinger (Lwów) jest zwolennikiem leczenia sanatoryjnego. Stwierdza, że na podłożu sprawy gruźliczej rozwijają się często nerwice. Leczenie powinno się opierać na indywidualizowaniu w wyborze leczenia zależnie od okresu.

Dr Dłuski (Zakopane) polemizuje z Dr Fidlerem i Dr Rzętkowskim. Nihilizowanie własności leczniczych klimatu nie jest uzasadnione, albowiem przeczy temu doświadczenie. Referat Rzętkowskiego ma ten tylko błąd, iż, poprzestając na dotychczasowem leczeniu sanatoryjnem, które coprawda daje 80% poprawy, ale nie na długi przeciąg czasu, nie szuka dróg wyższych, bo jeżeli mamy środki na kiłę, zimnicę i gościec, to z czasem otrzymamy środek i na gruźlicę.

Prof. Dr Raczyński (Lwów) zastanawia się nad tem, w jaki sposób tak olbrzymi odsetek dzieci (75%) ulega zakażeniu gruźliczemu. Oprócz zakażenia w domu większość ulega zakażeniu na ulicy skutkiem rozsiewania tam zarazków przez ludzi chorych. Projekt więc Dr Janiszewskiego o spluwaczkach ulicznych gorąco popiera i żąda specyalnej ustawy w tym względzie.

Dr Kuczewski (Zakopane). Jeżeli mówiono o gruźlicy wśród proletaryatu, to K. zwraca uwagę na gruźlicę wśród uczącej się młodzieży, która tutaj w Galicyi jest przeważnie proletaryatem. K. przedstawia wyniki leczenia w Domu Zdrowia Bratniej pomocy w Zakopanem, nie mogąc się pochwalić większym %, niż 25%—30%. Wspomina dalej o niezbyt dobrem położeniu materyalnem sanatoryum, i zwraca się do I. Zjazdu Intern. polskich z gorącą prośbą o poparcie tego tak potrzebnego zakładu.

Dr Kraszewski (Zakopane) radzi zwrócić uwagę na gimnastykę klatki piersiowej, gimnastykę oddychania. Tylko uświadomienie najszersze co do istoty gruźlicy, nie ukrywanie przed chorymi, jak i ich rodziną niebezpieczeństwa gruźlicy, może wydać jakieś wyniki.

Na tem wyczerpano porządek dzienny pierwszego dnia Zjazdu.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Wydany z początkiem lipca I zeszyt I tomu »Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego« przedstawia się okazale. Zawiera on 5 prac oryginalnych, mianowicie prof Kryńskiego, Dra Leśniowskiego i Maliniaka, Dra Neugebauera, Dra Borzymowskiego i Dra Zembrzuskiego, następnie streszczenie zbiorowe pióra Dra Zweigbauma, szereg streszczeń pojedynczych, sprawozdania z posiedzeń chirurgicznych i ginekologicznych Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, wreszcie bibliografię. Zeszyt dosięga 8 arkuszy druku; wydanie bardzo staranne. Nowy dwumiesięcznik prenumerować można w Administracyi (Warszawa, Złota 3); przedpłata razem z przesyłką pocztową rb. 7, zeszyt pojedynczy rb. 2.

— Rada Warszawskiego Towarzystwa higienicznego zwróciła się do stowarzyszeń naukowych, społecznych i innych w kraju w liście otwartym (»Zdrowie«) z prośbą o współdziałanie w uregulowaniu rozkładu dnia mieszkańców Warszawy, którzy ze szkodą dla zdrowia coraz więcej żyją i pracują długo w noc, a zajęcia dzienne rozpoczynają rano zbyt późno.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze warszawskie otwiera drugą przychodnię (dyspensatoryum).

— Zapis 50.000 rb. na utworzenie instytutu biologicznego im. Nenckiego uzyskał zatwierdzenie. Do czasu utworzenia instytutu połowę odsetek od tej fundacyi pobierać będzie Towarzystwo lekarskie.

— Przy ul. Hożej rozpoczęło »Towarzystwo pielęgnowania chorych pod wezwaniem św. Józefa« budowę ambulatoryum i sali dla 25 chorych.

Z różnych stron. Ze statystyki sanitarnej Berlina za rok 1906 i 1907. Liczba mieszkańców od r. 1900 podniosła się z 1.888.848 na 2.040.148, a to głównie przybyło mieszkańców w sile wieku, liczba zaś porodów stosunkowo niewiele się zwiększyła (napływ ludności ze wsi i prowincyi do Berlina). Śmiertelność opada stale i o wiele częściej spotyka się zgony w późniejszym wieku, niż dawniej. Przypisać to należy ulepszonej kanalizacyi, zaopatrzeniu w wodę, założeniu schronisk i nowych szpitali itp. Karmienie piersią staje się coraz rzadsze, co wpływa i na śmiertelność dzieci. Tak np. zaledwie 31·87% niemowląt zostało wykarmionych piersią. Celem uzyskania dla statystyki dat pewniejszych, lekarze berlińscy obowiązani są prócz zwykłych kart śmierci wypełniać t. zw. karty dla obliczeń, gdzie wpisuje się bez podania nazwiska zmarłego rozpoznanie za życia, przyczynę śmierci, ewentualnie inne szczegóły etyologiczne, jak alkoholizm, kiłę, poronienie, chorobę umysłową itp. Karty te ze względu, że niema na nich nazwisk, dają o wiele lepsze dane statystyczne, bo nie krępowane żadnymi względami. Lekarze nadsyłali je pilnie i na 36626 zgonów brakuje tych kart zaledwo w 1667 przypadkach. Karty te wykazują np., że alkoholizm jest znacznie częściej przyczyną śmierci niż to ze zwykłych kart pośmiertnych wypada, podobnie i kiła. Stosunki mieszkań w Berlinie nie są jeszcze zbyt dobre i w 13·01% nie wypada na głowę nawet 10 m^3 powietrza w mieszkaniu. Y.

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 31. lipca 1909. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Opsoniny Wrighta. Ich badanie, technika i znaczenie kliniczne w schorzeniach gruźliczych.

Podali

Prof. W. Jaworski i Dr. P. Korolewicz, asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

»Mamy więc trzy składniki, które są potrzebne do oznaczenia wskaźnika opsoninowego, a mianowicie wypłukane ciałka, zawiesinę bakteryi i surowicę. Teraz nabiera się równą ilość każdego z nich w porządku takim, jak wymieniono, do pipety (melanżera), wydmuchuje na czyste szkiełko podstawowe, miesza się przez wciąganie i wydmuchiwanie i wciąga do pipety, a po zatopieniu nad płomieniem końca jej wstawia do cieplarki pionowo. Czas notuje się dokładnie. Laseczniki i ziarenkowce, nie barwiące się sposobem Grama, nie powinny pozostawać w cieplarce dłużej, niż 8—10 minut; prątki gruźlicze i inne bakterye potrzebują do sfagocytowania 15 minut, względnie więcej, lub mniej, zależnie od gęstości zawiesiny«.

»Zawartość pipety wydmuchuje się następnie na szkiełko podstawowe, przedtem papierem szmirglowym wytarte i dobrze oczyszczone i rozpościera na niem zapomocą szkiełka [1]), którego brzeg ma lekko wklęsłe zagłębienie (ryc. 6), a kąty boczne ostro obcięte. Głębokość wklęsłości, ostrość brzegu i czystość szkiełka rozpościerającego mają tu wielkie znaczenie, gdyż od tego zależy rąbek preparatu, gdzie zbierają się ciałka białe, co ułatwia szybkość, łatwość i dokładność obliczenia fagocytowego. Preparat dobry powinien mieć nierówne brzegi, wzdłuż których można znaleść wszystkie leukocyty«.

»Preparaty ustala się w nasyconym rozczynie sublimatu przez 2 lub 3 minuty i barwi. Preparaty z prątkami gruźliczymi barwi się w karbolowym lub anilinowym rozczynie fuchsyny, odbarwia się w $2 \cdot 5\%$-wym rozczynie kwasu siarkowego, następnie w celu zniszczenia ciałek czerwonych w 4%-wym rozczynie kwasu octowego i podbarwia $\frac{1}{2}\%$-wym rozczynem błękitu metylenowego z dodatkiem $\frac{1}{2}\%$ sody. Przeważna część innych preparatów barwi się na zimno w mieszaninie karbolu z tioniną ($\frac{1}{4}\%$ tioniny, $1 \cdot 00\%$ kwasu karbolowego)«.

»Następnie wyszukuje się najmniej 50 wielojądrzastych leukocytów i oblicza zawarte w nich prątki. Liczbę znalezionych prątków mnoży się przez 2 i dzieli przez 100, przez co otrzymamy ich wskaźnik fagocytowy (Phagocytic count = die phagocytische Zahl)«.

Mieszać można składniki w rozmaitym stałym stosunku; i tak Turban i Baer mieszają w ten sposób, że biorą 2 części surowicy, jedną część zawiesiny z bakteryi i 2 części ciałek krwi, jednak używają do zawiesiny z bakteryi 2% rozczynu NaCl. Mieszaniny tej używał z początku także Wright. Później brał z każdego składnika po równej części, lecz do zawiesiny używał $1\frac{1}{2}\%$ rozczynu soli kuchennej. W obu przypadkach cała ilość rozczynu NaCl wynosiła około $1 \cdot 1\%$.

W pierwotnym sposobie Wrigta:

2 części surowicy po $0 \cdot 85\%$ NaCl	=	$1 \cdot 70$ NaCl
1 część zawiesiny (2% NaCl)	=	$2 \cdot 00$ »
2 części ciałek krwi po $0 \cdot 85\%$ NaCl	=	$1 \cdot 70$ »
Razem $5 \cdot 40 : 5$	=	$1 \cdot 08$

W późniejszym:

1 część surowicy $0 \cdot 85\%$ NaCl	=	$0 \cdot 85$ NaCl
1 część zawiesiny $1 \cdot 50\%$ »	=	$1 \cdot 50$ »
1 część ciałek krwi $0 \cdot 85$ »	=	$0 \cdot 85$ »
Razem $3 \cdot 20 : 3$	=	$1 \cdot 06$

Uwaga ad 6. Mieszaliśmy powyższe 3 składniki według obu sposobów i przekonaliśmy się, że wyniki przy obu są mniej więcej równe. Ponieważ jednak przy późniejszym sposobie Wrighta, t. j. przy braniu równych ilości składników (stosunek 1 : 1 : 1), oszczędza się przy pracy na czasie, więc posługiwaliśmy się tym stosunkiem. Do melanżera, na którym poprzednio zrobiliśmy ołówkiem parafinowym znaczek w odległości $1\frac{1}{2}$—2 cm. od końca, nabieraliśmy pojedyncze składniki w ten sposób, że najpierw naciągaliśmy po znaczek surowicy, następnie bańkę powietrza, potem znowu po znaczek zawiesiny z prątków, bańkę powietrza, wreszcie po znaczek mieszaniny ciałek. W ten sposób mamy w melanżerze trzy równe ilości składników, poprzedzielane od siebie bańkami powietrza. Te składniki wydmuchujemy teraz na czyste szkiełko zegarkowe i mieszamy w ten sposób, że wciągamy do melanżera i wydmuchujemy. Trzeba to wykonać mniej więcej 6—8 razy, by zmieszanie było dokładne. Należy przytem uważać, by podczas mieszania nie utworzyły się bańki powietrza. Następnie

[1]) Szkiełko takie robi się ze zwykłego cienkiego szkiełka podstawowego w ten sposób, że po zaznaczeniu pilnikiem rowków na brzegach szkiełka po obu stronach, w miejscach, gdzie ono ma być ułamane, łamiemy je na stole, trzymając palec wielki na szkiełku, a zgięty palec wskazujący pod szkiełkiem. Otrzymamy łukowaty brzeg złamania o ostrych bocznych kątach, które obcinamy pilnikiem.

wciągamy tę mieszaninę, wolną od baniek powietrza, do melanżera dosyć wysoko, a po zatopieniu końca rurki wstawiamy melanżer do cieplarki, najstosowniej stojąco, przy ciepłocie 37^0 C. Po 20 minutach wyjmujemy, a po odcięciu zatopionego końca wydmuchujemy zawartość melanżera na oczyszczone dokładnie szkiełko podstawowe. Ponieważ w cieplarce oddzieliła się surowica od części stałych, przeto należy znowu na szkiełku wykonać mieszanie przez kilkakrotne wciąganie i wydmuchiwanie. Kroplę tej mieszaniny bierzemy na szkiełko podstawowe na lewy brzeg jego i powyżej opisanem szkiełkiem (ryc. 6) rozpościeramy, pociągając niem od strony lewej ku prawej, trzymając szkiełko rozpościerające lekko między palcami pod nachyleniem 45^0. W ten sposób otrzymamy preparat, który po wyschnięciu na wolnem powietrzu ogrzewamy w suszarce do ciepłoty 100^0 C. w celu ustalenia. Po podniesieniu ciepłoty suszarki do 100^0 C. należy preparat wyjąć. Następnie barwimy go sposobem Ziehl-Neelsena[1]) i podbarwiamy $^1/_2$%-wym rozczynem błękitu metylowego z $^1/_2$%-wym dodatkiem boraksu.

Jak powiedziano wyżej (zob. 6, przepis Wrighta), gdy rozprowadzamy mieszaninę złamanem szkiełkiem na szkiełku podstawowem, nagromadzają się na brzegach preparatu otrzymanego leukocyty w większej ilości i w tych miejscach wykonywa się obliczanie. Gruba jednak warstwa mieszaniny, zasychając na brzegach, sprawia z powodu zbyt znacznego skupienia leukocytów i bakteryi zbytnie nagromadzenie się tak leukocytów, jak i wolnych bakteryi, przez co obliczanie staje się utrudnione i powoduje pomyłki. W grubej tej bowiem warstwie trudno nieraz rozpoznać, czy prątek leży w leukocycie, czy też nad nim, lub pod nim. Dlatego wydaje się stosowniejszem rozprowadzanie kropli mieszaniny sfagocytowanej równomiernie między dwoma szkiełkami, jak to się zwykle wykonywa przy robieniu preparatu z krwi, gdzie warstwa płynu jest wszędzie równomiernie cienka. Wprawdzie obliczanie 100 leukocytów zabiera o wiele więcej czasu, jednak jest pewniejsze. Nasze porównawcze spostrzeżenia przyrządzania preparatu tym sposobem i sposobem zalecanym przez Wrighta, wykazały znaczne różnice w obliczaniu, a mianowicie w preparacie, otrzymanym przez rozprowadzenie mieszaniny między dwoma szkiełkami, ilość sfagocytowanych bakteryi była o wiele mniejsza, aniżeli obliczona na brzegach preparatu, dokonanego według Wrighta. Sądzimy, że przy ostrożnem robieniu preparatu między dwoma szkiełkami bakterye przez rozpostarcie mechaniczne nie dostają się do leukocytów i przez to fagocytoza sztucznie się nie zwiększa, gdyż właśnie przy tym sposobie przygotowania preparatu liczba sfagocytowanych bakteryi okazała się stale mniejszą. Zwiększoną liczbę fagocytową na brzegach preparatu przy sposobie Wrighta należy odnieść do zagęszczenia w tem miejscu mieszaniny, gdyż w tym samym preparacie w częściach, gdzie jest cieńsza warstwa, fagocytoza jest znacznie mniejsza, o czem mieliśmy sposobność przekonać się przez porównawcze obliczenie pochłoniętych bakteryi w obu częściach preparatu.

Preparat gotowy powinien być lekko podbarwiony tak, by prątki, znajdujące się na jądrze ciałek białych, można było dokładnie rozróżnić; w preparacie przebarwionym są jądra leukocytów bardzo silnie zabarwione i leżące na nich prątki przez to niewidoczne, w preparacie niedobarwionym nie zabarwia się całe ciałko i z powodu tego możemy popełnić błąd w liczeniu, gdyż nieraz niewiadomo, czy prątek leży już w leukocycie, czy też przy nim, nie widzimy bowiem zarysów ciałka.

Preparat jest wówczas dobry, gdy protoplazma ciałka jest widocznie zabarwiona, a jądra niezbyt silnie. Za silne zabarwienie jąder, a niedobarwienie protoplazmy utrudnia w wysokim stopniu obliczanie.

Obliczenia dokonywamy pod immersyą, przy silnem powiększeniu, przy pomocy stolika ruchomego. Liczenie jest jedną z najważniejszych rzeczy przy opsoninach i tu najczęściej jest źródło błędnych wyników. Liczyć należy ciałko po ciałku, opuszczając jedynie takie ciałka, w których się znajduje zbyt wielka ilość zbitych w kępy prątków, gdzie nie można ich oddzielnie przeliczyć, a co jest dowodem niedokładnego zrobienia zawiesiny z prątków. Liczyliśmy zawsze najmniej 100 leukocytów. Dla ułatwienia obliczeń notowaliśmy znalezione bakterye w pojedynczych ciałkach w odpowiedniej tabliczce, złożonej ze stu kratek, po których wypełnieniu obliczaliśmy pojedyncze szeregi i sumowaliśmy następnie wszystkie razem.

Prątki niepoliczalne w kępkach oznaczamy w kratce literą X i nie uwzględniamy ich przy dodawaniu, uważając je za 0. — Niektórzy uważają taką kępkę bakteryi za pochłoniętą jedną bakteryę.

W ten sposób otrzymywaliśmy liczbę wszystkich prątków, znalezionych w 100 ciałkach białych (zob. ust. IV). Liczba ta, podzielona przez sto, dała nam liczbę bakteryi, wypadających średnio na jedno ciałko, czyli tak zwany wskaźnik fagocytowy (w tym wypadku I. P. = 1·9). Liczba

8. Tabliczka dla obliczania pochłoniętych bakteryi w 100 leukocytach.

3	0	2	5	0	4	1	0	7	3	25
2	8	0	1	3	0	7	0	5	2	28
3	0	7	2	X	1	0	3	0	1	17
1	0	0	2	5	0	1	3	1	2	15
0	2	0	0	1	3	0	4	0	3	13
2	0	3	1	1	0	4	3	5	0	19
0	1	2	0	X	4	0	1	2	1	11
3	0	4	1	3	0	4	5	0	2	22
1	2	0	3	2	4	0	3	X	4	19
2	1	0	4	2	0	3	6	3	0	21
										190

[1]) Do barwienia sposobem Ziehl-Neelsena używaliśmy tabletek fuchsyny (Fuchsin „Soloid") z fabryki Burroughs-Wellcome et Co. w Londynie. Jedna tabletka zawiera 0·1 fuchsyny. Chcąc zrobić rozczyn, proszkuje się tabletkę, rozpuszcza w 3 cm^3 bezwodnego wyskoku i dodaje 22 cm^3 5%-go rozczynu kwasu karbolowego. W ten sposób możemy sobie każdej chwili sporządzić świeży barwik.

Wskaźnik fagocytowy IP $= \frac{190}{100} = 1{\cdot}9$

wskaźnika fagocytowego surowicy patologicznej, podzielona przez liczbę wskaźnika fagocytowego surowicy normalnej, daje nam wskaźnik opsoninowy surowicy badanej (zob. wyżej ustęp IV).

Dla ułatwienia wykonania oznaczenia opsonin podajemy w krótkości kolejność postępowania, odwołując się do dotyczących ustępów.

A. Sporządza się melanżery (ryc. 2), pipety (ryc. 1) i rurki zakrzywione (ryc. 5) zob. uwaga ad 1.

B. Branie krwi na surowicę z osoby chorej (uwaga ad 4) i zdrowej (uwaga ad 5 i ryc. 5).

C. Branie krwi na leukocyty z osoby zdrowej (uwaga ad 2 i ryc. 4); wirowanie, płukanie i zmieszanie ciałek krwi (zob. ryc. 1).

D. Przygotowanie zawiesiny z bakteryi (uwaga ad 3 i ryc. 4).

E. Nabieranie poszczególnych składników do melanżerów (uwaga ad 6 i ryc. 2).

F. Fagocytowanie mieszanin w melanżerach w cieplarce (uwaga ad 6).

G. Przygotowanie mikroskopowych preparatów z mieszanin po sfagocytowaniu i barwienie (uwaga ad 6 i ryc. 6).

H. Liczenie pochłoniętych bakteryi w preparatach (uwaga ad 6 i tab. 8).

I. Obliczanie wskaźnika opsoninowego (uwaga ad 6 i ust. IV).

Sama technika oznaczenia opsonin jest pomysłowo i naukowo obmyślona, ale jak to z powyższego widzimy, żmudna, wymaga wiele czasu i ogromnej dokładności, gdyż tu wykonywa się oznaczenia z bardzo drobnemi ilościami i ciałami o własnościach bardzo chwiejnych i przemijających. To też błędy doświadczalne muszą być bardzo znaczne. Wright ocenia je na 10%, a wielu autorów niemieckich aż na 30—40%. Dlatego Wright metodę swą ciągle udoskonala.

Dla oceny, znaczenia i zastosowania metody opsoninowej, przytaczamy w skróceniu zdania autorów, którzy się w ostatnich czasach tą sprawą zajmowali. Zapatrywania na metodę Wrighta są zupełnie rozbieżne, tak, że zebranie ich w całość jest niemożliwe, musimy je przytaczać poszczególnie, zaczynając od ujemnych.

W. Beyer (Deutsche med. Woch. 1909, 8) przeprowadzał z rozmaitemi bakteryami doświadczenia nad techniką opsoninową Wrighta, zwłaszcza nad liczeniem. Znalazł on kolosalne różnice i błędy. Przy obliczaniu 100 leukocytów, używając prątków wąglika, różnica w poszczególnych cyfrach wynosiła 57%, a przy 200 leukocytach 37%. Autor uważa metodę w obecnej formie za nieprzydatną do celów klinicznych.

Rolly (Münch. med. Woch. 1908, 26) wyraża się bardzo skeptycznie o metodzie Wrighta. Wahania IO bywają większe, niż to podaje Wright (0·8—1·2), tak, że ze wskaźnika tego nie można żadnego wniosku wysnuwać. Wahania, jakoteż zwiększenie IO pojawia się tak u chorych, którzy wyzdrowieli, jak i u tych, którzy ulegli zakażeniu. Nie można również rozpoznawać rodzaju zakażenia. Nie wszystkie bowiem bakterye mogą być użyte do prób, gdyż są i takie bakterye, które nie podlegają opsonizacyi. Musimy nadmienić, że tych ostatnich jest mało.

G. Wolfsohn (Berl. kl. Woch. 1908, 49) zarzuca metodzie Wrighta niedokładność; daje ona wyniki różne o 20%, co nie pozwala użycia jej w celach rozpoznawczych. Tylko wtedy, jeżeli różnice IO są bardzo różne, można czynić pewne wnioski. Natomiast szczepienie lecznicze według Wrighta daje wyniki dobre. (Dok. nast.).

Z kliniki medycznej Uniw. Jagiellońskiego.

Wyniki rozpoznawcze i lecznicze, otrzymane w schorzeniach kiłowych, przy kierowaniu się odczynem Wassermann-Neisser-Brucka.

Podali

Prof. W. Jaworski i Dr. St. Łapiński.

(Dokończenie).

Odczytywanie odczynu w rurkach po wyjęciu ich z lodowni i jego oznaczanie jest w dzisiejszych pracowniach tak rozmaite, że i tej sprawie godzi się poświęcić słów kilka. Poza zwykłym + i —, t. j. dodatnim lub ujemnym wynikiem, rozróżnić się dają pewne odcienie w samym wyniku dodatnim. Każdy pracownik, posługujący się odczynem WNB, przyzna, że zdarzają się odczyny bardzo wyraźne, bardzo silne, w których następuje zahamowanie hemolizy w obu rurkach odczynnikowych (6., 7., II. schem.), zwłaszcza po odwirowaniu bardzo silny osad z ciałek czerwonych (»grosse Kuppe« niemieckich autorów); są surowice takie, gdzie następuje zahamowanie dopełniacza tylko w pierwszej rurce próbnej; są wreszcie i takie, w których wynik niepewny: i płyn zaróżowiony i nie tak mętny, jak w rurce kontrolnej z surowicą kiłową. Citron oznacza i odróżnia siłę odczynu najdokładniej:

++++; +++; ++; +; ;± —
Lesser: +++; ++; ±; +; —
Blaschko ++; +; ±; —;

Niezależnie od Blaschki, przyjęliśmy od początku ten sposób oznaczania graficznego wyniku zwłaszcza, że odpowiada to zupełnie ilości rurek w naszym schemacie. To znaczy: odczyny, w których nastąpiło zahamowanie hemolizy bardzo wyraźne, zupełne w obu rurkach (6., 7., II. schem.) oznaczamy przez: ++, zahamowanie hemolizy tylko w rurce 6. przez +; odczyny wreszcie niepewne, o których wyżej była mowa, przez ±.

Używając od maja b. r. stale potrójnej ilości dwuchwytnika, uważamy i te ostatnie za dodatnie, tak też je statystycznie liczymy.

W ostatnich czasach pojawiły się prace, zalecające, by wobec swoistości odczynu zarzucić kontrolę z surowicą pewną prawidłową, a natomiast wykonywać odczyn właściwy z dwoma wywoływaczami ze względu na ich niestałość i rozmaitą zawartość ciała wywołującego. Ostatnich kilka odczynów wykonaliśmy z tą poprawką, z wynikiem jednakowym; sprawa ta wobec sztucznego wywoływacza, który coraz więcej zyskuje prawa obywatelstwa, zniknie chyba w przyszłości zupełnie.

W tegorocznej pracy zdołaliśmy wykonać 231 badań surowic z 184 chorych. Różnica statystyki naszej w stosunku do innych polega na tem, że z powodu trudności w zdobyciu materyału badaliśmy przypadki różnorodne: właściwe kiłowe, wewnętrzne i chirurgiczne. Stąd podział konieczny na grupy, różne od grup w statystykach, na ten temat ogłoszonych, temsamem zmniejszenie poszczególnych liczb i wyników.

Ze zmian świeżych, przypuszczalnie kiły pierwotnej (*sclerosis*), mieliśmy zaledwie 8 surowic, przysłanych z powodu niepewnego rozpoznania (*ulcus durum aut molle*). Z tych 6 dało wynik ujemny, 2 dodatni.

Materyał pewny kiłowy mieszany, w okresie 1 miesiąca do lat 5 po przebyciu kiły, mieliśmy z tutejszego oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala garnizonowego. Początkowo chodziło nam przy pierwszych doświadczeniach o swoistość odczynu, stąd wykrywaliśmy odczyn tylko u kiłowych w okresie zmian, klinicznie dających się wykazać, bacząc na wynik wogóle. Takich przypadków mieliśmy 34, z tego 28 z wynikiem dodatnim, 4 z wynikiem ujemnym, 2 niepewne. Jeźli z tych 34 obliczymy ilość dodatnich odsetkowo, otrzymamy liczbę 85·3%.

Większa to liczba od liczby statystycznej Wassermanna, Neissera, Brucka i Schuchta z r. 1906, bo na 101 badanych 27 dodatnich = 26·7%, i zbliżona do statystyk późniejszych, Citrona, Citrona i Blaschki, Brucka i Sterna z kliniki wrocławskiej.

Od maja b. r. rozpoczęliśmy nasze badania co do zachowania się odczynu pod wpływem leczenia swoistego, jak wcierania szaruchy, wstrzykiwań podskórnych elektro-hydrargolu Clin i tiodiny Cognet. Elektrohydrargol Clin, preparat kolloidalny, zawierający w 1 cm ½ miligr. rtęci, wstrzykuje się w ilościach 2—3 cm rozczynu gotowego z ampułek. Tiodin Cognet (thiosinaminaethyljodid $C_6SN_2H_{13}I$), jestto połączenie jodu organiczne, również gotowe do użycia w ampułkach, zawierających każda 0·2 tiodiny. Przypadków leczonych szaruchą mamy 16, badanych po 2 i po 3 razy, w których rozpoznanie kliniczne kiły było pewne, a przed leczeniem próba WNB dawała wynik dodatni. Za normę leczenia wzięliśmy 30 wcierań szaruchy, po których poddawaliśmy surowicę danej osoby badaniu; po leczeniu znikł odczyn na 16 przypadków w 11, 5 zaś przypadków dało po miesiącu leczenia wynik próby WNB jeszcze dodatni; u tych klinicznie dało się wykazać: w 2 przypadkach *angina specifica*, w 2 przypadkach *scleradenitis;* w ostatnim wreszcie po 2 tygodniach wystąpiło świeże owrzodzenie na goleni.

Nadto badaliśmy 30 surowic osób z pewną przebytą kiłą, leczonych swoiście, w okresie 2—5 lat po zakażeniu, a nie przedstawiających żadnych zmian; u wszystkich tych odczyn WNB dał wynik ujemny.

Ze zmian trzeciorzędnych, rozpoznawczo ciekawych i przedstawiających pewne trudności, mieliśmy przypadków 7:

1) Chirurgiczny, przysłany z kliniki chirurgicznej z rozpoznaniem: owrzodzenia w zatoce Highmora z podejrzeniem co do kiły; badanie serologiczne podejrzenie potwierdziło.

2) Przypadek z kliniki lekarskiej: Rozpozn. kl. *Meningoencephalitis basilaris gummosa sbsqu. hemiplegia alternante.* Chory N. N., l. 46, stanowczo przeczy, by kiłę przebył. Odczyn WNB z wynikiem dodatnim. Leczony bezpośrednio po wyniku szaruchą, z widocznem polepszeniem opuszcza klinikę.

3) *Paresis n. oculomotorii. Anisocoria.* N. N., l. 56, przebył kiłę przed 17 laty; poza 26 wcieraniami nie leczył się zupełnie. Odczyn WNB z wynikiem dodatnim. Obecnie chory pozostaje w leczeniu energicznem i widoczna poprawa stwierdzić się daje.

4) N. N., chora ambulatoryjna: U chorej skarżącej się jedynie na przypady żołądkowe, które odnieść należy do opadnięcia trzew brzusznych, daje się zauważyć nierówność źrenic. Chora stanowczo przeczy, by przebyła kiłę. Odczyn WNB +.

5) *Lues congenita sub forma Morb. Banti*, przypadek do rozpoznania etyologicznie przedstawiający wielkie trudności. Przypuszczać można było gruźlicę, (badanie klinicznemi metodami z wynikiem ujemnym, [Pirquet, Calmette]), zimnicę (wszystkie badania z wynikiem ujemnym), wreszcie kiłę, co do której poza podejrzeniem żadnych danych nie mieliśmy. Odczyn WNB dodatni (++) rozpoznanie nam ułatwił. Chory szaruchy nie znosił; po 5 wcieraniach silne objawy zatrucia, wobec czego leczenie zmieniliśmy. Chory dostał w okresie 1 miesiąca 66 gramów jodopiny; 10 ampułek tiodiny podskórnie, (2 grm tiodine), leczony dalej wewnętrznie. Odczyn u chorego wykonano pięć razy, stale z wynikiem dodatnim (++). Leczenie nie odniosło skutku prawdopodobnie dlatego, że istniały zmiany włókniste stare, od lat się toczące w wątrobie, nerkach, stąd zmiana i opory w krążeniu (*ascites, hydrops*), które wyrównać trudno. U brata chorego, przyjętego z rozp. *Helminthiasis,* odczyn WNB wypadł z wynikiem niepewnym (WNB ±) (?).

5) Rozp. *Suspect. lues congenit. heredit.* (Zęby Hutchinsona, nos siodełkowaty). Odczyn WNB z wynikiem dodatnim.

6) Przypadek przysłany z rozpoznaniem *Gumma scroti*, nieleczony, rozpoznania nie potwierdził, gdyż odczyn WNB wypadł ujemnie. (WNB —).

7) Rozp. kl. *Lues congenita tardiva in indiv. rachitico cum tumore lienis chronico. Ulcera cruris utriusque luetica.* Chłopak 7-letni z objawami ciężkiej niedokrwistości, z obrzękiem śledziony, którego tła nie wiedzieliśmy. Podejrzenia nasze, oparte jedynie na owrzodzeniach powierzchownych na obu goleniach, okrągłych i nerkowatych, odczyn WNB potwierdził. Leczenie zewnętrzne (*emplastr. hydrarg.*) i podskórne wstrzykiwanie tiodiny wogóle 30, początkowo po ½ cm, następnie po 1 cm, dały nadzwyczajny wynik. Chory opuścił klinikę w stanie zupełnego zdrowia. Odczyn WNB początkowo wybitnie dodatni (++), po leczeniu wypadł ujemnie.

Surowica ojca poprzedniego chorego, którego do nakłucia żylnego skłoniliśmy, dała ciekawy wynik: naszymi dwoma wywoływaczami wynik ujemny, natomiast wywoływaczem nieswoistym Sachsa i Rondoniego (Doc. Nitsch) wynik dodatni.

Dwie stąd ewentualności: albo wywoływacze swoiste były za mało czułe, co trudno przypuścić wobec zgodnych klinicznie wyników prób innych i stałej kontroli, albo też ojciec chorego rzeczywiście kiły nie przeszedł, a zakażenie nastąpiło przez matkę, której niestety zbadać nie mogliśmy.

Z chorych parasyfilitycznych badaliśmy wogóle surowic 19, z tych 11 z wynikiem dodatnim, 4 z wynikiem ujemnym.

Są to: 1) *Myelitis luetica* (WNB — w leczeniu; w czasie badania chory po 80 wcieraniach).

2) *Spondylitis luetica* (prob?) 25. IV. (WNB +), po leczeniu 30. V. (WNB —).

3) *Insufficientia et stenosis aortae. Emphysema pulmon. cum bronchitide diffusa* 5. V. (WNB ++). 12. VI. (WNB ++),

4) *Insufficientia valvul. semil. aortae e atherosi. Tumor lienis et hepatis. Hypertensio* 26. IV. (WNB ++).

5) *Aortitis chronica. Cirrhosis hepat. atroph. inicip. Tabes incip.* 17. IV (WNB +) po leczeniu 5. VII. (WNB —).

6) *Aneurysma arcus aortae cum compressione bronchi sinistri et tracheae. Bronchitis diffusa praecip. pulm. dextri* 2. V. (WNB ++), po leczeniu 8. VII (WNB —).

7) *Aneurysma aortae* 3. V. (WNB ++) po leczeniu 10. VI. (WNB +).

8) *Tabes dorsualis* 1. V. (WNB +), po leczeniu 10. VI. (WNB +).

9) *Lues peracta. Atherosis aortae et arter. peripheric. Tumor lienis minor. gradis. Acne rosacea faciei.* 30. V. (WNB +), po leczeniu 26. V. (WNB —).

10) *Insufficientia aortae* 10. IV. (WNB +), po leczeniu 8. V. (WNB +).

11) *Tabes dorsualis cum atrophia n. n. opticorum* 1. II. (WNB++), po leczeniu 2. VII. (WNB+).

12. *Tumor mediastini anterioris sbsqu. compressione venae cavae superior. cum tumore lienis* 8. V. (WNB+), po leczeniu 20. VI. (WNB+).

13) *Ataxia locomotrix progressiva* (WNB++).

14) *Crises gastricae in luetico* (WNB+).

15) *Crises gastricae* (WNB+).

Z wymienionych 15 przypadków w 5 odczyn początkowo dodatni zmienia się na ujemny po swoistem leczeniu, t. j. sub 2, 5, 6, 9; w przypadku 1) odczyn wykonywaliśmy w czasie energicznego leczenia, stąd więc prawdopodobnie wynik ujemny, jakkolwiek rozpoznanie nie przedstawia wątpliwości na podstawie wywiadów i znacznego polepszenia po swoistem leczeniu.

Wynik ujemny próby WNB dały bez leczenia:

1) *2 Insufficientia aortae.*

2) *1 Hemiplegia dextra ex apoplexia sanguinea in regione capsulae internae sinistrae* (*lues?*).

3) *1 Tabes dorsualis.*

Dla stwierdzenia swoistości samego odczynu badaliśmy szereg przypadków klinicznych, ogółem 21, w których odczyn WNB wypadł ujemnie, mianowicie:

2 Leucaemia myelogenes.
1 Typhus abdominalis.
1 Nephritis chronica. Uraemia. Arteriosclerosis.
1 Morbus Basedowi.
1 Icterus gravis e cholelithiasi.
1 Atrophia musculor. progressiva.
1 Paralysis ascendens acuta Landry.
1 Diabetes mellitus.
1 Fractura complicata sbsqu. osteomyelitide chron. (*lues?*).
1 Tuberculosis testis utriusque.
1 Hydrocele testis.
1 Ablatio retinae traumatica.
1 Cephalaea (*lues?*).
1 Intoxicatio cum hydrarg. bichlor. corros. cum exitu.
1 Syringomyelia.
1 Haemophilia.
1 Insufficientia et stenosis ad valv. mitral.
1 Tumor lienis et hepatis prob. malaricus.
1 Insufficientia aortae.

Zimnicy ostrej mieliśmy zaledwie przypadek jeden. Odczyn, wykonany bezpośrednio po przyjęciu, w napadzie dał wynik niepewny (WNB±); w 2 tygodnie później po wyleczeniu, odczyn wypadł wyraźnie dodatnio (WNB+). Co do tego wyniku jako jedynego, nic pewnego powiedzieć nie można. Przypadków płonicy badaliśmy wogóle 8, z tych 5 z wynikiem ujemnym, 3 z niepewnym (WNB±). Materyał braliśmy 2 razy z chorych, 6 razy ze zwłok, dzięki uprzejmości zakładu anatomo-patologicznego prof. Browicza. Wyniki nasze zgadzają się z twierdzeniem Mucha i Eichelberga i innych, że na wysokość choroby w niektórych surowicach płoniczych pojawia się odczyn słabo dodatni (schwache Hemmung); po kilku tygodniach znika. Różnica w technice naszej przy badaniu surowic płoniczych polegała na tem, że operowaliśmy wyciągiem alkoholowym z wątroby kiłowej, gdy Much i Eichelberg używali rozczynu wodnego, Seligman i Klopstock wyciągu alkoholowego z serca morskiej świnki.

Jako kontrolnych zdrowych, używaliśmy surowic z łożysk z tutejszego oddziału szkoły położnych; wszystkie badane przedtem co do odczynu i następnie stale używane, jako surowice kontrolne zdrowe. O ile nie starczyło materyału świeżego, braliśmy krew własną do doświadczeń.

Co do zmiany odczynu WNB pod wpływem leczenia jego występowania i znikania, to na podstawie naszych 68 badań w tym kierunku powiedzieć można, że odczyn w okresie zmian drugorzędnych niezależnie od czasu zakażenia przeważnie znika po dniach 30, w naszych doświadczeniach po 30 wcieraniach. Mamy 2 przypadki w naszej statystyce, gdzie z powodu objawów zatrucia przerwać musiano leczenie: u jednego po 15 wcieraniach (*lues secundaria*), u drugiego po 9 (*lues recidiva*), gdzie odczyn po czasie krótszym wypadł ujemnie. Co do objawów trzeciorzędnych, to na 16 w tym kierunku badanych przypadków, w 5 odczyn, początkowo dodatni, udaje się pod wpływem leczenia zmienić na ujemny (*myelitis luetica*, (1), *spondylitis luetica* (2), *aortitis chronica* (3), *aneurysma aortae* (4), (5) *atherosis aortae et arter. peripher.*); wreszcie, w przypadkach 11 odczyn trwa dalej i nie zmienia się zupełnie co do nasilenia (++) z wyjątkiem dwóch (*aneurysma*, *tabes*), gdzie pod wpływem energicznego leczenia (30 wstrzyknięć jodipiny, 30 ampułek tiodiny podskórnie, około 100 gramów NaJ wewnętrznie) odczyn w rurce próbnej 7. (schemat II.) znika, w 6. utrzymuje się trwale silnie (WNB+).

Godzi się przytoczyć przypadek (*lues secundaria*), w którym odczyn po 30. wcieraniach znika; w 3 tygodnie zgłasza się chory znów z niewielkiemi wprawdzie, ale pewnie kiłowemi zmianami w jamie ustnej (»plaques muqueses«).

Drugi przypadek, już wyżej wspomniany, gdzie pomimo braku na razie objawów klinicznych odczyn po zwykłem leczeniu (30 wcierań) nie znika. W 2 tygodnie wykazuje badanie świeże owrzodzenie na goleni, które leczone miejscowo swoiście, szybko się zabliźnia. Przypadek ten odpowiadałby twierdzeniu Haralda Boasa, że odczyn dodatni przy braku zmian klinicznych świadczy o istnieniu jeszcze czynnej sprawy i jest zwiastunem nawrotu. Najlepsze usługi oddawała nam szarucha (41 przypadków WNB — na 46 szaruchą leczonych). Wyższości preparatów: tiodiny Cognet (pro inj. in ampull., a 0,2 tiodine) i Electr.-Hg Clin (do wstrz. w 1 cm $^1/_2$ miligr Hg) stwierdzić nie możemy.

Streszczając wyniki naszych prac, powiedzieć musimy, że odczyn WNB uważamy za zupełnie swoisty, rozpoznawczo nader ważne oddający usługi, i jako taki w klinice krakowskiej go stosujemy. W rachubę wchodziłby mogła w naszej strefie jedna jednostka chorobowa, to jest zimnica, której zaledwie 1 przypadek zdołaliśmy należycie uchwycić, ostro przebiegający; odczyn w tym przypadku wypadł dodatnio. Czy nie okaże się tutaj pewna nieswoistość odczynu WNB, przyszłość okaże. Inne jednostki chorobowe, które dają odczyn dodatni zupełnie pewnie, t. j. trąd i framboezya podzwrotnikowa u nas rozpoznawczo nigdy w rachubę nie wchodzą.

Uważając pojawianie się odczynu dodatniego za objaw kiły czynnej, należy w przypadkach kiły drugorzędnej stale odczynem się kierować, gdyż, jak doświadczenia nasze wskazują, znika on w tym okresie pod wpływem leczenia zupełnie. Co do kiły trzeciorzędnej i zmian parasyfilitycznych, kierować się odczynem musimy, mając zmianę odczynu w 5 przypadkach z dodatniego na ujemny, z pewną poprawą kliniczną.

W leczeniu dłuższem, stałem, sądzimy, że używać należy odczynu jako wskaźnika, od którego pojawiania się

lub znikania zależeć powinno leczenie lub przerwa w leczeniu.

Być może, że kierując się stale przy leczeniu kiły odczynem Wassermanna-Neisser-Brucka, powstrzymać zdołamy rozwój zmian późniejszych kiłowych w wielu przypadkach, jak wad sercowych, tętniaków, wiądu rdzenia, porażenia postępowego. Stosując bowiem leczenie przeciwkiłowe podług zachowania się odczynu WNB, możemy mieć nadzieję, że przecież niejeden czynny proces późnej kiły, dla naszego badania klinicznego nieuchwytny przez szereg lat, da się w ten sposób w samym zarodku stłumić.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego d. 3. marca 1909).

Piśmiennictwo. Kraus i Levaditi: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung 1909, 2 B. — Adolf Dieudonné: Immunität, Schutzimpfung u. Serumtherapie, 1908. — A. Wassermann, A. Neisser, C. Bruck u. A. Schucht: Weitere Mittheilungen über den Nachweis specifisch-luetischer Substanzen durch Komplementenbindung. (Zeitschrift f. Hygiene und Infektionskrankheiten, 1906, 55 B.). — Profesor P. Ehrlich und Hans Sachs: Ueber den Mechanismus der Amboceptorenwirkung. (Gesammelte Arbeiten der Immunitätsforschung. Prof. Ehrlich, 1904). — Morgenroth i Sachs (ibidem). Ueber die Completirbarkeit der Amboceptoren. — Prof. Neisser (Wrocław): Verhandlungen des Kongresses für innere Med. in Wien von 6—9 April, 1908. Der gegenwärtige Stand der Pathologie u. Therapie der Syphilis. — Profesor A. Wassermann (Berlin): Ueber die Serodiagnostik der Syphilis und ihre praktische Bedeutung für die Medicin. — Porges (Wiedeń): Zur Serodiagnostik des Lues mittels Ausflockung. — Willy Hinrichs: Der serologische Luesnachweis mit der Bauer'schen Modification der Wassermannschen Reaktion. Medicinische Klinik 1908, Nr 35. — Doc. Grosz R. Volk: Serodiagnostische Untersuchungen bei Syphilis. Wiener klinische Wochenschrift Nr 18, 1908. — Dr H. Elias, E. Neubauer, O. Porges H. Salamon: Ueber die Spezifität der Wassermannschen Syphilisreaktion. Wiener klin. Wochs. Nr 18, 1908. — H. Hecht: Eine Vereinfachung der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis. Wien. klin. Woch. Nr 50, 1908. — E. Brezovsky: Die Serumreaktionen der Syphilis. Wiener klinische Wochenschrift Nr 49 i 30, 1908. — R. Bauer G. Meier: Zur Technik und klinischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion. Wiener klin. Woch. Nr 51, 1908. — H. Boas: Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis. Berlin. kl. Woch. Nr 13, 1909. — L. Meyer: Ein Beitrag zur Theorie und Technik der Wasserm. Reaktion u. zur Wertbemessung der geprüften Seren. Berlin. kl. Wochs. Nr 18, 1909. — C. Stern: Ueber die Bedeutung einer »Serum-Farbenreaktion» zum Luesnachweis. Berlin. klin. Woch. Nr 23, 1909. — E. Seligmann u. G. Blume: Die Luesreaktion an d Leiche. Berlin. kl. Wochs. Nr 24, 1909. — C. Eisenberg: Ueber die Verwertung des Inhalts von Vesicatorblasen u. biologischen Untersuchungen. Deutsche med. med. Wochenschr. Nr 14, 1909. — M. Schürmann: Luesnachweis durch Farbenreaktion. Ibidem. — N. A. Tschernogubow: Ein vereinfachtes Verfahren der Serumdiagnose bei Syphilis. Deutsche med. Wochs. Nr 15, 1909. — Wechselmann: Postkonceptionelle Syphilis und Wassermannsche Reaktion. Deutsche medizinische Wochenschritt Nr 15, 1909. — Purckhauer: Wie wirkt die spezifische Therapie auf die Wassermannsche Reaktion. — Wassermann A.: Neisser-Brucksche Reaktion. Münch. med. Wochs. Nr 14, 1909. — Holzmann: Scharlach und Wassermannsche Syphilisreaktion (ibidem). — Hauck: Zur Frage des klinischen Wertes der Wassermann Neisser-Brukschen Syphilisreaktion. Münch. med. Wochs. Nr 25, 1909. — H. Taege: Die Technik der Wassermann-Neisser-Bruckschen Serodiagnostik der Syphilis. Münch. med. Wochs, Nr 33, 1908. — Much u. Eichelberg: Med. Klinik 1908, Nr 32. — Seligmann und Klopstock: Berlin. kl. Woch. 1909, Nr 38. — Feliks Malinowski: Znaczenie próby Wassermanna w przymiocie. Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 1, 1909. — Leon Karwacki: Wiązanie aleksyny (komplementu) jako metoda dyagnostyczna. Gazeta lekarska, Nr 1 i 2, 1909. — Raichman i Szymanowski: Uwagi praktyczne w sprawie odczynu Wassermanna. Przegląd lekarski Nr 25, 1909. — A. Modrzewski i T. Reize: Serodyagnostyka kiły zapomocą odczynu Wassermanna. Przegl. lek. 1909, 13, 14.

Oceny i sprawozdania.

Nowy szpital starozakonnych w Warszawie. Księga pamiątkowa. Sprawozdanie komitetu budowy. Warszawa 1909, stron 212 z 82 planami i rycinami.

Nie przywykliśmy w naszem ubogiem piśmiennictwie do wydawnictw tego rodzaju, jak »Księga pamiątkowa« nowego szpitala starozakonnych w Warszawie. Wydana wspaniale pod względem typograficznym, ozdobiona rycinami i planami, dającymi dokładne wyobrażenie o sytuacyi całego obejścia szpitalnego, rozkładzie i urządzeniu poszczególnych pawilonów, obejmuje »Księga pamiątkowa« oprócz zestawień finansowych i wiadomości statystycznych o obecnym stanie szpitala, bardzo sumiennie i szczegółowo opracowaną historyę warszawskiego szpitala starozakonnych, mieszczącego się niegdyś przy ul. Pokornej i całych dziejów budowy nowych gmachów, a co najważniejsza, fachowy opis szpitala, jego urządzeń higienicznych, wszystkich jego budynków i urządzeń lekarskich. Podobnie dokładnego i wyczerpującego opisu nie mamy o żadnym z nowszych naszych, z uwzględnieniem postępu wiedzy budowanych szpitali. Wydawcy »Księgi pamiątkowej« słusznie trzymali się zasady, że »każda praca ludzka powinna następnym pracom, dalszym pokoleniom, dać jakieś wskazówki, wpływać na dzieła późniejsze«, a zestawiając dokładnie »pomimo niemałych kosztów i większych jeszcze trudów« opis przebiegu i wyniku swej dwudziestoletniej pracy »dla ludzi, którzy z kolei będą wznosili nowe gmachy szpitalne«, spełnili piękny obowiązek obywatelski i zasłużyli sobie na rzetelne uznanie. Zestawienie to jest tem cenniejsze (zwłaszcza dla Królestwa w przeddzień oczekiwanego samorządu, który musi się zająć poważnie reformą także szpitalnictwa), że »od lat kilkudziesięciu żaden nowy wielki szpital nie powstał w kraju; potrzeba było wszystkiego się uczyć i wszystko poznawać gdzieindziej, wszystkiego po raz pierwszy w kraju doświadczać« (budowa bowiem nowego szpitala Dz. Jezus w Warszawie rozpoczęła się później). Zdobyte przez »niemały trud, pilną rozwagę, wiele podróży i nieskończoną liczbę narad« najwybitniejszych lekarzy i techników warszawskich doświadczenie będzie też dzięki wydaniu »Księgi pamiątkowej« niezmiernie cennem źródłem dla dalszych pracowników na polu szpitalnictwa.

Nowy szpital starano się dostroić do postępu nauki i nie szczędzono w tym celu kosztów, które dobiegły w końcu bardzo poważnej sumy 1,182.487 rubli. Oprócz budynków administracyjnych posiada szpital 8 pawilonów dla chorych, dom dla służby z ochronką i przytułkiem dla ozdrowieńców, wyposażony jest w urządzenia wodolecznicze, urządzenia do leczenia światłem, gabinet rentgenowski, wziewalnie, leżalnie, pracownie naukowe po oddziałach i osobną pracownię patologiczną i t. d. Etatowa liczba łóżek dobiega 599. Służba lekarska składa się z lekarza naczelnego, 2 starszych ordynatorów, 12 ordynatorów etatowych i 9 nadetatowych, 33 asystentów i 10 wolontaryuszy, razem przeto 67 lekarzy; służba pomocnicza (położne i felczerzy) z 14 osób, służba niższa dla chorych ze 141 osób; pod tymi więc względami jest szpital przeszło 2 razy lepiej zaopatrzony, niż krajowe szpitale galicyjskie. Oczywiście odpowiednio liczny jest też personal kancelaryjny i służba gospodarcza. W ciągu roku 1907 leczyło się w szpitalu 8674 chorych przez 253.625 dni szpitalnych; na jednego chorego wypada 24,33 dni leczenia (na oddziele dla obłąkanych 193,87); koszta leczenia na dzień i głowę wynosiły średnio 91 kop.; ogólny wydatek roczny szpitala dobiega 263.307 rubli.

Nowy szpital oddano do użytku publicznego w r. 1902; wydanie »Księgi pamiątkowej« podjęto dopiero po zupełnem zamknięciu rachunków budowy i dokonaniu wszystkich uzupełnień i ulepszeń w gmachu i urządzeniach szpitala. Dzięki temu daje »Księga« pełny obraz całego dzieła, którego jego twórcom należy powinszować, a można zazdrościć, jeżeli się pragnie, by szpitalnictwo polskie odpowiadało potrzebom społeczeństwa i poziomowi współczesnych wymagań. *Z.*

A. Puławski: **Co to są suchoty i jak się od nich uchronić?** Warszawa 1909. (Wydanie z zapisu ś. p. Chwiećkowskiego). Str. 31.

Pamięci Teodora Dunina poświęcona treściwa książeczka, powstała z wykładu popularnego i może też służyć jako podstawa takiegoż wykładu. Autor miał to widocznie na oku, a nawet na końcu wskazuje, skąd można wypożyczać klisze do obrazów świetlnych, ilustrujących wykład. W jasnej i bardzo przystępnej formie podaje autor dane o objawach, siedlisku, sposobie po-

wstawania gruźlicy, a objaśniwszy istotę chorób zakaźnych, określa rolę prątka Kocha, drogi zakażenia, sposoby zapobiegania i zwalczania gruźlicy, w końcu w 10 krótkich zdań zbierając raz jeszcze »jak się uchronić od suchot«. W propagandzie popularnej może broszura Dr Puławskiego oddawać doskonałe usługi, dlatego polecamy ją uwadze kolegów. *Z.*

Orlowski (Berlin): **Die Schönheitspflege für Ärzte und gebildete Laien.** Wydanie II. Würzburg. 1909. Nakł. C. Kabitsch (A. Stuber). Stron 120, z 25 rycinami w tekście. Cena 2,50 mr.

Sztuka kosmetyczna w szerszem i poważniejszem znaczeniu tego słowa nie powinnaby być, przynajmniej w najgłówniejszych punktach, obcą żadnemu z lekarzy praktycznych, mających wśród swej klienteli (zwłaszcza kobiecej) osoby, nie obojętne na własną urodę. Po poradę w tych sprawach publiczność nie zawsze chce i może udawać się do specyalisty, a nie znajdując pomocy u swego lekarza domowego, wpada łatwo w sidła szarlataneryi, grasującej na polu kosmetyki gorzej, niż na jakiemkolwiek innem polu, a narażającej swe mnogie ofiary nietylko na bezużyteczne wydatki, ale nieraz i na szkodę na zdrowiu. Dziełkom takim, jak Orłowskiego, pół-popularnym, a zakreślonym na niewielkie rozmiary, zarzuca się pospolicie, że dla laików dają za dużo, dla lekarzy — za mało. Zapewne, że lekarz-specyalista nie znajdzie w takiem dziełku nic nowego; ale lekarz-praktyk niejednej z niego przydatnej rzeczy nauczyć się może i chętnie je do ręki weźmie, o ile autor potrafił dobrać i opracować materyał stosownie do potrzeb codziennej praktyki lekarskiej. To zaś powiodło się niewątpliwie Orłowskiemu, skoro pierwsze wydanie jego dziełka zostało rozchwytane i to głównie przez lekarzy. Co do laików, to w rzeczach kosmetycznych pragną oni (a raczej »one«) zazwyczaj dokładnie wiedzieć, co i jak zdziałać można dla poprawienia lub podtrzymania ich urody; objaśnienie ich o tem prawdziwe przynosi tę korzyść, że zapoznając ich z granicami sztuki kosmetycznej, uczy nie żądać i nie spodziewać się niemożliwości i otwiera oczy na oszukańczą reklamę partacką.

Licząc się z potrzebami praktycznemi obu stron, lekarzy i laików, podzielił autor dziełko swe na krótkie, przystępnie napisane ustępy: o pielęgnowaniu skóry, używaniu zimnej wody, mydła, o wydzielinach skórnych, trądziku, poceniu się rąk i stóp, piegach, brodawkach, pielęgnowaniu i chorobach włosów, łysinie, łojotoku suchym, środkach na włosy, farbowaniu włosów, pielęgnowaniu cery, rąk, paznokci, o miesieniu kosmetycznem twarzy, piersi, skroni, oczu i t. p., dodając specyalnie dla lekarzy dopiski ze szczegółowszemi wskazówkami i dobre ryciny. *Z.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Celem mikrochemicznego wykrycia śluzu w stolcu poleca Hecht następujący sposób: do grudki kału dodaje się na szkiełku przedmiotowem kroplę rozczynu 25% zieleni brylantowej aa z 1% neutralną czerwienią, nakrywa szkiełkiem nakrywkowem, i kilka razy się je uciska. Stolec barwi się przytem zielono, a reszta płynu czerwono. Płyn ten odciąga się bibułką. Pod mikroskopem masa stolca jest równomiernie zielona, śluz zaś w postaci nitek czerwono zabarwiony. Czerwono prócz tego barwią się jądra komórek, drobnoustroje i części roślinne. (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 45). *A.*

Powikłaniem cukrzycy, nieraz bardzo uporczywem, jest podług Scheuera zapalenie napletka i żołędzi; mocz, zalegający, za napletkiem z powodu obecności cukru jest doskonałem podłożem dla grzybków (kropidlak, pleśnica), których obecność jest nawet poniekąd znakiem rozpoznawczym cukrzycy. W leczeniu w pierwszym rzędzie starać się należy o obniżenie ilości cukru w moczu, a miejscowo prócz skrupulatnej czystości i przemywania środkami przeciwgnilnymi stosuje się czerwoną maść rtęciową. (*Med. Klinik*, Nr 19). *A.*

Wałeczki szkliste i ziarniste występują nieraz podług Wasserthala w moczu chorych, cierpiących na przewlekłe zaparcie stolca, mimo braku białka i przy zupełnie zdrowych nerkach i znikają zaraz po uregulowaniu dyety. (*Berliner klin. Wochs.*, Nr 16). *A.*

Prosty sposób badania stanu serca. W rosyjskich Towarzystwach ubezpieczeń zaprowadzono następujący prosty sposób badania stanu serca. Poleca się badanemu zatrzymać oddech. Jeżeli nie może go wstrzymać do 15 sekund, to podejrzywać można, że jest powikłanie sercowe i ubezpieczenia się nie przyjmuje. Dalej wyzyskuje się przy badaniu różnicę w ilości uderzeń serca w różnych pozycyach ciała. Człowiek zdrowy, siedząc i stojąc, ma tętno szybsze, niż leżąc, o 10—12 uderzeń. U chorych na serce różnicy tej zwykle niema, albo stosunek jest nawet odwrotny. W końcu stosuje się jeszcze sposób badania, podany przez Herza, a polegający na spostrzeżeniu, że przy wytężonej pracy mózgu zmienia się ilość tętna u zdrowych niewiele, przy nerwicy serca tętno się przyspiesza (nieraz o 20—40 uderzeń), a u chorych z wadą organiczną zwalnia (o 10—20). Przy badaniu poleca się badanemu, celem skupienia uwagi wolno i równo zginać łokieć i uważać bardzo na ten ruch. (*Wiener med. Wochs.*, Nr 49). *A.*

Ksylol w durze brzusznym na mocy spostrzeżeń w 28 przypadkach w dawce 4 razy dnia po 25 kropli w winie czerwonem poleca gorąco Pawlowsky. Podawać go można i kilka tygodni bez obawy, a skutek ma być bardzo dobry. *A.*

Leczenie gruźlicy płuc kumysem, stosowane w Rosyi na stepach w okolicy Ufy, daje podług Ssusdalskiego wcale dobre wyniki (przeciwwskazania: rozległy rozpad, krwotoki, niedowład jelit). Nie należy odrazu zaczynać od dużej ilości kumysu, lecz postępować stopniowo. Przy skłonności do biegunek używa się kumysu mocnego, w razie zaparcia stolca — kumysu słabego, a zwykle najlepsze usługi oddaje kumys średni. Kumys jest znakomitym środkiem odżywczym, zwłaszcza dla ozdrowieńców. Przewozić w gotowym stanie się nie daje. (*Allg. Mil.-Zeitung*, Nr 5). *A.*

Leczenie matołectwa przetworami gruczołu tarczowego rozpoczęto za inicyatywą Prof. Wagnera w Styryi w r. 1907 na wielką skalę na koszt państwa. Z wyników tego leczenia zdawał sprawę Kutschera z Gracu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Wiedniu 7. maja b. r. Chorym podawano tabletki po 0,3 (substancyi gruczołu), zwykle jedną dziennie. Ogółem wydano w r. 1907—108.000 tabletek, w roku 1908 158.000 u 1011 chorych. Wyniki sprawdzano głównie według wzrostu ciała, który, jak wiadomo, u matołków jest niedostateczny. W 85·7% wykazano wybitny wpływ leczenia, w 10% brak tegoż. Wpływ leczenia na wzrost był największy aż do 8. roku życia, a potem koło 20. Podobnie i stan ogólny ulegał wybitnej poprawie u bardzo młodych osobników (do 6 lat); w krótkim czasie znikały obrzęk języka, ślinotok, obrzmienia, wypryski i wzdęcie brzucha. Wyraz twarzy stawał się żywy, ciemiączka zamykały się, znacznie poprawiały się słuch, mowa i inteligencya, zęby wyrzynały się i t. d. Ogółem wykazano w 43% bardzo wielką poprawę, w 48% zadowalniającą, a tylko w 9% stan nie uległ żadnej poprawie. Dotychczasowe więc korzystne wyniki zachęcają do dalszego stosowania tego leczenia. *A.*

Wszczepianie tkanki gruczołu tarczowego u matołków w 3 przypadkach zastosował Bircher, ale bez wybitnego skutku. Do szczepienia użył tkanki z wyciętego wola. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Nr 98, T. I.). *K.*

Po usunięciu wyrośli gruczołowatych z jamy nosowogardłowej wystąpić może czasem podług Weinsteina chwilowo skrzywienie szyi przy podniesionej ciepłocie i obrzęku gruczołów szyjnych. Przyczyna tego chwilowego powikłania nie jest dokładnie znana; jedni upatrują ją w zakażeniu gruczołów z rany operacyjnej, inni w mechanicznem uszkodzeniu mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego lub gałązek nerwu współczulnego w gardle. (*Med. Klinik*, Nr 19). *A.*

Dla zapobieżenia wytwarzaniu się zakrzepów poleca Chantemesse przed operacyą, gdzie badanie krwi wykazuje większą skłonność do krzepnięcia, podawanie przez 2—3 dni po 15—18 grm kwasu cytrynowego, który ma bardzo skutecznie zapobiegać zakrzepom. (*Ak. med.* Paryż, 12. I., 1909). *A.*

Uchyłek przełyku zoperował szczęśliwie Goldmann. Po odpreparowaniu uchyłka, który był wielkości jaja gęsiego, podwiązano uchyłek przy przełyku, zapomocą szwów umocowano w ranie i obtamponowano gazą. Uchyłek zwolna obumierał i w 8 dni odpadł, pozostawiając małą przetokę, która zgoiła się po 1½ miesiąca. (*Beitr. z. klin. Chir.*, Nr 61, T. III.). *K.*

Skręcenie jelit powstaje, jak to ze spostrzeżeń klinicznych i licznych doświadczeń na psach przekonał się Spassokukotzky, bardzo często wtedy, gdy w okresie głodzenia do pustych jelit (w razie ruchomej krezki) dostanie się nagle większa ilość pokarmów. (*VIII. Zjazd. ros. chir.*, Moskwa). *A.*

W znieczuleniu miejscowem poleca operować nawet duże **przepukliny pachwinowe** Lichtenberger. Nadaje się

do tego najlepiej 1% nowokaina. Rozczynu tego użyć można nawet 50—60 ctm³. (*Deutsche med. Wochs.*, Nr 16). *A.*

Celem utrzymania na miejscu zwichniętego obojczyka przy ramieniu po odprowadzeniu zakłada Hartung przy ramieniu zgiętem w łokciu i podniesionem do poziomu przez miejsce zwichnięcia, mitellę z plastra i potem opuszcza ramię, które własnym ciężarem przyciska plaster, a przez to utrzymuje obojczyk w dobrem położeniu. (*Münch. med. Wochs.*, Nr 17). *A.*

Przy nieuleczalnym raku macicy i jego nawrotach poleca Eisenmenger leczenie tak zwaną jontoforezą. Elektrodę ujemną w postaci blaszanego pasa umieszcza się na brzuchu, następnie nastawia się we wzierniku nowotwór i wlewa do pochwy mieszaninę formaliny, tymolu, kwasu będźwinowego, salicylowego i solnego, wyskoku i wody i w płyn ten zanurza się anodę, owiniętą w watę. Posiedzenia trwają przez 14 dni codzień przy zwiększaniu prądu od 5 M. A. do 100. Przy tem leczeniu uzyskał E. w jednym bardzo ciężkim przypadku zabliźnienie i stan zupełnie zadowalniający, trwający już rok. (*Zeitschr. f. diät. u. phys. Th.*, T. XII.). *A.*

Przy naświetlaniu ran ropiejących niebieskiem światłem spostrzegał Richter szybsze oczyszczanie się i żywsze tworzenie ziarniny, jakoteż zmniejszanie się bolesności. Także i blizny tworzyły się lepsze. (*Deutsche med. Wochs.*, Nr 17). *A.*

Nowy bandaż do podtrzymywania ruchomej nerki podał Chlumsky. Składa się on z pasa przepuklinowego, od którego w górę idzie sprężyna z pelotą do nerki. (*Zeitschr. f. orth. Chir.*, T. XXIII.). *A.*

Nowy przyrząd do odkażania rękawiczek gumowych i cewników jedwabnych podał Heusner. Przedmioty te odkaża się zapomocą gotowania w glicerynie, przez co nie ulegają one zniszczeniu. (Niestety tak przyrząd, jak i gliceryna są drogie. *Zblt. f. Gyn.*, Nr 17). *A.*

Nowy przyrząd do wyjaławiania narzędzi podał Theilhaber. Zaletą jego jest to, że po wygotowaniu narzędzi można je rozłożyć na 4 częściach przyrządu, przez co przegląd przy operacyi jest ułatwiony. Theilhaber podaje także przyrząd do gotowania i przechowywania większej ilości już nawleczonych igieł. (*Münch. med. Wochs.*, Nr 17). *X.*

Wibrator elektryczny rotacyjny pod nazwą: »Elvori« podał Gerdes z Berlina. Przyrządem tym można po kolei wykonywać miesienie wibracyjne i elektryzowanie, zapomocą prądu stałego lub przerywanego. (*Med. Klinik*, Nr 20). *A.*

Sprawę kiły ukrytej, jako choroby zawodowej u lekarzy, omawia Waelsch (*Münch. med. Wochs.*, Nr 17); spostrzegał on w ostatnich czasach 6 podobnych przypadków. Kiła przebiegać może bardzo często skrycie (syphilis d'emblée), t. j. bez wyraźnego pierwotnego wrzodu, i przypadki takie wydarzają się właśnie u lekarzy. Prócz tego częste są zakażenia na palcach u chirurgów i ginekologów. Co się tyczy wykonywania praktyki, to, o ile n. p. kiła pierwotna usadowiła się na palcach, musi naturalnie lekarz wstrzymać się aż do zupełnego wygojenia od wykonywania rękoczynów i zabiegów. Co do sprawy odszkodowania, to dotąd Towarzystwa ubezpieczeń odrzucają pod tym względem pretensye lekarzy. Towarzystwo dermatologów we Wrocławiu zajęło się właśnie tem, by wywalczyć dla lekarzy prawo żądania odszkodowania w razie zawodowego przypadkowego zakażenia się kiłą. *X.*

Leczenie rtęcią od strony odbytnicy zaleca bardzo Kaufmann. Podaje się 0,1—0,4% *hydrarg. colloid. Mercka* z dodatkiem morfiny, makowca lub nowokainy, celem usunięcia parcia. (*Wiener med. Wochs.*, Nr 5). *A.*

„Płciowość“ plemników. Na posiedzeniu kaukazkiego Towarzystwa lekarskiego w Tyflisie podał Buch, że w nasieniu udaje się wykazać dwa rodzaje plemników, rozmaicie zachowujące się względem barwników. Tak n. p. przy barwieniu sposobem Reitera i Romanowskyego barwią się główki jednych niebiesko, drugich różowo, a sposobem Grama jednych fioletowo, drugich czerwono. Buch przyjmuje wobec tego, że istnieją dwa rodzaje plemników, odpowiednio do płci żeńskiej i męzkiej powstającego potem w razie zapłodnienia płodu (androspermatozoa i gynospermatozoa). Podobne spostrzeżenie niezależnie od Bucha uczynił i Selenew, profesor dermatologii w Charkowie, a dawniej już Omelczenko. który jest nawet tego zdania, że z czasem uda się może wpływać dowolnie na wytwarzanie danego rodzaju plemników, a przez to na płeć potomstwa. *A.*

Elektryczność wywiera bardzo korzystny wpływ na wzrost roślin; stwierdzili to agronomowie na t. zw. polach elektrycznych, na których plon bywał znacznie obfitszy, niż gdzieindziej. Inżynier Breslauer sądzi, że należałoby wypróbować, czy i u ludzi podobne pola elektryczne, założone n. p. przy sanatoryach, nie wywierałyby korzystnego działania. *X.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 5. lipca 1909.

1) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i M. Dziurzyńskiego p. t.: **Bromowanie strychniny, brucyny i innych alkaloidów.** Część II.

W niniejszej pracy autorowie podają wyniki badania działania bromu w rozczynie dwusiarczku węgla na zasady: cynchoninową i chinową. Przy zasadzie cynchoninowej doszli oni do następujących związków: czterobromowej pochodnej cynchoniny $C_{19}H_{22}Br_2N_2OBr_2$ i dwubromowej pochodnej $C_{19}H_{22}Br_2N_2O$. Pierwszy z tych związków posiada brom, związany z cząsteczką cynchoniny w dwojaki sposób. Przytem, zarówno z pierwszego związku w łatwy sposób otrzymuje się drugi, jak i przeciwnie z drugiego pierwszy. Przy zasadzie chinowej, którą brali do bromowania w rozczynie eterycznym, otrzymali monobromową pochodną $C_{20}H_{24}N_2O_2Br$, i pięciobromową pochodną $C_{20}H_{22}Br_2N_2O_2.BrBr_2$, która zawiera brom, można przypuszczać, w trojaki sposób związany z cząsteczką zasady. Ostatni ten związek jest ciekawy z tego względu, że gdy się go ogrzeje zlekka z wodą, ochłodzi następnie i przesączony płyn zaprawi amoniakiem, powstaje wówczas szmaragdowo zielono zabarwiony osad, tosamo prawdopodobnie ciało, które powstaje przy tak zwanej thalleiochinowej reakcyi. Wreszcie autorowie streszczają niezupełnie dokończone jeszcze badanie nad czerwonymi związkami, które daje ich monobromobrucyna z kwasami mineralnymi i czerwonym związkiem, powstającym przy działaniu kwasu azotowego na brucynę, wyrażając przypuszczenie, iż wszystkie te związki czerwone są prawdopodobnie solami brucyny, zawierającymi Br, względnie grupę NO_2, w pewnej, nieokreślonej jeszcze dotychczas kombinacyi.

2) Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. Władysława Mierzejewskiego p. t.: **Przyczynek do rozwoju układu limfatycznego ptaków.**

Autor, badając rozwój układu limfatycznego kury, wykrył, że serce limfatyczne zakłada się w $5^1/_2$ dniu embryonalnego rozwoju w postaci pęcherzyków na bocznych gałązkach pięciu pierwszych żył ogonowych. Równocześnie tworzą się na żyle szyjnej, podobojczykowej, głównej i kręgowej, wypukliny, które dają początek limfatycznemu splotowi szyjnemu. Zawiązki serca i splotu zrastają się ze sobą i tworzą w ten sposób dwa gąbczaste ciała, z których tylne tętniące jest sercem limfatycznem, przednie nietętniące splotem. Boczny pień limfatyczny poczyna się zarówno od splotu jak i serca w postaci gron delikatnych siatek limfatycznych, rosnących ku sobie. W obrębie jednej i drugiej siatki różnicuje się po jednem grubszem naczyniu, które zrastają się ze sobą. Wykształcony pień boczny leży na boku ciała między przednią a tylną kończyną, w tyle uchodząc do serca, na przodzie wlewając się do splotu limfatycznego. Pień boczny istnieje do 12 dnia, poczem zanika, a w miejsce jego pojawia się już siatka naczyń limfatycznych podskórnych. W tym samym dniu wykryć już można istnienie parzystego przewodu piersiowego limfatycznego, który zawiązuje się później, niż pnie boczne. W końcu przytacza autor, że tętnienie serca limfatycznego pojawia się w 9-tym dniu, równocześnie z różnicowaniem się w ścianie serca włókien większych.

(Treść 12 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 2. lipca 1909.

I. Kol. Bocheński przedstawia 23-letnią wieloródkę, która w połogu dostała bardzo silnych **drgawek porodowych,** połączonych ze stanem szałowym. Ilość napadów wynosiła 52. Prelegent omawia postępowanie przy drgawkach porodowych, poświęcając kilka słów obłuszczeniu (dekapsulacyi) nerek.

II. Kol. Orzechowski przedstawia 11-letnią dziewczynkę z objawami **myositis multiplex ossificans progressiva**. Zajęte są żwacze, mięśnie tułowia, i to przedewszystkiem pleców, mniej kończyn. Głównie w miejscach przyczepu mięśni znajdują się guzowate wyniosłości twardości kości. Prelegent omawia rozwój tej choroby.

III. Kol. Prof. Halban przedstawia dwóch chorych na **drżączkę poraźną**. Jeden z nich, co podnieść należy, jestto młody, 25-letni mężczyzna. W jednym z tych przypadków możliwy jest związek ze schorzeniem gruczołu tarczowego.

W dyskusyi zabiera głos kol. Rudzki i prelegent.

IV. W dyskusyi nad referatami kol. Nowickiego i Prof. Hermana **(w sprawie nowotworów)** zabiera głos kol. Kučera, zwracając uwagę na spostrzeżenie Apolanta, gdzie komórki rakowe przeszły w mięsakowe, spostrzeżenie, jakiego nie znamy w patologii ludzkiej. Mowca podnosi konieczność częstszego, niż dotąd, badania histologicznego wycinanych tkanek, które wbrew obserwacyi klinicznej, mogą ulegać już początkowemu bujaniu złośliwemu, na dowód czego przytacza własne spostrzeżenia (rak części pochwowej macicy), wspomina o nawrotach raka po kilku latach, w końcu występuje przeciw pesymistycznemu zapatrywaniu kol. Hermana, który nie wierzy w możność znalezienia sposobu doszczętnego leczenia raka.

Kol. Obtułowicz podnosi różnice jadowitości raków, a jako przykład przytacza szereg przez siebie spostrzeganych przypadków. Kol. Hornowski mówi o wartości i sposobach rozpoznawania histologicznego materyału, przysyłanego do badań, podkreślając wady i omyłki, wynikające z dorywczego badania drobnowidowego. Kol. Prof. Rencki mówi o wartości rozpoznawczej badania krwi, treści żołądka i t. d. w przypadkach raka, oraz o objawach, występujących ze strony przewodu pokarmowego. Kol. Prof. Herman w odpowiedzi kol. Kučerze zapytuje, dlaczego ani w jednym przypadku nie wykazano dotąd przy raku swoistych cytolizyn, któreby wywołały samorodne wyleczenie; dalej przestrzega przed podawaniem jodu przy raku języka, zalecanem przez kol. Obtułowicza. Kol. Nowicki co do uwagi kol. Prof. Kučery przypomina, że w patologii ludzkiej znany jest jeden przypadek przejścia raka w mięsaka, przyczem podścielisko łącznotkankowe, mięsakowo zmienione, doprowadziło do zaniku gniazda rakowe. Przejście komórek rakowych w mięsakowe spostrzegał jedynie Apolant. Mowca nie zgadza się również na zbyt pesymistyczne zapatrywanie kol. Prof. Hermana na przyszłe leczenie raka, choćby ze względu na wyniki dotychczasowych badań doświadczalnych, nad którymi nie można przechodzić do porządku dziennego. Dalej zwraca N. uwagę na raki, występujące w młodym wieku, n. p. w odbytnicy (n. p. u 18 l. i 24 l. kobiety, i 27 l. mężczyzny), następnie na częstą nierównoległość między wynikami badania cząstek wyskrobanych z macicy, a objawami klinicznymi. Kol. Ostrowski zaznacza, że młody wiek dziś przestał być szczegółem, wyłączającym raka; O. przypomina sobie przypadek, gdzie w wyciętym u 23-letniej panny sutku stwierdzono raka, który później dał nawroty.

V. Kol. Hornowski przedstawia: *a*) preparat wątroby, żołądka i dwunastnicy kobiety 62-letniej, która 2 lata przed śmiercią zwymiotowała kamień żółciowy. Na sekcyi znaleziono **przetokę dwunastniczo-pęcherzykową.** *b*) Preparaty z przypadku **sclerose tubereuse,** jednostki chorobowej, opisanej po raz pierwszy przez Bournevilla i występującej równocześnie z objawami wrodzonego idyotyzmu u dzieci; jako zewnętrzny objaw występuje tu zwykle szereg różnych nowotworów na skórze; w danym przypadku znamiona macierzyste, włókniakonerwiaki, znamiona owłosione. W mózgu liczne stwardniałe ogniska, wytworzone z gleju, ognisk szklistych z komórkami zwojowemi niezróżnicowanemi, z nieprawidłowym układem komórek w korze. Nigdzie niema zmian zapalnych. W guzach komór utkanie glejaków piaszczakowatych (*glioma psammomatodes*). W nerkach liczne potworniaki (*embryomata*). W dyskusyi zabiera głos kol. Doc. Szulisławski i prelegent.

XXV. Posiedzenie naukowe z dnia 9. lipca 1909.

I. Kol. Hornowski przedstawia preparaty histologiczne z przypadku **sclerose tubereuse,** omówionego na poprzedniem posiedzeniu.

II. Kol. Nowicki przedstawia: *a*) Preparat **pierwotnego mięsaka okrągłokomórkowego wątroby** z mężczyzny 56-letniego, u którego przyszło do przebicia jelita na tle rozpadającego się małego przerzutu i do następowego zapalenia otrzewnej. *b*) Preparat **tętniaka tętnicy Sylwiusza,** uciskającego na lewą nóżkę mózgu. Tętniak wielkości jaja kurzego wskutek pęknięcia wywołał śmierć nagłą. (Mężczyzna, 36 l.). *c*) Preparat **tętniaka części wstępującej tętnicy głównej** z mężczyzny 54-letniego ze znaczną miażdżycą tętnic. Tętniak dużych rozmiarów uciskał bardzo na oba przedsionki serca i tętnicę płucną, wywołując za życia wysoki stopień duszności. *d*) Preparat tętnicy głównej ze sekcyi kobiety 36-letniej, dotkniętej przewlekłem zapaleniem nerek ze znacznym przerostem lewego serca. W części opuszkowej w miejscu nieznacznie miażdżycowo zmienionem nastąpiło **pęknięcie błony wewnętrznej** na długości 3 cm, krwotok śródścienny i następowe przebicie do worka osierdziowego. Prelegent omawia wogóle pęknięcia tętnicy głównej, w szczególności zaś przedstawiony przypadek.

W dyskusyi kol. Hornowski mówi o badanych przez siebie pierwotnych mięsakach wątroby; kol. Orzechowski kreśli obraz kliniczny przypadku tętniaka tętnicy Sylwiusza.

III. Kol. Opolski omawia obszernie przypadek, który rozpoznaje jako **odmianę choroby Bantiego,** nazywając ją **anaemia splenica cum ascite.** W dyskusyi zabierali głos kol. Pisek i Ziembicki W. *Nowicki.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie z dnia 22. kwietnia 1909.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 23.

1) M. Łążyński: **Z kazuistyki zapalenia wyrostka robaczkowego** (*mucocele processus vermiformis et appendicitis fibrosa*).

W dyskusyi przytacza Januszkiewicz spostrzegany przez siebie przypadek bardzo dużej torbieli wyrostka robaczkowego. Operacyi dokonał Prof. Sapieżko. B. Kozłowski przypomina, iż preparat tej torbieli znajduje się obecnie w muzeum kliniki chirurgicznej w Odesie. Wymiar podłużny torbieli wynosi 20 cm.

2) A. Modrzewski podaje streszczenie pracy Ernsta Levina: **Z dziedziny odporności biernej**, oraz swoich kilka doświadczeń, dokonanych w tym kierunku.

W dyskusyi wzięli udział: Łążyński, Trzebiński, Hoffman i Żebrowski.

Sekretarz: *M. Łążyński.*

Korespondencye.

Konferencya przeciwgruźlicza w Stokholmie.

Stokholm, 10. VII. 1909.

Międzynarodowe Stowarzyszenie przeciwgruźlicze, odbywające co roku Zjazdy w różnych miastach Europy i Ameryki, odbyło w b. roku konferencyę w Stokholmie. Jest to obecnie bardzo poważne Stowarzyszenie, mające swój organ i główną siedzibę w Berlinie; należy do niego 25 państw Europy i Ameryki.

Konferencya tegoroczna była z rzędu ósmą i zgromadziła poważny zastęp urzędowych przedstawicieli państw i sporą gromadę ludzi, interesujących się sprawą gruźlicy i sposobów jej tłumienia.

Z dzielnic polskich było bardzo mało przedstawicieli, bo prócz niżej podpisanego tylko Dr Sterling z Łodzi, redaktor jedynego pisma w języku polskim, poświęconego sprawom gruźlicy.

Ze spraw, będących na porządku dziennym konferencyi, na pierwszem miejscu postawiono omówienie sposobów zwalczania gruźlicy u dzieci rodziców gruźlicą dotkniętych. Sprawa ta, bardzo trudna, omawiana była długo i w końcu została pomieszczona na porządku dziennym przyszłego Zjazdu w Brukseli. Jako jeden z najważniejszych sposobów przyjęto tworzenie kolonii wakacyjnych, ażeby dzieci chociaż raz w roku mogły uodpornić ustrój przeciwko wpływom zarazka. Przeważało zdanie, że nie można zastosować na razie innych sposobów, bądź ze względów ekonomicznych, bądź też z powodów leżących w sferze etycznej. Trudno bowiem przemocą usuwać dzieci od rodziców, a ten tylko sposób przedstawiałby najpewniejsze szanse.

Dyskusya nie przyniosła tutaj zresztą nic nowego. Zaznaczyć tylko należy, że zaczyna panować słuszne przekonanie, iż

zarazek gruźlicy niekoniecznie może zarażać odrazu, że trzeba dłuższego czasu do wywołania zakażenia, albo częstotliwego wprowadzenia zarazka w krótkich odstępach czasu. Gdyby badania potwierdziły tego rodzaju zachowanie się zarazka gruźlicy w ustroju — a jest to już na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń zjawisko zupełnie prawdopodobne — w takim razie zakażenie gruźlicą mogłoby być znacznie mniej groźne, gdyby dzieci były na pewien czas usuwane z pod wpływu zarazka.

Zaczyna również przeważać zdanie, że wogóle więcej uwagi należy poświęcić zapobieganiu gruźlicy przy pomocy szkoły. Był to następny szczegółowo omawiany punkt konferencyi. Za jeden z najważniejszych sposobów uznano uświadamianie co do sposobów szerzenia się gruźlicy w szkole, wychowywanie w tym kierunku dzieci i nauczycieli, a przedewszystkiem dokładne zapoznanie nauczycieli z higieną wogóle, a ze sposobami szerzenia się chorób zakaźnych w szczególności.

Podnoszono również potrzebę zaprowadzenia w szkole pogadanek i czytanek z dziedziny higieny, oraz badanie dzieci szkolnych w kierunku gruźlicy przez lekarzy szkolnych.

W tym kierunku najwięcej się czyni w Szwecyi. Dzieci, gruźlicą dotknięte, o ile mogą być dla innych szkodliwe, nie są do szkoły przyjmowane; częściowo już teraz dla takich dzieci tworzy się w Szwecyi osobne szkoły. Sam sposób prowadzenia nauki w Szwecyi jest tego rodzaju, że dziecko nie traci sił fizycznych przez długie siedzenie w ciasnej sali. Liczba godzin wykładowych ograniczona jest conajwyżej do 5. Na każde dziecko przypada przestrzeń podłogi w klasie, wynosząca najmniej $1^1/_2$ metr. kw.; w klasie nie może być więcej niż 35 dzieci. Widziałem szkołę mieszczącą koło 2000 dzieci, gdzie klasa ma 60—70 metr. kw. i gdzie liczba dzieci w klasie nie przekracza 35; każde dziecko siedzi w osobnej ławce. Lekcya trwa 3 kwadranse, kwadrans trwa przerwa pomiędzy godzinami. Nie dosyć na tem: lekcye trwają razem 38 tygodni, resztę czasu zabierają ferye, rozdzielone na 3 okresy w ciągu roku. Najdłużej, bo prawie 10 tygodni, trwają ferye letnie. Urozmaicony slojd, gimnastyka, ćwiczenia w celowaniu i strzelaniu, zabawy i gry na wolnem powietrzu dopełniają reszty.

Urządzeniu szkoły szwedzkiej zamierzam poświęcić osobną kartkę. Jest ono wprost imponujące; widać na każdym kroku troskę o zdrowie dziecka; różne zagadnienia higieniczne, będące gdzieindziej niedoścignionym ideałem, są tu bardzo prosto rozwiązane. Z takiej szkoły musi wyjść silny, zdrowy, energiczny osobnik, zdolny w każdym punkcie do pracy i walki życiowej.

Szczególnie w kierunku zapobiegania gruźlicy w szkołach zrobiono jeszcze jeden krok naprzód. Rzecz oczywista, że nauczyciel chory na gruźlicę nie może wykładać w szkole. To też tylko zdrowy nauczyciel wykłada w szkole szwedzkiej. Jeżeli u którego pokaże się gruźlica, wówczas nauczyciel zostaje czasowo lub stale spensyonowany i otrzymuje z reguły $^2/_3$ pensyi pobieranej. Jeżeli wyzdrowieje, wówczas albo powraca do zajęć i otrzymuje całkowitą płacę albo, jeżeli nie chce napowrót wstąpić do zajęć, traci emeryturę. Takie i tym podobne sposoby prowadzą do tego, że gruźlica zaczyna być w Szwecyi rzadkością. Nie można było wybrać kraju i miasta dla Zjazdu przeciwgruźliczego, gdzieby się można było lepiej naocznie przekonać, jak się winno walczyć z gruźlicą.

Dodać należy, że w Szwecyi gruźlica została zaliczona do chorób zakaźnych, co do których istnieje obowiązek zawiadamiania władz, celem przeprowadzenia odkażania i odosobnienia. Państwo bierze zatem na siebie obowiązek usuwania chorych z gruźlicą otwartą ze środowiska zdrowych i w ten sposób zabezpiecza otoczenie od zakażenia. Jest to krok, który powinny inne państwa naśladować, gdyż inaczej gruźlica nigdy się nie da opanować.

W Austryi tymczasem, gdzie gruźlica panuje w sposób zastraszający, ten właśnie środek w nowej ustawie o chorobach zakaźnych, przedłożonej do zatwierdzenia Izbie posłów, zupełnie nie został wprowadzony. Prawda, że konsekwencye zaprowadzenia takiej ustawy byłyby może na razie wielkim ciężarem ekonomicznym; możnaby jednak poradzić na to, wprowadzając postanowienia przejściowe, któreby obmyśliły sposób, na razie ograniczający odosobnienie do przypadków najcięższych i najniebezpieczniejszych dla otoczenia. To się jednak nie stało i bardzo dużo czasu upłynie, zanim przyjdą nowe postanowienia, które ten wielki brak usuną.

Tyle na razie co do dwóch najważniejszych spraw porządku dziennego. Dalszą część Zjazdu wypełniły rozprawy dotyczące rozpoznawania i leczenia gruźlicy. Godnem jest uwagi, że coraz więcej powraca się do starej tuberkuliny częściowo tak co do rozpoznawania, jak i co do leczenia gruźlicy. Prócz stosowania seroaglutynacyi, którą polecił Arloing, inni mowcy przemawiali najbardziej za podskórnem stosowaniem tuberkuliny w ilości 3—5 mgr. w celach rozpoznawczych i leczniczych. Ani odczyn Calmettea, ani sposób Pirqueta, nie znalazły tak gorących zwolenników na Zjeździe, jak stosowanie wstrzykiwań podskórnych.

Co do sposobów, w jaki ustrój opiera się działaniu zarazka gruźlicy, godną uwagi jest praca Neandra, według którego zwalczanie zarazka polega na działaniu leukocytów wielojądrzastych, wbrew twierdzeniu Bartla.

Sposoby, zapomocą których różne państwa zwalczają gruźlicę i postępy na tem polu, zamierzam omówić osobno w drugiej części mego sprawozdania. *Bujwid.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie ulg ekonomicznych dla lekarzy. W łonie powiatowego Związku lekarzy miasta Krakowa podjąłem swego czasu myśl, czy i my lekarze, podobnie jak i inne zawody, nie moglibyśmy uzyskać dla siebie pewnych ulg ekonomicznych. Z polecenia Wydziału zwróciłem się następnie w tej sprawie do firm kupieckich krakowskich i starania moje uwieńczone zostały wcale pomyślnym skutkiem. Z góry przekonany byłem, że tu i ówdzie opustów nie uzyskam, bo dotąd jeszcze zawód lekarski uchodzi czasem za niezgłębioną kopalnię złota; ale były to wyjątki. Zresztą na każdym kroku (z wyjątkiem firm masarskich) spotkałem obywatelską gotowość i uzyskałem pisemne zobowiązania, że dla członków Krajowego Związku lekarzy ofiarowują 10, a niektórzy kupcy nawet 15% opustu. Także co do ceny węgla zostały dokonane rokowania.

Wydział Krajowego Związku lekarzy na posiedzeniu dnia 22. VI. b. r. polecił mi dalej zająć się sprawą legitymacyi dla członków Związku krajowego, a celem tych legitymacyi między innemi będzie i to, by i zamiejscowi koledzy w czasie pobytu w Krakowie korzystać mogli, za okazaniem legitymacyi, z ulg ekonomicznych u firm, wskazanych przez Związek. To, co uzyskaliśmy w Krakowie, uzyskać mogą oczywiście obecnie już łatwo i inni koledzy, członkowie Związku, w swych miejscach pobytu. Ulgi te, w miarę przyrostu członków, będą mogły iść i dalej, i mamy nadzieję, że uzyskamy z czasem także zniżki w cenie mięsa, wędlin, biletów teatralnych i t. p.

W ten sposób Krajowy Związek lekarzy wywiązuje się i z drugiego punktu swego zadania, t. j. nietylko stara się o polepszenie bytu lekarzy przez zwiększenie ich dochodów, ale także usiłuje uzyskać zmniejszanie się rozchodu swych członków. Powolne jak dotąd przystępowanie do Związku opiera się między innemi prócz obawy przed podpisaniem deklaracyi, jeszcze na tem, że wielu kolegów sądzi, iż Krajowy Związek lekarzy ma jedynie na celu walkę z kasami chorych i tym podobnemi instytucyami, co np. lekarzy prywatnych niewiele na razie obchodzi. Mniemanie to jednak jest mylne. Związek walczy z kasami, a raczej bierze w obronę kolegów, o ile tego zajdzie ewentualnie potrzeba, o ile odpowiedni koledzy od Związku takiej pomocy potrzebują; zadanie to nie jest jednak jedynym celem Związku, lecz jednym z wielu; do celów Związku należą prawie wszystkie najżywotniejsze i obchodzące każdego lekarza sprawy.

Wobec tego obawy i skrupuły co do przystępowania do Krajowego Związku lekarzy są płonne i każdy lekarz we własnym dobrze zrozumianym interesie powinien zostać członkiem tegoż Związku. Mamy to głębokie przeświadczenie, że początkowe lody zostaną wkrótce przełamane i nasz Związek krajowy, mając prawie wszystkich lekarzy w swem łonie, stanie całkowicie na wysokości swego zadania i będzie dla swych członków tem, czem jest np. Związek lekarzy francuskich lub Związek lipski lekarzy niemieckich, t. j. potęgą, z którą liczyć się muszą wszystkie czynniki i który nie prosi i błaga, lecz dyktuje warunki. *Dr Adolf Klęsk.*

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili Drowie: Henryk Balabayder, Kazimierz Bocheński, Adam Czyżewicz jun., Doc. M. Franke, Wł. Hojnacki, Prym. Kazimierz Orzechowski, Doc. E. Piasecki, Prym. Wilhelm Pisek i Witold Ziembicki, wszyscy ze Lwowa.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 11. VII. do 24. VII. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego

w pow. Buczacz (Płoszcza 1, Rzepińce 1, Międzygórze 1), Gródek jag. (Wola dobrat. 14, Sławczany 2), Horodenka (Hawrylak 4, Targowica 8, Czortowiec 3, Obertyn 3, Niezwiska 2, Żywaczów 4), Kołomyja (Słobódka polna 3, Gwoździec stary 3), Kosów (Chomczyn 6), Lisko (Smolnik ad Baligród 1, Wola mihowa 1), Podhajce (Sokolniki 4), Rawa (Magierów 2, Wulka mazow. 2), Sanok (Osławica 1), Śniatyn (Trościaniec 2), Stryj (Orawczyk 4), Tłumacz (Dolina 14), Złoczów (Werhobuz 1). Żydaczów (Nowoszyny 1), Przemyślany (Gliniany 1);

ospy m. Kraków 1 (variola peracta z Warszawy), m. Rzeszów 1. *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 11. VII. do 24. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych — † —), krztuśca 3 † 1, płonicy 79 † 12 (20 † 2), odry 27, duru brzusznego 1 † 3 (— † 1), nagm. zapalenia opon 1 † 1, gorączki połogowej — † 1 (— † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. VII. do 24. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 14 † — (w tem obcych 9 † —), krztuśca 3, ospy 1 (1*), płonicy 24 † 2 (w tem obcych 11 † 2), odry 7 † 1 (— † 1), duru brzusznego 5 † 1 (2 † 1).

*) Variola vera peracta u dziecka nieszczepionego, które przywieziono z Warszawy.

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 27. VI. do 10. VII. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 6 † 1, odry 8, płonicy 14 † 1, duru plamistego 47 † 4, duru brzusznego 17 † 2, duru powrotnego 9 † 2, błonicy 12, grypy róży 3 † 2. (*Gaz. lek.* 29, 30).

Cholera w Rosyi szerzy się znów znaczniej. Za zagrożone cholerą uznano gubernie wileńską i mińską.

† Dr Andrzej Gońka.

Dnia 23. lipca b. r. zmarł Dr Andrzej Gońka, docent dentystyki lwowskiej wszechnicy. Nazwisko jego, złączone ściśle z dentystyką polską, jest jednem z przodujących w tym dziale medycyny. Dentystyka, która na naszych uniwersytetach dopiero od niedawna doczekała się swoich reprezentantów, miała ich już oddawna za granicą. Młoda ta gałąź wiedzy lekarskiej, oddzieliwszy się od swego macierzystego pnia, chirurgii, rozwija się w ostatnich czasach olbrzymio. Na naszych polskich uniwersytetach do niedawna nie mieliśmy szkół dentystycznych, a więc warsztatów, z których mogliby wychodzić ludzie teoretycznie i praktycznie w dentystyce wykształceni. Dziwić się tedy nie można, że głośnych nazwisk polskich dentystów tak mało, bo to co jest, to pierwsi, którzy torują drogę. Do takich należał Dr Andrzej Gońka.

Ś. p. Dr Andrzej Gońka urodził się w r. 1857, a po ukończeniu gimnazyum w Krakowie zapisał się w r. 1877 na wydział lekarski wszechnicy Jagiellońskiej, na którym w r. 1883 uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich. Praktykę lekarską odbywał do r. 1886 w szpitalu św. Łazarza w Krakowie; w tym roku wyjechał do Berlina, gdzie studyował specyalnie dentystykę. W r. 1887 osiadł we Lwowie i rozpoczął tu praktykę, wybijając się na czoło tamtejszych dentystów przez stosowanie najświeższych wynalazków w dziedzinie dentystyki i własne ich udoskonalenia i ulepszenia. Czynnym był niemniej na polu naukowem, wydając szereg prac, które zwróciły nań uwagę kół lekarskich. Z prac tych wymienić należy rozprawy: »Czy warto zatruwać zęby?« »Chloroform i kokaina w dentystyce«, »Czy i jakie istnieją środki przeciw psuciu się zębów«, »Z praktyki dentystyczno-lekarskiej«, »O kolibacyjnej teoryi Morgensterna«, »O znieczulaniu kokainą skóry« i wiele innych. Na podstawie pracy »O wydzielaniu i składzie śliny gruczołu przyusznego pod wpływem rozmaitych czynników« został zamianowany w r. 1902 docentem dentystyki. Jako docent czynił gorliwe starania o utworzenie uniwersyteckiego ambulatoryum dentystycznego, które też dzięki Jego zabiegom powstaje w r. 1906, a On sam mianowany zostaje jego dyrektorem. W czerwcu b. r. Wydział lekarski uniwersytetu lwowskiego przedstawił ś. p. Andrzeja Gońkę ministerstwu wyznań i oświaty do zamianowania nadzwyczajnym profesorem. Nominacyi tej jednak nie było mu danem doczekać.

Ktokolwiek będzie kiedyś zajmował się historyą dentystyki na uniwersytecie lwowskim, musi ją zacząć od nazwiska nieodżałowanej pamięci Dra Andrzeja Gońki. Może kiedyś po nim przyjdą nazwiska bardziej rozgłośne, większą sławą okryte, ale każdy zwracając się w przeszłość, podnieść musi zasługi i wytrwałą pracę pierwszego docenta uniwersytetu lwowskiego. Cześć Jego pamięci! *Lepkowski.*

Wiadomości bieżące.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłasza, co następuje:

Odezwa.

Sprawozdanie Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich wykazuje w zaległościach z końcem roku 1908 przeszło 10.000 koron. Jest to tak znaczna kwota, że należyta gospodarka w Towarzystwie staje się niemożliwą. Wobec tego niekorzystnego stanu rzeczy Walne Zgromadzenie Towarzystwa w d. 4. lipca b. r. poleciło Radzie zawiadowczej w myśl § 81 statutów Towarzystwa wykreślenie członków niepłacących. Zanim jednakże Rada zawiadowcza postąpi według brzmienia ustawy, zwraca się niniejszą odezwą do Szanownych Kolegów z prośbą o wyrównanie zaległości. Chodzi tu o zadośćuczynienie dobrowolnie w swoim czasie na siebie wziętym zobowiązaniom. Niepotrzeba dodawać, że Towarzystwo lekarzy galicyjskich ma na celu poważne zadania. Niedostateczne poparcie tej instytucyi ze strony Kolegów uwłaczałoby godności stanu lekarskiego, wpłynęłoby niekorzystnie na spełnianie zadań i celów Towarzystwa, a przedewszystkiem na udzielanie pomocy wdowom i sierotom po kolegach.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sekr. gen.: *Dr Świątkowski.* Prezes: *Dr Merunowicz.*

Kraków. I Zjazd internistów polskich w dniach 19—21 lipca b. r. powiódł się pod każdym względem, gromadząc nadspodziewanie liczne grono uczestników i zostawiając po sobie niepośledni plon naukowy. Zamykając Zjazd, podniósł słusznie prezes Zjazdu, Prof. Gluziński, że poruszanych na Zjeździe ważnych i aktualnych tematów możemy się nie powstydzić, a program Zjazdu był tak obfity, iż trzydniowe obrady nie zdołały go wyczerpać.

Zjazd wysłał telegramy z wyrazem hołdu do p. Curie-Skłodowskiej, a na wniosek Dra Pawińskiego z Warszawy do Nestora internistów polskich, Czcigodnego Prof. Baranowskiego.

Streszczenie prac Zjazdu obejmują 3 numera »Dziennika Zjazdu«, wydawanego pod redakcyą Prof. Ciechanowskiego i Dra I. J. Lustgartena. Oprócz »Przeglądu lekarskiego« poświęciły Zjazdowi osobne zeszyty: »Gazeta lekarska« i »Przegląd pedyatryczny«.

W czasie Zjazdu zebrali się wszyscy uczestnicy w pierwszym dniu przy wspólnej wieczerzy w »Domu lekarskim«, w drugim dniu na śniadaniu, wydanem przez Prof. Jaworskiego, a liczniejsze grono uczestników w trzecim dniu na śniadaniu, wydanem przez Prof. Wicherkiewicza. W czasie tych zebrań wygłoszono szereg gorąco nastrojonych przemówień.

Następny Zjazd zbierze się za dwa lata, jako sekcya ogólnego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

— W d. 19. VII. b. r. nastąpiło ukonstytuowanie się »Związku prasy lekarskiej polskiej«. Czasopism lekarskich polskich wychodzi obecnie siedemnaście; prawie wszystkie zgłosiły delegatów do Związku. Posiedzenie organizacyjne zagaił Prof. Dr Ciechanowski; przewodniczącym wybrano Dra Augusta Kwaśnickiego. Zebranie uchwaliło, aby Biuro zarządzające »Związku« na najbliższy okres działania powołać z Krakowa; biuro ma urzędować aż do najbliższego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Członkami biura wybrano prof. Dr Ciechanowskiego, jako przewodniczącego i prof. Dr Dobrowolskiego, jako sekretarza. Następnie wybrano delegatem do Komitetu międzynarodowego Związku prasy R. dw. prof. Dr Wicherkiewicza i uchwalono wybrać na Walne Zebranie międzynarodowego Związku po jednym delegacie z Warszawy, z Poznania i z Galicyi. Z Warszawy wybrano delegatem Dr Józefa Jaworskiego. Sprawę regulaminu »Związku prasy lekarskiej polskiej« polecono załatwić nowowybranemu Biuru. — Według informacyi, zasięgniętych dodatkowo u Komitetu międzynar. Związku prasy lek., liczba delegatów na Walne Zgromadzenie w Peszcie nie jest ograniczona, każde więc pismo może wyznaczyć osobnych delegatów na to Zgromadzenie.

— Dnia 22. VII. 1909 odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-galicyjskiej, na którem odbyła się, wspólnie z zaproszonymi Prof. Wachholzem, Doc. Horoszkiewiczem, Drem Jankowskim i Drem Łobaczewskim, narada nad projektem nowej taksy dla znawców sądowych w sprawach karnych, wypracowanym przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską; projekt

ten, jakoteż referat Prof. Wachholza odczytano. Po ożywionej dyskusyi przyjęto z nieznacznemi zmianami projekt Izby lwowskiej i postanowiono go popierać. Następnie odbyła się rozprawa honorowa przeciw Drom S. i Z. z Z., oskarżonym o wydawanie kartek felczerowi na puszczanie krwi. Drowi S. udzielono upomnienia, Drowi Z. nagany.

— Przed paru dniami wyszedł z druku i jest do nabycia w księgarniach I tom »Anatomii człowieka«, napisanej przez Prof. Dra Adama Bochenka, a wydanej nakładem Akademii Umiejętności z niedawno utworzonego funduszu, przeznaczonego na wydawnictwo podręczników naukowych. Zanim podamy ocenę dzieła, skreśloną piórem fachowem, zapisujemy dziś z prawdziwą radością ukazanie się tego podręcznika, jednego z najpotrzebniejszych w naszem piśmiennictwie. Od lat 40 nie ukazał się drukiem żaden polski podręcznik anatomii, a dawne dzieła, nie odpowiadające zresztą dzisiejszym wymogom, są zupełnie wyczerpane. Wydany tom I obejmuje na 32 arkuszach druku, oprócz części ogólnej, anatomię kośćca i mięśni, objaśnioną 312 doskonałymi rysunkami, przez co dzieło jest zarazem atlasem anatomicznym. Cena tomu I wynosi 20 koron.

— Redakcyę naczelną »Przeglądu pedyatrycznego« obejmuje z końcem r. b. Dr A. Kwaśnicki. Prof. Ciechanowski ustępuje z redakcyi tego pisma.

— »Przegląd pedyatryczny« wydał w połowie b. m. zeszyt podwójny (IV i V), obejmujący 12 arkuszy druku. Zeszyt ten, dedykowany I Zjazdowi internistów, zawiera prace oryginalne W. Królikowskiego, A. Altkaufera, M. Michałowicza, J. Brudzińskiego, W. Schoenaicha, sprawozdania poglądowe S. Kramsztyka i H. Rozenblatówney i obfity dział streszczeń i ocen.

— P. Władysław Kania, rodem z Warszawy, doktor wydziału paryskiego, uzyskał nostryfikacyę dyplomu.

— Zgłoszenia (ustne lub pisemne) na kurs dla wykształcenia organów policyi zdrowia i środków żywności przyjmuje dyrekcya c. k. Zakładu badania środków żywności w ciągu sierpnia. Kurs potrwa 6 tygodni; czesne 50 kor.; kandydaci niezamożni mogą być uwolnieni od czesnego.

Lwów. Towarzystwo higieniczne liczyło w r. 1908 członków 202, miało 4089·61 kor. dochodu (w tem subwencya rządu 1200, Sejmu 600, miasta 400, wkładki członków 771·32), a 3113·17 kor. rozchodu (w tem wydawnictwa 3051 kor.). Organ Towarzystwa »Przegląd higieniczny« rozchodził się w 533 egzemplarzach; objętość jego zwiększono, a dążeniem redakcyi jest zamienić go z miesięcznika na dwutygodnik. Posiedzeń naukowych było 6, odczytów odbyło się 7. Towarzystwo udzielało porad w sprawach higienicznych, wydało w 10.000 egzempl. broszurę Dra Blumenfelda: »O chorobach płciowych« i zajęło się sprawą zwołania Zjazdu w sprawie mieszkań. Na Walnem Zebraniu w d. 21. VI. b. r. wybrano wydział w tym samym składzie, tylko urząd skarbnika objął Prof. Dr Gizelt w miejsce ustępującego p. Sklepińskiego.

— Na posiedzeniu Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w d. 26. VII. 1909 uchwalono wydzierżawić skarbowi salinarnemu dalsze tereny w Morszynie, celem poszukiwania soli potasowych, na przeciąg 3 lat. Przyjęto i polecono ogłosić odezwę do dłużników Towarzystwa według referatu kol. Macheka. W myśl poprzedniej uchwały odstąpiono gminie Morszyn 700 m² gruntu na rozszerzenie cmentarza, za czynszem, przytem na wniosek kol. Renckiego postanowiono poczynić starania o wykupno enklaw w lasach morszyńskich. Wskutek ustąpienia kol. Festenburga powierzono referat gospodarczy kamienicy przy ul. Dominikańskiej l. 11 kol. Opolskiemu i przyjęto jego wnioski, zdążające do poprawy jej rentowności. Na wniosek kol. Schellenberga uchwalono korzystną konwersyę niektórych papierów wartościowych i udzielono remuneracyi buchalterowi. Na wniosek prezesa kol. Merunowicza i kol. A. Gluzińskiego uchwalono uprosić Prof. Bądzyńskiego o rozbiór litych pokładów soli gorzkiej w Morszynie. Przyjęto oświadczenie prez. kol. Merunowicza, iż Bank krajowy zaliczył Morszyn do rzędu miejscowości, w których Bank udziela pożyczek na domy czynszowe — szczegół, niezmiernie ważny ze względu na dalszy rozwój zdrojowiska.

— Wydział lekarski uniwersytetu lwowskiego rozpisuje konkurs na posadę asystenta przy katedrze ginekologii z płacą roczną 1400 kor. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15 września 1909.

— Dr Antoni Sawicki mianowany został obywatelem honorowym m. Kańczugi, gdzie założył park, Towarzystwo zaliczkowe, Towarzystwo wyrobów druciarskich i t. d.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Maryan Pańczyszyn, rodem ze Lwowa i Władysław Prószyński, rodem z Sambora.

Warszawa. Komisya ulepszenia szpitalnictwa postanowiła zbudować na terytoryum szpitala św. Stanisława dwa pawilony, z których każdy pomieściłby 80 łóżek, za sumę około 340.000 rb.

Z różnych stron. Dr Roman Wodyński, prosektor szpitala krajowego w Serajewie, mianowany został radcą rządu (Regierungsrath).

— Druga lekarska naukowa wycieczka do Grecyi i Egiptu odbędzie się staraniem Związku lekarzy praktykujących w zdrojowiskach czeskich w czasie od 4. XI. do 4. XII. r. b.

Na zwiedzanie Egiptu przeznaczone są dwa tygodnie t. j. od 15. do 29. XI., poczem nastąpi powrót do Tryestu z zatrzymaniem się chwilowem na Kandyi lub na Korfu. Koszta całej tej nader interesującej podróży z Tryestu do Grecyi i Egiptu i z powrotem do Tryestu wyniosą 950 koron, wraz z utrzymaniem i wszelkiemi wycieczkami lądowemi, mieszkaniem w pierwszorzędnych hotelach, przewodnikami i t. d., a z sumy tej przypada 450 koron na jazdę wytwornie urządzonym parowcem »Thalia«, a 500 koron na zwiedzanie Egiptu. Każdy z uczestników przeszłorocznej wycieczki po morzu Śródziemnem na tym samym parowcu odniósł tylko same nader przyjemne wspomnienia z pięknej tej podróży; nie wątpię, że i tego roku na pokładzie »Thalii« skupi się również żądne miłych wrażeń grono, które po całorocznych trudach zawodowych nabierze sił do dalszej walki życiowej. Wszelkich wyjaśnień udziela Dr Hugon Stark w Karlsbadzie, Sprudelstrasse, Haus Americaner, a chcący wziąć udział w wycieczce zechcą nadesłać pięć koron do dnia 1 sierpnia b. r. Do urzeczywistnienia tej wycieczki musi się zebrać grono ze 100 osób (lekarzy i dorosłych członków ich rodzin). *Dr Obtułowicz*, Lwów.

Zmarli: ginekolog Prof. Lott w Wiedniu;

farmokolog Prof. Vogel, b. prezes najw. Rady zdrowia w Wiedniu;

Dr Ludwik Strzelecki, radca sanitarny, członek honorowy Towarzystwa lekarskiego w Czerniowcach, w Niecieczy pow. Dąbrowskim.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Lysoform, środek nietrujący. 23-letnia Ada Struhazik, Wiedeń, 17. obw., Hormayerg., napiła się 7. lipca z powodu przykrości domowych w zamiarze samobójczym lizoformu. Odniosła lżejsze uszkodzenia i po odpowiedniej pomocy przewieziona została przez filię Mariahilf Tow. ratunkowego do szpitala Wilhelminy. Przypadek ten stanowi dalszy dowód, że lizoform nawet w zgęszczeniu zażyty nie jest trujący, w przeciwstawieniu do innych środków odkażających. *K. M. W.*

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.

Gastrosan Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym z ich następstwami, przy dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania i przy nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.

Unguentum Heyden Do dyskretnych wcierek rtęci; nadaje się szczególniej dla kobiet, dzieci i do peryodycznego leczenia się. Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g.

Ichthynat, ammonium ichthynatum Heyden, z tyrolskiego węgla rybnego, o wiele tańszy od ichtyolu.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 c

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 G. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 125

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

ALMATEINUM *(ex formaldehydo et haematoxylino condensatione paratum).*

a) Pro usu interno

longe optime adstringit et desinficit tractum gastro-intestinalem, sine ullo effectu venenoso.

(In tabulettis à 0·5 g. [lagen. orig.] mixtura gumosa, caps. amyl.)

b) Pro usu externo

pro jodoformio optime adhibetur, sine odore et sapore, valde exsiccans, haemostaticum, granulationibus favens, sine ullo effectu irritationis.

(In pulvere, gaza 10%, unguento 20%, globulis, suppositor. 1%, bacillis 33%)

Lepetit, Dollfus & Gansser, Milano — Wien IX/2. 28 c

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05. wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

PEPSYNA ACIDOLOWA

zupełnie stała, znakomicie działająca.

Przetwory kwasu solnego z pepsyną.

Siła I. i II.

Karton z 50 pastylkami po 0·5 gr.

BROMLECITHIN

zastępuje przetwory żelaziste przy niedokrewności.

Dawka: dziennie 2×3 pigułki.

Flaszki z 50 i 100 pigułkami po 0, 1 gr. bromlecithin. 9 c

BOROVERTIN

środek odkażający mocz.

TANOCOL

środek ściągający jelitowy.

BROMOCOLL

środek przeciw padaczce.

PERUOL

środek przeciw świerzbowi.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation Pharmac. Abteilg. Berlin S. O. 36.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Ciechocinek.

Dr **Polikier B.**, (z Warszawy) „Pod Koroną".

Iwonicz.

Docent chir. Dr **Gabryszewski A.**, lekarz zakładowy.
Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Kosów (pod Kołomyją).

Dr **Tarnawski Apolinary**, właściciel i kierownik lecznicy otwartej od 1 maja do końca października.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem".
Dr **Ebers Henryk**, zakład wodoleczniczy.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, „Świteź".
Dr **Lewicki Stanisław**, willa pod Trąbką.

Połąga.

Dr **Sterczyński A.**, willa Romeo hr. Tyszkiewicza.

Rabka.

Dr **Lang**, willa „pod Luboniem".
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Regiec Jan**, willa pod Kościuszką.

Szczawnica.

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag Rudolf**, Dom „Atyla"
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik zakł. hidrop. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarski.
Doc. Dr **Szumowski Wład.**, lekarz zakładowy.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, Radca cesarski.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Jankowski F.**, Fürstenstr. 5.
Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.
Dr **Wolfheim M.**, (z Warszawy) Reinhardstr. 1—3.

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy. Renngasse 3.

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, „Villa Söllradl".

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, we własnej willi, zakład i pensyonat lecz
Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr.. Villa „Stadt Paris".

Gleichenberg.

Dr **Butikowski Stan.**, Radca ces. Villa „Höflinger" VII.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 13.

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki E.**, Alte Wiese. Dom „Nizza".
Dr **Kaufmann Oskar**, „Pascha" Sprudelstr.

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, Dom „Mozart"
Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".

Rożnów na Morawie.

Dr **Sawer Kazimierz**, lekarz kierujący właściciel wodoleczniczego zakładu.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, grużlicy płuc, niežycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

KĄPIEL MORSKA GRADO.

WYSPA KOŁO TRYESTU, NA WYBRZEŻU AUSTRYACKIEM.

PENSYONAT I ZAKŁAD LECZNICZY „Alla Salute".

Zakład I-rzędny. 50 wykwitnie urządzonych pokoi z balkonami, wszystkie z widokiem na morze. Elektryczne oświetlenie. Lokale towarzyskie, loggie, piękny ogród. Pokoje tygodniowo i miesięcznie. 231

Przytem połączenie z postępowo urządzonym zakładem dla chirurgii, ortopedyi i całkowite leczenie fizykalne. — Aparaty Dr Zandera i Herza. Kursa gimnastyczne dla dorosłych i dzieci. Otwarty od 1 kwietnia do 31 października.

Prospekty przez zarząd bezpłatnie. — **Lekarz kierujący i właściciel Dr M. ORANSZ.** Ordyn. od 10—12 i od 3—5 pop.

Rok I. 193 **Rok I.**

Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny

dwumiesięcznik, wychodzi w zeszytach objętości 6—8 arkuszy druku, pod redakcyą Dra **Antoniego Leśniowskiego.**

Prenumeratę przyjmuje **wydawca Dr Czesław Stankiewicz, Warszawa, Złota 3.** 193

Rocznie **Rb 6,** z przesyłką **Rb. 7.**

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa



poleca wyroby własne: 208



Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.



MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum". Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

Karlsbad Dr W. Maleszewski ordynuje jak dawniej „Haus Nastopil" Alte Wiese. 319

Dr W. Kretowicz

ordynuje jak zwykle 320

w Karlsbadzie

Haus Rosenberg-Markt.

MORSZYN OBOK STRYJA.

własność funduszu wdów i sierót Tow. lek. galicyjskich.

Zakład kąpielowo-zdrojowy, wodoleczniczy i borowinowy.

Najsilniejsza solanka w kraju. 192

Wskazania lecznicze: choroby układu nerwowego, zboczenia w wymianie materyi, choroby serca, wątroby, przewodu pokarmowego i otrzewnej, choroby kobiece, zołzy, kiła, choroby kości, wysięki pozapalne. — Środki lecznicze: kąpiele solankowe, borowinowe, gazowe, igliwiowe, hydropatya, elektryzowanie, masaż, dyeta, gimnastyka lecznicza i leczenie gorącem powietrzem według Dra Polano.

Lekarz zakładowy: Dr Roman Hinze ze Lwowa.

Sezon od 1-go czerwca do końca września.

Kolej, poczta i telegraf w miejscu. — Prospekta na żądanie.

Karlsbad Mühlbrunnstrasse „Rafael". 324 **Dr Jan Latinik** ordynuje od maja do października.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

Prof. Dr W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWO UPRAWNIONA FABRYKA 201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telefon Nr. 227).

c) Normalne wody mineralne:

Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.
I	Normalna	$^{3}/_{4}$ l.	40	VIII	Glauberska słabsza .	$^{3}/_{4}$ l.	33	XV	Bromowa mocna . .	$^{1}/_{2}$ l.	40
II	Alkaliczna słabsza .	»	33	IX	Magnowa	»	42	XVI	Żelazista	$^{3}/_{4}$ l.	40
III	» mocna . .	»	40	X	Wapniowa	»	42	XVII	Arsenawa	$^{1}/_{2}$ l.	50
IV	Słona słabsza . . .		38	XI	Litowa	»	50	XVIII	Arseno-żelazista . . .	$^{1}/_{2}$ l.	50
V	» mocniejsza . .	»	42	XII	Jodowa słabsza . . .	»	50	XIX	Dyetetyczna	$^{3}/_{4}$ l.	40
VI	Alkaliczno-słona .	»	33	XIII	» mocniejsza .	$^{1}/_{2}$ l.	50	XX	Kwaskowata	$^{1}/_{2}$ l.	30
VII	Glauberska mocna .	»	42	XIV	Bromowa słabsza . .	$^{3}/_{4}$ l.	40	XXI	Stołowa normalna . .	$^{3}/_{4}$ l.	33

d) Wody organiczne lecznicze:

Nr.		h.	Nr.		h.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata . . .	42	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. **fortior** » . . .	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata	45
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana	45			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco.

I. ZJAZD INTERNISTÓW POLSKICH.

(Ciąg dalszy).

II. Posiedzenie d. 20 lipca 1909, o g. 8½ rano.

I. Referat główny.

Prof. Dr. Brunner (Kraków). **O fizycznych i chemicznych własnościach radu.**

Prelegent przedstawia w dłuższym wywodzie współczesny stan wiadomości o ciałach promieniotwórczych wogóle i o radzie w szczególności z punktu widzenia teoryi Rutherforda. Rad, który otrzymano przed 10 laty, jest jednym z pierwiastków ziem alkalicznych o podobnej budowie, jak bar i wapń i tworzy też podobne sole. Rad ma bardzo charakterystyczne widmo. Ilość całego radu, znajdującego się na świecie, wynosi około 4 gr.

Promieniowanie ciał promieniotwórczych składa się z trojakiego rodzaju części: jedne są naładowane dodatnio, są to t. zw. promienie α,. drugie ujemne promienie β, a trzecie, które nie odchylają się ani w polu magnetycznem, ani w elektrycznem, są to t. zw. promienie γ. Na płytę fotograficzną działają promienie β i γ; te promienie są bardzo przenikające, przechodzą przez drzewo i skórę. Promienie dodatnie t. j. α są bardzo mało przenikające i nie przechodzą już nawet przez cienką warstwę papieru. Promienie dodatnie zostają pochłaniane, a ciało, które pochłania, wykaże z czasem ładunek dodatni. Promieniowanie polega na rozkładzie atomów i to na atomy dodatnie, ujemne i na promienie nieelektryczne, które dla przemiany ciał promieniotwórczych mniejszą mają doniosłość. Jeżeli atom ciała promieniotwórczego jest bardzo duży i jeżeli utracił jeden atom ujemny, to on się jeszcze całkowicie nie rozłożył, bo pozostała reszta, gdyż ciała promieniotwórcze mają bardzo wielkie ciężary atomowe. Ta pozostała reszta jest jeszcze ciałem bardzo ważnem. Jeśli przy rozkładzie ciała promieniotwórczego, jak rad, wydzielone zostaną promienie α, to reszta rozbije się na hel i nowe ciało promieniotwórcze. Cząstka radu bieży z taką szybkością, że wykonuje 30—40 tysięcy klm. w 1 sekundzie i zdoła przejść przez cienką warstwę szkła. Ciężar atomowy radu wynosi 226, a przez utratę promieni α pozostaje reszta, której ciężar atomowy jest również wielki, bo wynosi 222. Ten atom może być ciałem albo obojętnem, albo znowu promieniotwórczem. Ruthe-ford wykazał, że wszystko to, co stoi w jakimkolwiek związku z promieniami radu, staje się również promieniotwórczem. Rad po utracie promieni α daje nowe gazowe ciało promieniotwórcze, które rozchodzi się również po powietrzu i udziela ciału, z którem stoi w związku, własności promieniotwórczych. Emanacya jest ciałem obojętnem pod względem chemicznym t. zn., że z żadnym środkiem chemicznym związku chemicznego nie utworzy. Rurka szklana, wypełniona pewną ilością emanacyi radowej, wydaje w ciemności światło zielone, podobne do tego, jakie otrzymujemy z lampy rentgenowskiej. Emanacya taka po kilku tygodniach znika bez śladu, natomiast z radu nie tracimy nic na wadze, gdyż rozkład jest tak bardzo powolny, że dotychczasowy dziesięcioletni okres od wynalezienia radu nie wystarczył jeszcze na rozkład uzyskanych ilości radu. Ilość emanacyi znika stale w ten sposób, że w każdym ułamku czasu znika ilość proporcyonalna do czasu. Oprócz tych ciał, które wymieniliśmy, są jeszcze inne ciała pochodne radu, a u których okresy przemiany są tak powolne, że tylko z wielkim trudem mogą być wyosobnione. Cząsteczki ciał pochodzące z radu biegną z szybkością $^1/_{10}$ szybkości światła. Podobne ciała znajdują się w rudzie uranowej; są to również ciała pochodne od radu *d, e, f;* to ostatnie poznamy jako polon, ciało o bardzo krótkiem życiu, bo żyje zaledwie 143 dni. Polon jest to ciało, które nie zostawia czegoś takiego, co możnaby nazwać ciałem promieniotwórczem. Występowanie ciał tych jest wynikiem procesu ewolucyjnego, a nie sprawą przypadku. Ciężar atomowy polonu wynosi 209; jeżeli ono utraci cząstkę promieni α, to ciężar jego wynosi 206, a ciałem o tym ciężarze jest ołów, który, jak widzimy, jest ostatnim produktem dezintegracyi radu. Im ruda uranowa więcej zawiera ołowiu, tem więcej zawiera i helu. Obliczono, że peryod radu t. j. czas potrzebny do rozłożenia radu, wynosi około 2000 lat. Wiemy, że tam, gdzie znajduje się uran, tam znajduje się i rad i można obliczyć proporcyę, jaka zachodzi między ilością uranu a radu, wiedząc, że na każdy 1 gr. uranu przypada 3×10^{-7} radu. Rad jest produktem dezintegracyi uranu. Czasu powstania uranu obliczyć nie możemy, pewnem jest jednak, że sięga miliardów lat.

Prof. Dr Klecki (Kraków). **Fizyologiczne i lecznicze działanie radu.**

Pierwszy początek poznania radu zawdzięczamy przypadkowi i odnosimy do tych czasów, kiedy Curie, nosząc przy sobie małą fiolkę z radem, zauważył głęboko sięgające oparzenie na tej części skóry, która była najbardziej narażona na działanie radu.

Literatura, odnosząca się do tych badań i zastosowania radu w medycynie, jest obecnie już bardzo wielka. Piśmiennictwo to możemy podzielić na cztery działy:

I. Działanie fizyologiczne radu i jego promieni α, β, γ.
II. Działanie lecznicze radu.
III. Działanie fizyologiczne emanacyi.
VI. Działanie lecznicze emanacyi.

Z początku badano wpływ działania radu na protoplazmę; te badania wykazały, że najsilniej na żywą materyę działają promienie β, zwłaszcza zaś γ; zauważono bowiem usychanie liści, więdnięcie kwiatów, poddanych działaniu przeważnie tych promieni. Uszkodzeniu ulegała głównie chromatynowa substancya jądrowa, przy działaniu radu występowały zmiany wsteczne, wiodące do powstrzymania ruchu amebowatego u pierwotniaków, a przy silnem działaniu radu przychodziło nawet do obumarcia substancyi żywej. Zauważono również, że te pierwotniaki, które zawierały w sobie zdawna zieleń, okazywały większą odporność, na działanie radu.

Co do miejscowego działania radu, to przekonano się, że występowały niszczące skutki na skórze i w innych narządach, poddanych bezpośredniemu działaniu radu. I tak, według badań Danysza, ulegały zmianom wstecznym, mianowicie zwyrodnieniu ziarnistemu i szklistemu mięśnie. Tarchanow wykazał, że przez działanie radu na mięśnie odczyn fizyologiczny w nich się nie zmienia. Również ciałka krwi, tak białe jakoteż i czerwone, ulegają zmianie. I tak pod działaniem radu występowała leukocytoza przejściowa we krwi, a po tem leukopenia. Ciałka czerwone ulegają takiej zmianie, że ich odporność się zmniejsza; oddają prędzej hemoglobinę, mogą też prędzej uledz rozpadowi.

Na naczynia działa rad w ten sposób, że tętnice okazują zmiany degeneracyjne, głównie w błonie wewnętrznej, a potem w mięsnej. Zmiany występują również w żyłach i w naczyniach włosowatych. Stwierdzono również, że pod wpływem radu zmienia się pobudliwość kory mózgowej.

Doświadczenia wykazały, że rad, zaszyty w rurce pod skórę na czaszce świnki morskiej, zabijał zwierzę po paru dniach. Tarchanow wykazał, że przewodnictwo nerwów obwodowych pod działaniem radu się zwiększa. Horowitzówna w Petersburgu wprowadzała rurkę z radem do różnych narządów, a potem poddawała tkanki badaniu histologicznemu. Wielką wrażliwość w tych badaniach okazała tkanka łączna, największą — okazały nerka, wątroba, śledziona, sieć, skóra, dalej chrząstka i kości, mniejszą trzustka, ślinianki i błony surowicze.

W oku występowały zapalenia spojówki, rogówki i inne zmiany, a nawet przychodziło do zaniku nerwu wzrokowego. Wielką nadzieję pokładano w zjawisku, spostrzeganem u osób niewidomych, które pod wpływem działania radu otrzymywały pewne wrażenia świetlne; stwierdzono to tylko przy pewnych rodzajach chorób ocznych; — nadzieje te później okazały się jednak płonnemi.

Własność promieniotwórcza radu może przejawiać się w ustroju około 60 dni. Rad działa toksycznie i może nawet wywołać śmierć. Zaburzenia w przemianie materyi pod wpływem radu są bardzo znaczne. Według ostatnich badań rad tak wpływa na przemianę materyi, że zmienia trudno rozpuszczalne moczany sodu na łatwo rozpuszczalne.

Rad ma działać również na lecytyny, zawarte w komórkach ustroju; czy to działanie ma polegać na rozkładzie lecytyny, tego jeszcze nie wiemy. Wykazano także działanie radu na tłuszcz i koloid. Znamienną również rzeczą jest działanie radu na mikroby; działa on zabójczo na grzybki, oraz na bakterye. Działanie radu nie zawsze jednak zabija bakterye, niekiedy hamuje tylko ich rozwój. Werner wywoływał u królików ropień jałowy, a następnie wywoływał zakażenie; jeżeli jednak naświetlił przed tem to miejsce radem, to zakażenie nie występowało. Przy wściekliźnie ma rad działać niszcząco na zarazek, tak, że pod wpływem radu jad ma się zmieniać na szczepionkę. Zastosowania praktycznego radu w tym kierunku jeszcze nie znamy.

Co do leczniczego działania radu, to rad nadaje się do niego ze względu na łatwość manipulacyi, gdyż można zadziałać radem na powierzchnię, jak również wprowadzić go do jam ciała. Możemy również działać zupełnie ściśle na te części, na które zadziałać chcemy. Obecnie stosujemy głównie pędzlowania, zwłaszcza przy chorobach skóry, np. na brodawki, rogi skórne, znamiona barwikowe, mięczaki zakaźne, toczeń i t. d. Badano również działanie radu na guzy gruczołów limfatycznych (*lymphomata*); gruczoły miały stawać się pod wpływem radu twardsze i zbitsze, masy serowate znikały; potwierdzenia jednak tego doświadczenia dotąd nie mamy. Stosowano również rad przy rakach i mięsakach powierzchownych i głębokich.

Zaburzenie, jakie rad wywołuje w tkankach, może okazać się niekiedy szkodliwszem, niż ewentualny wpływ leczniczy, gdyż działamy niszcząco nietylko na tkankę chorą, ale i na zdrową.

Radowi możemy również przypisać i pewną rolę odkażającą. Zauważono także żywsze bujanie tkanki granulacyjnej pod wpływem radu. Otrzymano również dobre wyniki przy leczeniu radem jaglicy. Wreszcie zauważono, że rad jest środkiem kojącym ból.

Badania nad radem rozpoczęły się od badań fizyologicznych. Emanacya radu jest produktem sztucznym. Emanacya jest w pewnych miejscach naszego globu większa, w innych mniejsza. Daje się ona wykryć w źródłach leczniczych; od niej może w większej lub mniejszej mierze zależy wartość danego źródła leczniczego; emanacya znajduje się w cieplicach przeważnie na gruntach wulkanicznych — źródła takie spotykamy w Gastein, Baden i t. p. Im więcej soli znajdujemy w solance, im niższa jest ciepłota wody źródlanej, tem mniejsza jest emanacya. Jak już wspomnieliśmy, w różnych źródłach jest różna ilość emanacyi.

Największą ilość emanacyi posiadają stare rzymskie źródła Casa-Michiola, które zawierają aż 372 jednostek emanacyjnych, następnie idą Joachimstal, gdzie są obfite kopalnie rudy uranowej — jednostek 185, Gastein — 175, Baden — 126, oraz inne po 37, 31, 17 jednostek, jak Nauheim, Wiesbaden i inne. W Galicyi, gdzie wody nie były dotychczas dokładnie badane, mają zawierać emanacye źródła Szczawnickie i Jaszczurówka pod Zakopanem, w Królestwie zaś Nałęczów, na Litwie Druskieniki.

Działanie fizyologiczne emanacyi radu jest mniej wybitne, niż samych promieni; przenikliwość jest mniejsza. Zachodzi pytanie, w jaki sposób ustrój emanacyę resorbuje. Przypuszczano, że przez skórę; chorych owijano w prześcieradła, zmaczane w wodzie, zawierającej emanacyę radową, a potem starano się w moczu rad wykazać, co się jednak nie udało. Natomiast po podaniu wody z radem per os wykazywano emanacyę w wątrobie i żółci. Jeżeli mamy zadziałać zapomocą emanacyi radu, trzeba zadziałać tak, ażeby jak najwięcej emanacyi wprowadzić. Trudno wykazać wydzielanie się emanacyi przez nerki; głównie wydziela się ona przez płuca.

Jest rzeczą możliwą, że w kąpielach następuje resorbcya części rozkładowych emanacyi promieni α, β, γ przez skórę. Najważniejszem jest poznanie działania emanacyi na przemianę materyi; nie wiemy, czy emanacya, czy sam rad działa na przemianę. Emanacya radu ma mieć pewien wpływ na gruczoł tarczowy.

Co do działania emanacyi radu na mikroby, to nie na wszystkie działa emanacya jednakowo; u bakteryi barwnych np. zależnie od tego, czy barwik jest związany silnie z istotą bakteryi (np. *bacillus prodigiosus*), czy jest wolno związany, wrażliwość jest inna.

Prelegent pracował w swoim zakładzie nad wpływem emanacyi na fagocytozę, wytworzywszy atmosferę radu w specyalnych naczyniach, gdzie ta emanacya mogła się odbywać i przekonał się, że w tych doświadczeniach, gdzie rad przepływał, a więc była emanacya, tam fagocytoza była silniejsza.

Co do sposobów stosowania leczniczego emanacyi radu, to mamy obecnie mnóstwo środków podanych do tego celu, jak emanosol, radiozol, radiodigestiv, radioaseptol itd. W ostatnich czasach rozpoczęło się stosowanie radu na wielką skalę, od czasu wprowadzenia przyrządów, tak zwanych radiogeneratorów. Używano również wód mineralnych, lecz te po krótkim czasie emanacyę tracą. Dlatego trzeba takie wody przed wysłaniem aktywować. Dalszym przetworem, służącym do tego rodzaju leczenia, jest muł »fango«, zawierający również pewną ilość emanacyi. Leczenie to możemy stosować w różnych formach, czyto zewnętrznie jako kąpiele, lub też przez wstrzykiwanie wody, zawierającej również emanacyę. Obecnie piśmiennictwo, odnoszące się do leczenia radem, jest bardzo obfite, a poleca stosowanie go w chorobach stawów, przy rwie kulszowej, gośćcu mięśniowym, nerwobólach, zapaleniach nerwów, wiądzie rdzenia, neurastenii, histeryi i stwardnieniu rozsianem.

Prelegent na 33 przypadki, leczone emanacyami na klinice prof. Jaworskiego, spostrzegał wyleczenia w dwóch, poprawę w dwudziestu; w ośmiu przypadkach poprawy nie było, 3 chorych wyszło przed ukończeniem leczenia. Wyleczenie spostrzegano w jednym przypadku nerwobólu. Poprawę zauważono w 5 przypadkach rwy kulszowej, w jednym gośćca mięśniowego, w dwóch przypadkach wiądu (?), w jednym przypadku stwardnienia rozsianego, w jednym przypadku neurastenii, w jednym histeryi i jednym opadnięcia jelit.

Przy stosowaniu leczenia emanacyą radową występuje odczyn, polegający na osłabieniu, nudnościach, bolach głowy, czasem białkomocz. Na klinice krakowskiej w żadnym przypadku nie zauważono białkomoczu.

(Streszczenie według stenogramu).

Wykłady.

I) Dr Adolf Kozerski (Warszawa). **Miejscowe działanie radu.**

Omawiając miejscowe działanie radu przy silnem naświetlaniu jego promieniami miejsc schorzałych, przytacza prelegent odpowiednie piśmiennictwo. Stwierdza ono po działaniu radu cały szereg zmian wstecznych w tkankach: silne naświetlenia prowadzą do »rumowiska tkanki bombardowanej promieniami radium«. Odczyn po słabem naświetleniu przedstawia się inaczej; naświetlane miejsce przedstawia płaską bliznę. Następnie wylicza mowca prace próbne, omawiające leczenie radem raka; wreszcie stwierdza, że niema tkanek nie oddziaływających na promienie radu. Określiwszy, co nazywać należy dawką promieni radu, objaśnia, jak należy ją stosować, aby w schorzałej tkance przejawiły się lecznicze własności radu.

Prelegent odróżnia promienie twarde (α) i miękie (β) od promieni γ, porównując te ostatnie z promieniami Röntgena. Następnie wylicza przyrządy, którymi się teraz posługują w leczeniu promieniami radu. Na przypadku znamienia barwikowego objaśnia, że głębsze stosowanie w tym przypadku zupełnie usuwa znamię, pozostawiając gładką bliznę. Na całym szeregu foto-

grafii przedstawia zbawienne i piękne wyniki przez siebie stosowanego leczenia naczyniaków zapomocą radu, — co daje się przeprowadzić w prędkim czasie. Zdaniem prelegenta, zapomocą promieni radu, można obecnie teraz osiągać lepsze wyniki, aniżeli dotychczasowymi sposobami leczenia.

II) Dr Czesław Barszczewski (Warszawa): **Znaczenie promieni X w klinice chorób wewnętrznych.**

O ile w chirurgii praktycznej promienie X są powszechnie uznawane, o tyle w medycynie wewnętrznej sami lekarze interniści nie nadają jeszcze metodzie radyologicznej należytego stanowiska. Od niedawna jednak dzięki urządzeniom technicznym, ta metoda zaczęła obejmować coraz szerzej medycynę wewnętrzną, i dzisiaj zapomocą promieni X badamy niemal wszystkie narządy wewnętrzne. Prelegent przedstawia szeregi radyogramów chorób płuc, serca, aorty, żołądka i jelit, na których zatrzymuje dłużej uwagę słuchaczy, mówiąc o metodach badania i wynikach w znaczeniu klinicznem. Materyał z 500 chorych, badanych we własnej pracowni zwykłemi metodami i radyologicznie, prelegent przedstawia w współrzędnem zestawieniu.

Wyniki tego zestawienia są wielce ciekawe i niezwykłe, albowiem na 500 obserwowanych przez prelegenta przypadków różnego rodzaju chorób w różnym wieku i płci, w 300 stwierdził zapomocą promieni X opadnięcie żołądka większe lub mniejsze, najczęściej obok niedokrwistości (przypadków 96), neurastenii (61), przy migrenach (48) i w gruźlicy płucnej (42), w innych cierpieniach o wiele rzadziej.

Ta częstość opadnięcia żołądka zastanawia prelegenta i stawia mu do rozwiązania 2 pytania:

1. Czy bizmut podawany w dużych ilościach chorym w próbnym obiedzie sam przez się nie wywołuje opadnięcia żołądka? i

2. Dlaczego przy nekroskopiach widuje się opadnięcie żołądka względnie rzadko?

Pierwszy zarzut odpada wobec tego, że próbny obiad bizmutowy waży zaledwie 150 gr, gdy tymczasem najzwyklejsze śniadanie: herbata i bułka ważą 300 gr. Co się tyczy drugiego zarzutu, to na podstawie licznych własnych badań, przeprowadzonych na osobach zdrowych i chorych w pozycyi stojącej i leżącej, dochodzi prelegent do wniosku, że układ trzew nawet przy największem opadnięciu, w pozycyi leżącej zmienia się zawsze, przybierając pozory topografii normalnej, jaką widzimy w atlasach anatomicznych t. j. na zwłokach. — Odczyt swój kończy prelegent odezwą do kolegów lekarzy internistów, aby zechcieli rozszerzyć tę pracę, stosując równoznaczne badania, aby w ten sposób otrzymany duży materyał mógł posłużyć do wytworzenia racyonalnej terapii.

Dyskusya.

Dr M. Rejchman: Rentgenoskopia przełyku i jelit daje nader cenne wyniki dla nauki o rozpoznawaniu chorób tych narządów. Co się zaś tyczy wysnuwania wniosków z obrazów rentgenograficznych żołądka, to należy pod tym względem być bardzo ostrożnym. Badania zapomocą opukiwania żołądka w leżącem i stojącem położeniu dają wyniki zgodne z rzeczywistością, co się okazuje, między innemi, przy laparotomiach. Obrazy zaś rentgenoskopowe nie są zgodne z rzeczywistością, co może zależeć albo od niezupełnego wypełnienia żołądka zbyt małą ilością papki bizmutowej, albo od pewnych błędów optycznych, w rozpatrywanie których mowca wdawać się nie może.

Dr Barszczewski odpowiada, iż nie podawał specyalnych przypadków klinicznych, bo chciał przedstawić tylko sposoby, do jakich uciekał się przy badaniu swoich 500 chorych. Nie zgadza się na to, ażeby mała ilość papki miała wpływać na obraz rentgenoskopowy.

Prof. Dr Gluziński zwraca uwagę na to, że kol. Barszczewski ma słuszność, podając, że granica żołądka w pozycyi stojącej obniża się.

Dr Rejchman zauważa, że w stojącem położeniu granica jest niższa o 1 do 2 cm, ale nigdy w tym stopniu, ażeby odźwiernik był najniższą częścią żołądka, jak to widać na obrazach kol. Barszczewskiego.

Dr Korolewicz zaznacza, że również i badanie przestrzeni Traubego daje pewne wskazówki co do zmiany w umieszczeniu żołądka u tej samej osoby podczas leżenia i podczas stania. Przed 2 laty przeprowadzał w ambulatoryum kliniki medycznej badania przestrzeni Traubego w pozycyi leżącej i stojącej u osób z prawidłowymi żołądkami. Otóż pokazało się, iż na 50 osób badanych, tylko u 2 można było wybadać przestrzeń Traubego w pozycyi stojącej; u reszty chorych przestrzeń ta, prawidłowa w pozycyi leżącej, znikała zupełnie przy staniu. Przemawiałoby to za dosyć znacznem obniżaniem się żołądka w pozycyi stojącej.

III) Dr J. Pawiński. **Zaburzenia innerwacyi, a cierpienia organiczne serca i naczyń.**

Zaburzenia czynnościowe neurastenicznego i histerycznego pochodzenia odgrywają ważną rolę w przebiegu chorób układu krwiobiegu. — Niekiedy występują na pierwszy plan, pokrywając sobą chorobę organiczną, niekiedy wpływają tylko na zmienność jej objawów, nawet fizycznych, wreszcie mogą wywołać zbiór objawów, właściwych cierpieniom organicznym układu krążenia krwi i oddychania.

Znajomość tego stosunku cyrkulacyi do innerwacyi jest rzeczą niezmiernie doniosłego znaczenia dla lekarza praktyka, bo od tego zależy rokowanie i cały plan leczenia. Chroni go ona od zbyt jednostronnego kierunku terapii, polegającego na zalecaniu tylko leków sercowych i dużych dawek środków pobudzających. Wreszcie poucza, że teorya Engelmana, upatrująca cały witalizm serca wyłącznie we włóknach mięsnych, z punktu widzenia klinicznego nie może być uważana za słuszną.

Dyskusya.

Prof. Dr. Gluziński godzi się wogóle na poglądy prelegenta, oprócz tego dziwnego związku pomiędzy stanami serca, a stanami psychicznymi i to u ludzi chodzących. Jest to rzecz zapewne zależna od indywidualności.

Dr. Sokołowski zauważa, że w ostatnich czasach skutkiem nadmiernej specyalizacyi lekarze nie zwracają uwagi na objawy chorobowe z innej dziedziny; sam mowca takie same stany psychiczne nawiązywał do chorób gardła. Co do »pseudoanginy«, która może, według prelegenta, doprowadzić do cierpienia istotnego, to mowca nie mógłby się zgodzić na ten pogląd. Zwraca też mowca uwagę na trudności rozpoznania w wieku starszym.

Prof. Dr. Piltz podnosi, że nie można uzależniać trwałego stanu podniecenia od jednego typu wady serca, przygnębienia zaś od drugiego.

Dr. Pawiński odpowiada, że nie miał nigdy takiego przekonania, a przedstawił tylko rodzaj typu.

IV) Doc. Dr Maryan Franke (Lwów): **O znaczeniu czynności naczyń obwodowych przy niewyrównaniu zaburzeń krążenia i o t. zw. wyrównaniu obwodowem** (incompensatio et compensatio peripherica).

Uważając zapatrywania dzisiejsze na źródło niewyrównania krążenia (mięsień sercowy, jako jedyny motor krążenia) za zbyt jednostronne, podkreśla prelegent znaczenie czynności samodzielnej naczyń obwodowych. Tak anatomia i to zwłaszcza najsilniejsze umięśnienie naczyń tam, gdzie krążenie znajduje największą pracę (tętnice brzuszne, żyła wrotna, tętnice pępkowe u płodu i t. d.), i fizyologia doświadczalna (doświadczenia Malla, Bezold-Gscheidlena i t. d.), jak i bezpośrednia obserwacya naczyń u zwierząt in vivo, wykazują, że naczynia obwodowe mogą działać przez skurcz i rozkurcz, jako samoistnie, bez współudziału serca działająca pompa tłocząco-ssąca, jako t. zw. serce obwodowe. Z tego założenia wychodząc, opierając się na spostrzeżeniach przypadków patologicznych, w których stan serca nie tłómaczy powstawania objawów klinicznych niewyrównania lub też stan wyrównania krążenia stoi w rażącej sprzeczności z anatomicznym obrazem silnie zmienionego mięśnia sercowego, twierdzi prelegent, że z jednej strony niewyrównanie krążenia może być wywołane także przez zaburzenie czynności naczyń obwodowych, co obejmuje nazwą niewyrównania obwodowego (incompensatio peripherica), z drugiej zaś strony naczynia obwodowe mogą, dzięki samoczynności, wyrównać zaburzenia, wywołane osłabieniem serca centralnego i wtedy mówi F. o wyrównaniu obwodowem (compensatio peripherica). Naczynia obwodowe, a zwłaszcza naczynia brzuszne są niejako »ultimum refugium« dla ostatecznego utrzymania krążenia w stanie wyrównania.

V) Dr N. Gąsiorowski, Prof. P. Kučera i Dr S. Rudzki (Lwów). **O czerwonce w zakładach dla umysłowo chorych.** (Na podstawie badań przeprowadzonych w zakładzie kulparkowskim).

Badania nad etyologią, epidemiologią, zapobieganiem i leczeniem czerwonki nagminnej, pojawiającej się w naszych okolicach, sprowadzone zostały dzięki pracom Shigi, Krusego, Flexnera i innych w ostatnich latach na nowe tory. Wobec znanych wyników tych badań można było spodziewać się, że i sprawa dysenteryi u umysłowo chorych wyjaśni się prędzej przez dokładną rewizyę flory bakteryjnej, aniżeli przez dotychczasowe

bezowocne poszukiwanie pasorzyta z grupy pierwotniaków. — I istotnie bardzo dokładne poszukiwania Krusego i jego współpracowników doprowadziły do wykrycia w tej postaci czerwonki grupy prątków, okazujących wielkie pokrewieństwo do opisanych przez Flexnera w epidemiach w Manili i Ameryce i oznaczonych przez Krusego razem z prątkami Flexnera jako grupa bac. pseudodysenteriae. Ponieważ jednak prątki te nie okazują cech jednolitych, a przy tem nie występują z taką regularnością, jak inne ze znanych prątków chorobotwórczych, rolą ich przyczynowa nie jest ogólnie uznana.

Autorowie, postanawiając zużytkować obfity materyał, jakiego w tym kierunku dostarcza zakład kulparkowski, — wobec ujemnych badań obcych i własnych co do obecności pełzaków (ameb) — poszli również w kierunku ile możności przedmiotowej analizy flory bakteryjnej w treści jelit chorych na czerwonkę. Treść tę zbierano albo u chorych w zwykły sposób lub zapomocą wyjałowionych rurek, wprowadzanych przez odbyt, albo na stole sekcyjnym. Oprócz tego badano z materyału sekcyjnego gruczoły krezkowe, krew i narządy wewnętrzne — z wynikiem ujemnym. Do aglutynacyi brano 1—10 cm krwi z żyły łokciowej. Szczepiono przeważnie na pożywce Conrada-Drigalskiego. Klinicznie obserwowano za czas od 1. marca do 1. października 240 przypadków biegunek, z tego zbadano treść kiszek w 100 przypadkach klinicznie pewnej lub na podstawie obrazu sekcyjnego stwierdzonej czerwonki.

Jako jedynego charakterystycznego mikroba znaleziono prątki, odpowiadające prątkowi czerwonki (bac. dysenteriae) odmiany Flexnera (2 razy tylko prątek Shigi-Krusego). Pod względem zachowania się wobec maltozy, należą one do grupy prątków »Y« t. j. rozkładających maltozę dopiero po upływie 7 do kilkunastu dni lub nierozkładających jej wogóle (natomiast typowy prątek Flexnera rozkłada cukier ten już po upływie 24—48 godzin).

Prątki te nie ulegają aglutynacyi swoistej pod wpływem wysokowartościowej surowicy Shigi-Krusego, aglutynują się natomiast surowicą, otrzymaną przez uodpornienie zwierząt typowym prątkiem Flexnera. Odwrotnie surowica królików uodpornionych szczepami wyosobnionymi w Kulparkowie nieaglutynuje prątków Shigi-Krusego, aglutynuje zaś prątki Flexnera.

Przy tych próbach aglutynacyjnych odznaczają się wyraźnie grupy prątków, aglutynujących się stale w wysokim stopniu (n. p. do 3000), od drugiej, mniejszej grupy prątków, aglutynujących się stale znacznie niżej (do 500). Pomiędzy niemi leży grupa przejściowa. Próby absorbcyjne okazują, że przy użyciu jednej i tej samej surowicy w grupie niżej się aglutynującej czynne są tylko aglutyniny uboczne. I dalej okazuje się, że niektóre z grup (»rasy« według Krusego), które otrzymujemy w ten sposób pośród większej ilości prątków typu »Y« na podstawie aglutynacyi i absorbcyi, okazują więcej pokrewieństwa do typowego prątka Flexnera, aniżeli pomiędzy sobą.

Co do znaczenia prątków znalezionych dla sprawy czerwonkowej, za znaczeniem etyologicznem przemawia wysoki odsetek dodatnich wyników (50 razy na 100 przypadków stwierdzonych klinicznie i sekcyjnie, w 62·5%, jeżeli uwzględnić tylko materyał sekcyjny), i to pojawienie się ich w czystej prawie hodowli w przypadkach ostrych, brak prątków tych u chorych nieczerwonkowych (na 129 sekcyi nieczerwonkowych znaleziono te prątki 1 raz i to w przypadku bardzo podejrzanym) i wyniki aglutynacyi zapomocą surowic chorych, których wybróbowano 88 z 33 wyosobnionymi szczepami. Gdy prątki wyosobnione aglutynują się w rozcieńczeniu 100—400-krotnem, prątek okrężnicy (wypróbowano 142 szczepów) daje aglutynacyę najwyżej 1:20—1:50. Trzy szczepy prątka okrężnicy, które aglutynowały się wysoko, ulegały aglutynacyi i w surowicy osób zdrowych. Na 71 surowic osób nieczerwonkowych 2 tylko aglutynowały prątki wyosobnione w rozcieńczeniu 1:100, a w jednym z nich w wywiadach wykazano typową czerwonkę.

Przebieg kliniczny:

Zwiastuny przez parę dni: osłabienie, brak łaknienia, czasami wymioty.

W obrazie klinicznym są dwie odmiany: ostra postać z gorączką, wymiotami, parciem, stolcami krwawymi — z zejściem szybkiem w wyzdrowienie lub śmierć (w ciągu kilku dni do paru tygodni) — i druga, znacznie częstsza o przebiegu przewlekłym, ze stolcami wolnymi, zawierającymi tylko od czasu do czasu domieszkę śluzu lub krwi. Krew i śluz w stolcach autorowie spostrzegali w swych przypadkach w 49%, śluz tylko w 40%, w 11% zaś przez cały czas trwania choroby nie było ani śluzu, ani krwi w wypróżnieniach, w paru zaś przypadkach stolce były nawet zupełnie zbite, sekcya zaś stwierdziła rozległe zmiany dysenteryczne w jelitach grubych. Z innych objawów ważna jest bolesność uciskowa wzdłuż okrężnicy.

Przewlekła postać czerwonki trwać może miesiącami, a nawet latami i kończy się zwykle śmiertelnie. Powikłań czerwonka w zakładach dla obłąkanych nie daje.

Pod względem epidemiologicznym podkreślają autorowie zaraźliwość czerwonki u umysłowo chorych; dowodem są zapadania na czerwonkę chorych, których z powodu innej choroby (róża) przeniesiono na salę czerwonkową, następnie przypadki czerwonki u służby i lekarzy zakładowych. Ujawnia się ona też w masowem równoczesnem występowaniu czerwonki na niektórych oddziałach. Źródłem zakażenia jest kał chorych, ozdrowieńców i prawdopodobnie roznosicieli, których jednak wprost niewykryto. Drogami zakażenia są zetknięcie się bezpośrednie i pośrednie (łóżka, kubły, bielizna itp.), które jest tem łatwiejsze, ponieważ chorzy umysłowo z jednej strony obchodzą się z kałem nader nieostrożnie, z drugiej strony obłąkani często wprost zjadają śmiecie, a nawet kał. Ta łatwość kontaktu przy stałej obecności źródła jest najprostszem wytłómaczeniem uporczywości czerwonki w zakładach dla obłąkanych zwł. przepełnionych. Autorowie nie odrzucają czynnika usposabiającego, jaki stanowią dla powstania czerwonki zmiany neurotroficzne u umysłowo chorych, przypadki jednak zakażenia osobników umysłowo zdrowych dowodzą, że dyspozycya taka nie jest nieodzowną. Powstawanie samoistne (autochthon) czerwonki u obłąkanych autorowie uważają za nieprawdopodobne.

Według chorób umysłowych najwięcej zapadło otępiałych umysłowo (dementia) 31% wśród mężczyzn, 35% kobiet. Potem idzie u mężczyzn porażenie postępujące (18%) i psychoza padaczkowa (15%), — wśród kobiet zaś bezmysł (amentia) (13%), obłąkanie okresowe (11%), padaczka (9%).

Odżywienie chorych większej roli nie odgrywa: przemawiają za tem osobniki o podupadłem odżywieniu, spotyka się jednak nawet bardzo otyłych.

W zakładzie kulparkowskim czerwonka istnieje od pierwszych chwil jego istnienia, gdyż przewieziona doń została po otwarciu zakładu w maju 1875 r. wraz z pierwszymi chorymi ze szpitala powszechnego we Lwowie. Odtąd endemia czerwonki trwa bez przerwy 34 lat i pochłonęła przez ten czas około 1000 ofiar, co wynosi 17% wszystkich zmarłych chorych.

Ilość zapadających na czerwonkę, według wykazów przedstawianych przez Dyrekcyę zakładu Namiestnictwu i Wydziałowi krajowemu, wyniosła w ciągu ostatnich 6 lat (1903—1908) 1112 osób (760 kobiet i 352 mężczyzn), z nich zmarło 457 (296 k. + 161 m.), co stanowi 41% śmiertelności. Ilość chorych na czerwonkę wzmaga się z roku na rok (w r. 1903 — 101 zapadnięć, w r. 1908 — 209). Śmiertelność najwyższa była w r. 1904 (51%), najniższa w r. 1908 (24%).

Świeżo przybyli chorzy częściej zapadali od dawnych (68% mężczyzn i 71% kobiet, chorych na czerwonkę, zapadło w pierwszym roku pobytu w zakładzie).

Co do pory roku, najwięcej zapada w czerwcu i lipcu, najmniej na początku i w końcu roku, lecz przerw wolnych od epidemii niema.

Zwalczanie czerwonki w zakładach dla umysłowo chorych musi postępować w myśl zasad przyjętych dla zwalczania chorób zakaźnych wogóle (odosobnienie chorych, ozdrowieńców, ewent. roznosicieli, asanacya zakładu). Nadto wskazanem jest wypróbować szczepionkę wielowartościową, w celach leczniczych zaś surowicę wielowartościową. Czerwonka w zakładach dla umysłowo chorych posiada znaczenie szersze, gdyż zdarzają się przypadki o tejże etyologii i u ludzi zdrowych poza zakładem, jak dowodzi między innymi przypadek spostrzegany przez autorów.

Dyskusya.

Dr. Eisenberg przed 5 laty robił doświadczenia z 2 rodzajami bakteryi czerwonki t. j. z prątkiem Krusego-Shigi i Flexnera i tak znacznych różnic w aglutynacyi nie stwierdził. Następnie porusza mowca sprawę roznosicieli bakteryi. Systematyczne badanie na wielką skalę możeby przyczyniło się do wyjaśnienia sprawy i skutecznego zwalczania epidemii w zakładzie.

Dr. Dłuski podnosi analogie w metodach leczenia niektórych chorób zakaźnych.

Prof. N. Cybulski i Dr. Surzycki (Kraków). **Demonstracya z objaśnieniami elektrokardyogramów u zdrowych i chorych, otrzymanych zapomocą galwanometru strunowego Einthovena, oraz samego galwanometru w czynności.**

Demonstracya ta odbyła się w zakładzie fizyologicznym w Collegium medicum.

Na tem zamknięto obrady II dnia Zjazdu.

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 7. sierpnia 1909. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Opsoniny Wrighta. Ich badanie, technika i znaczenie kliniczne w schorzeniach gruźliczych.

Podali

Prof. W. Jaworski i Dr. P. Korolewicz, asystent kliniki.

(Dokończenie).

Baecher i Laub (Wien. kl. Woch. 1008, 44) uważają również metodę za niedokładną. Błędy pochodzą nietylko z trudności liczenia, ale i z powodu różnicy w odbarwialności bakteryi gruźliczych. Wiele z nich może się całkiem odbarwić i usunąć z obliczenia. Ciałka białe układają się w preparacie nierównomiernie, tak, że liczenie w rozmaitych polach preparatu nie daje zgodnych liczb. Autorowie wykonali u 31 gruźliczych dzieci szczepienia lecznicze nową tuberkuliną Kocha, z uwzględnieniem IO. Rozpoczynali wstrzykiwania od $^1/_{1000000}$ i dochodzili do $^1/_{2000}$ mg. tuberkuliny, wstrzykując co 5—7 dni. Na 167 wstrzyknięć pojawiała się 122 razy faza ujemna, po której następowała dodatnia. W innych razach nie można było zauważyć fazy ujemnej. Pojawienie się fazy dodatniej nie było zależne od ilości wstrzykniętej tuberkuliny. W przypadkach pomyślnego leczenia tuberkuliną nie zauważano regularnie podniesienia IO, a przy złym wyniku — spadania IO. Autorowie dochodzą do wniosku, że przy wstrzykiwaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc nie można się kierować fazami, wskazanemi przez Wrighta, gdyż są one zależne od warunków obecnie jeszcze niewyjaśnionych. Wskaźnik opsoninowy nie idzie w parze z objawami klinicznymi i nie jest miarą odporności ustroju u suchotników. Tylko znaczne odchylenia IO dają się zużytkować dla rozpoznania i rokowania.

Saathof (Münch. med. Woch. 1908, 15) zauważył, że metoda Wrighta daje wyniki niejednostajne z powodu nieprzewidzialnych błędów doświadczalnych, dlatego jej zastosowanie kliniczne tylko w tych przypadkach jest możliwe, jeżeli różnice IO są od siebie bardzo różne. Ponieważ metoda wymaga wielkiej wprawy, zwłaszcza w liczeniu, przeto może być dokładniej tylko w zakładach wykonana. Przy wstrzykiwaniu leczniczem tuberkuliny lepiej się kierować objawami klinicznymi, niż IO, gdyż wskaźnik ten jest zależny od wielu dotąd nieznanych warunków.

Schiffmann i Kohn (Wien. kl. Woch. 1909, 3) badali IO u 7 położnic z zakażeniem gronkowcowem. Twierdzą, że metoda jest zbyt trudna i powinna być oddana wyćwiczonym siłom w osobnych zakładach.

Kössler i Neumann (Wien. klin. Woch. 1908, 14) badali IO u ciężarnych i położnic i znaleźli go bardzo chwiejnym. Wnoszą z tego, że ciąża właśnie z powodu zmian w opsoninach wywiera niekorzystny wpływ na gruźlicę płuc.

Jürgens (Berl. kl. Woch. 1908, 13) zauważył, że polepszanie lub pogarszanie się choroby niezawsze idzie w parze z podnoszeniem lub opadaniem IO. Uważa jednak metodę Wrighta za dobry środek pomocniczy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób zakaźnych.

Arnsberger (Münch. med. Woch. 1908, 5) twierdzi, że IO stale nizki względem bakteryi gruźliczych, przemawia za istnieniem gruźlicy, jeszcze więcej wahania IO wykazują obecność gruźlicy w płucach. Przy leczeniu gruźlicy płuc tuberkuliną poleca autor ten zwracać uwagę na zakażenie mieszane, gdyż ono ma się przy tem leczeniu wzmagać. Dowodów autor nie przytacza.

W. Busse (Deutsche med. Woch 1909, 13), zajmując się bardzo szczegółowo samą techniką opsonin, ocenia błędy doświadczalne metody Wrighta co najwyżej na 20%. Uważa metodę za przydatną dla kliniki i radzi trzymać się dokładnie przepisów Wrighta, gdyż błędy, robione i podnoszone przez rozmaitych autorów, pochodzą przeważnie z poprawek czynionych przez autorów w przepisach Wrighta.

Schottmüller i Much (Münch. med. Woch. 1908, 9, 10, 11) uważają metodę Wrighta za bardzo stosowną do odróżnienia zakażenia durowego właściwego od wrzekomego (paratyfusu) i od zakażenia przez prątka okrężnicy. Jest to sposób lepszy, niż przez aglutynacyę, gdyż wahania IO pojawiają się już w samym początku choroby, natomiast na aglutynacyę trzeba czekać kilka dni. Autorowie ci nazywają metodę Wrighta »vorzügliches Diagnosticum«. Badając przypadki zakażenia prątkiem okrężnicy, wykazali metodą opsoninową zakażenie jelitowe odrębne, wywoływane odmianą prątka okrężnicowego, który nazwali bact. coli haemolyticum. Schottmüller i Much stwierdzili i w zakażeniach mieszanych wahania IO względem wszystkich zarazków, biorących udział w zakażeniu. W zakażeniu paciorkowcowem w gorączce połogowej zdołali wcześniej wykazać jakość zakażenia sposobem Wrighta,

nim jeszcze zdołano wykryć paciorkowce we krwi chorych. Na podstawie oznaczania IO stwierdzili Schottmüller i Much, że prątek gruźliczy ludzki i bydlęcy należą do jednego rodzaju. Autorowie ci rokują metodzie Wrighta wielką przyszłość.

M. Wirths (Beiträge zur Klinik d. Tuberkulen, 1909, B. XII. H. 1.) badał zapomocą oznaczania opsonin zakażenie mieszane w gruźlicy płuc na 25 suchotnikach i znalazł, że wskaźnik opsoninowy (IO) jest zmienny (mniejszy, czasem większy), tylko względem dwoinek, zapalenia płuc i ropotwórczych paciorkowców, wyhodowanych z plwocin suchotników. To znaczy, że zakażenie mieszane w gruźlicy płuc bywa wywołane przeważnie przez te dwa drobnoustroje. IO okazał się niezmieniony względem gronkowca złocistego i białego, prątka rzekomobłoniczego, prątka siennego *(bac. subtilis)*, hemolitycznego prątka okrężnicy, bakteryi grypy, prątka zapalenia płuc *(bac. pneumoniae Friedländer)*, dwoinki otoczkowej *(diplococcus capsulatus, micrococcus tetragenus)*, które to bakterye znajdują się w plwocinie suchotników. Autor twierdzi na podstawie 3500 zbadanych przypadków w szpitalu w Hamburgu, że metoda Wrighta ma wielkie znaczenie rozpoznawcze, gdyż zapomocą niej można rozpoznać chorobę jeszcze w tych przypadkach, w których inne metody badania zawodzą.

K. Turban i G. Baer (z Davos) (Münch. med. Woch. 1908, 38) opracowali szczegółowo wielki materyał gruźliczy z 84 chorych, u których wykonali około 1000 oznaczeń opsoninowych w przeciągu 2 lat. Zapatrywanie tych autorów na metodę i teoryę Wrighta nacechowane jest bezstronnością, którą w naszej pracy stwierdzić mogliśmy. Wyrażają się o metodzie, że jest trudna, zabiera dużo czasu, ale jest bezwzględnie dokładna, jeżeli się pracuje starannie i trzyma się reguł podanych przez Wrighta. Dla stwierdzenia obecności gruźlicy należy badaną surowicę ogrzać do 60^0. Surowica zdrowego człowieka traci przez ogrzanie własność opsonizacyi, surowica gruźliczego co najwięcej do połowy, albo wcale jej nie traci.

IO u zdrowych waha się od 0·9—1·1. Prawidłowy IO może się zdarzyć i u gruźliczych, i świadczy o tem, że gruźlica niema dążności do szerzenia się.

Za nizki IO, niżej 0·8, lub za wysoki, ponad 1·4, świadczy o gruźlicy, jeżeli surowica przez ogrzanie nie traci własności opsonizacyi. Wahania IO tego rodzaju świadczą, że gruźlica postępuje.

Powolne i jednostajne podnoszenie się IO u chorych, u których dawniej stwierdzono wahania, świadczy o poprawie, nagłe zaś obniżenie IO wskazuje na pogorszenie się sprawy gruźliczej.

IO trwale utrzymujący się na wysokości normalnej, lub nadnormalnej, wskazuje na dobre rokowanie, wahania zaś na złe.

Przy niepewnem rozpoznaniu gruźlicy płuc, t. j. w początkach choroby, nieprawidłowy IO przemawia za obecnością czynnej gruźlicy w ustroju.

Przy stosowaniu tuberkuliny już wstrzyknięcie $^1/_{1000000}$ mg. sprawia pojawienie się ujemnej fazy, a jeszcze jedna dziesięciomilionowa wpływa na wartość IO. Oznaczenie IO w leczeniu tuberkuliną ma to znaczenie, że jeżeli się pokaże, iż IO wskutek leczenia stał się wysokim i potem zwolna tylko do normy opada, to rokowanie jest dobre, a leczenie się powiodło. Jeżeli zaś IO po leczeniu szybko się obniża i staje się nizkim, to należy przypuszczać, że polepszenie nie będzie trwałe.

W końcu podnieść należy badania rozmaitych autorów nad wpływem różnych ciał na fagocytozę, względnie na opsoniny we krwi zwierząt i ludzi. Z tych badań dla kliniki ważne są spostrzeżenia, że chinina hamuje fagocytozę już w rozcieńczeniu jednej stutysięcznej (Hamburger i Hekma), wyskok osłabia fagocytozę (A. Kruschlin), zaś kwas salicylowy podawany zwierzętom (M. Jacoby i A. Schütz), jakoteż przetwory żelaziste, wstrzykiwane do żył zwierzętom (Piorkowski) zwiększają fagocytozę i opsoniny we krwi. Doświadczenia te wymagają stwierdzenia klinicznego.

Przeprowadzaliśmy przeto badania co do opsonin u chorych klinicznych, przedewszystkiem w celu przekonania się, jaki jest wskaźnik opsoninowy w schorzeniach gruźliczych rozmaitych narządów, jakoteż w celu badania kontrolnego przy leczniczem wstrzykiwaniu tuberkuliny. Przeprowadzono ogółem 98 badań u 23 chorych. U przeważnej części naszych chorych zmiany gruźlicze znajdowały się w płucach. Było ich 18 przypadków, z czego czystych płucnych z większemi lub mniejszemi zmianami jest 9, reszta, a więc 9 z rozmaitemi powikłaniami i tak ze zmianami gruźliczemi w jelitach, z owrzodzeniami krtani, z odmą i ropniakiem opłucnym, z białaczką, z wysiękiem opłucnym, z zmianami w kościach (próchnienie stawu łokciowego) i zmianami w gruczołach *(lymphomata)*. We wszystkich tych przypadkach wskaźnik opsoninowy wahał się w granicach dosyć rozległych od 0·40—1·02, stale jednak był dosyć nizki.

W schorzeniach gruźliczych innych narządów wskaźnik opsoninowy wahał się rozmaicie, nie przekraczał jednak nigdy 1 i tak: *coxitis sinistr.* 0·51, 0·62, *scrophuloderma* 0·51, *lupus faciei* 0·82, *tbc. renum* 0·91.

Przy wysiękach opłucnych przeprowadzaliśmy badania równocześnie z wysiękiem i z krwią. Pokazało się, że wskaźnik opsoninowy z wysięku jest o wiele niższy, aniżeli z krwi chorego i tak w jednym przypadku wskaźnik z krwi wynosił 0·83, z wysięku 0·34, w drugim ze krwi 0·82, z wysięku 0·31. Zawsze nizki wskaźnik otrzymywaliśmy przy zmianach gruźliczych płuc, powikłanych ze zmianami w gruczołach *(lymphomata colli)* IO = 0,40 i w drugim przypadku 0·52. Wreszcie w 4 przypadkach gruźlicy płuc, leczonych wstrzykiwaniami tuberkuliny, obliczaliśmy wskaźnik opsoninowy w celach kontrolnych. W jednym z tych przypadków musieliśmy zaprzestać wstrzykiwań tuberkuliny z powodu stale nizkiego wskaźnika opsoninowego. Jak wyżej bowiem powiedziano, przy wstrzykiwaniach tuberkuliny z dodatnim wynikiem, wskaźnik opsoninowy powinien z początku po każdem wstrzyknięciu opadać (phasis negativa), a później wznosić się w górę (phasis positiva). Taki mniej więcej przebieg wskaźnika opsoninowego był u reszty trzech naszych chorych, leczonych wstrzykiwaniami tuberkuliny. U chorych tych również i objawy kliniczne, jak i podmiotowe, ulegały stałej poprawie, co jednak dało się stwierdzić dopiero po pewnym dłuższym przeciągu czasu. Kontrola opsonin wykazała u tych chorych dodatni wynik wstrzykiwań już w samym początku, gdzie jeszcze klinicznie nie dało się zauważyć żadnej zmiany na lepsze. I to

było wskazaniem do dalszego kontynuowania wstrzykiwań tuberkuliny.

Przy wstrzykiwaniach tuberkuliny u czwartego chorego, gdzie one nie odnosiły żadnego skutku, kontrola opsonin wykazała już w samym początku bezskuteczność leczenia, zanim jeszcze klinicznie można było bezskuteczność tę stwierdzić. Chory ten po każdem wstrzyknięciu okazywał stałe nizki wskaźnik opsoninowy, bez pojawienia się okresu dodatniego (phasis positiva). Z tego też powodu zaprzestaliśmy wstrzykiwań już w samym początku, nie czekając na gwałtowniejsze objawy kliniczne, które mogły wystąpić po dłuższem bezskutecznem, a nawet szkodliwem leczeniu.

Na podstawie naszych spostrzeżeń możemy razem z innymi powiedzieć, że przy wstrzykiwaniach tuberkuliny oddają opsoniny wielką usługę tak dla leczonego, jak i dla leczącego.

To też w ostatnich czasach leczenie tuberkuliną odbywa się pod kontrolą opsonin.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 28 kwietnia 1909).

Piśmiennictwo. M. Wirths: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, B. XII. H. 1. 1909. — Schottmüller und Much: Münch. med. Wochenschr. 1908, 9, 10, 11. — K. Turban u. G. Baer: Münch. med. Wochenschr, 1908, 38. — Saathof: Münch. med. Wochenschr. 1908, 15. Schiffmann und Kohn: Wien. klin. Wochenschr. 1909, 3. — Kössler und Neumann: Wien. klin. Wochenschr. 1908, 14. — Arnsberger: Münch. med. Wochenschr. 1908, 5. — W. Busse: Deutsche med. Wochenschr. 1909, 13 — G. Wolfsohn: Berl. klin. Wochenschr. 1908, 49. Baecher und Laub: Wiener klin. Wochenschr. 1908, 44. — W. Beyer: Deutsche med Wochenschr. 1909, 8. — Rolly: Münch. med. Wochenschr. 1908, 26. — Jacobs: Etude experimentale et clinique de la tuberculine. Levaditi und Inmann: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung von R. Kraus und C. Levaditi. Bd. II. — Dr. Strubell: Ueber opsonische Technik. Deutsche med. Wochenschr. 1908, 19. — Dr St. Serkowski: Index opsonicus. Nowiny lekarskie 1909, Nr 4. — K. Turban u. G. Bauer: Opsonischer Index und Tuberculose. Beiträge zur Klinik der Tuberculose X. H. 1. — A. E. Wright: Studien über Immunisierung und ihre Anwendung in der Diagnose und Behandlung von Bakterieninfektionen. Jena 1909.

Z Zakładu Hygieny i Bakteryologii U. J. w Krakowie.
(Kierownik Prof. O Bujwid).

O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy. Sprawozdanie poglądowe [1]).

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent zakładu.

Dziwne bywają czasami losy zagadnień naukowych. Sprawa gruźlicy przynajmniej ze strony bakteryologicznej przed laty mniejwięcej dziesięciu zdawała się uporządkowaną i zamkniętą. W monografiach Corneta, które ukazały się w podręcznikach Nothnagla i Kollego-Wassermanna w owym czasie, zagadnienie to przedstawia się jako budowa silna i pewna, harmonijnie wykończona, której chyba tylko brakło jeszcze korony: skutecznego i niezawodnego leczenia przyczynowego. Skończył się był właśnie wtedy pierwszy okres badań bakteryologicznych nad gruźlicą, chlubnie rozpoczęty przez wiekopomne odkrycie Kocha. Aż oto nagle burząca moc wątpienia uderzyła w jedną z podwalin tego gmachu, a co ciekawsza, atak ten wyszedł od tego, co sam kładł te podwaliny, co był tego gmachu budowniczym i ostoją. Na Zjeździe Londyńskim (1901) Koch zaprzeczył tożsamości gruźlicy ludzkiej i bydlęcej, którą sam swego czasu był stwierdził i polecił z walki przeciwgruźliczej usunąć jeden z ważnych czynników, tem ważniejszy, że związany bardzo ściśle z doniosłymi interesami gospodarczymi społeczeństwa. Czyn Kocha, którego śmiałości i szczerości niepodobna odmówić uznania, choć w następstwie teorya jego niezupełne znalazła potwierdzenie, stał się punktem wyjścia dla wielu nowych badań, sprowadził rewizyę wielu zagadnień uważanych już za rozwiązane, stał się owym zaczynem, który wywołał nowy wzrost, zapoczątkował nowy okres w historyi gruźlicy. Okres ten trwa dziś jeszcze w całej pełni. Zagadnień dziś chyba ukazuje się oczom badaczy więcej znacznie, niż przed laty dziesięciu. Praca wre na obu półkulach, zatrudniając tysiące pracowników. Powołany zaufaniem prezydyum Towarzystwa do przedstawienia etyologii i rozpoznawania przyczynowego gruźlicy, z ogromnego tego materyału, którego opanowanie nawet dla fachowca niemałe przedstawia trudności, wybiorę tylko kilka zagadnień zasadniczej doniosłości, i to przedewszystkiem takie, które związane są z działaniem lekarskiem rozpoznawczem, leczniczem lub zapobiegawczem. Rzecz jasna, że będę mógł przedstawić je tylko w najogólniejszych zarysach i że w ocenie rozmaitych poglądów, często sprzecznych, nie będę mógł uniknąć pewnego subjektywizmu, który każe wobec tych zagadnień zająć pewne określone stanowisko.

Aż do wystąpienia Kocha w r. 1901 dogmat jedności gruźlicy ludzkiej i bydlęcej powszechnie był uznawany, oparty na powadze samego Kocha, jakkolwiek prace badaczy amerykańskich, a zwłaszcza Smitha (1898) wskazywały na pewne dość stałe różnice między zarazkiem ludzkim a bydlęcym. Następstwem tego było poczesne miejsce, jakie w walce z gruźlicą zajmowało zwalczanie gruźlicy bydlęcej i wyjaławianie mleka, jako najważniejszego przenośnika zarazku. Tymczasem Koch na podstawie doświadczeń, wykonanych wspólnie ze Schützem, postawił twierdzenie, że zarazek ludzki różny jest od bydlęcego, ponieważ nie wywołuje u bydła gruźlicy postępowej, co się łatwo udaje przez zaszczepienie zarazka bydlęcego. Ważniejsze oczywiście dla praktyki jest pytanie, czy naodwrót gruźlica bydlęca przenosi się na człowieka; tutaj według Kocha, doświadczenia bezpośrednio przekonywujące są naturalnie niemożliwe, natomiast na podstawie dostępnego materyału anatomo-patologicznego i klinicznego Koch sądzi, że o ile takie zakażenie wogóle okaże się możliwem, to z pewnością co do częstości odgrywa ono w etyologii gruźlicy ludzkiej rolę zupełnie podrzędną, taką np., jak zakażenie płodowe. Zgodnie z tym poglądem radzi Koch nie marnować sił na walkę z gruźlicą bydlęcą, tak mało dla człowieka niebezpieczną, a skierować je wszystkie przeciw zakażeniu przenoszącemu się z człowieka na człowieka. Już na Zjeździe londyńskim twierdzenia te, po części tylko uzasadnione przez doświadczenia Kocha, spotkały się z żywymi protestami, a w następstwie wywołały ukazanie się około 200 prac, które już to potwierdziły je, już to mniej lub więcej ograniczyły. Prace te, z początku przeważnie polemicznej, po części polemiczno-kazuistycznej natury, zwolna jednak przyczyniły się do pewnego rozjaśnienia zagadnień — przedewszystkiem zaś spowodowały, że dziś całe zagadnienie rozpadło się na zagadnienia zupełnie odrębne, a mianowicie pierwsze, czy zarazek ludzki jest identyczny z bydlęcym, drugie praktyczne, czy gruźlica z bydła może być przeniesiona na człowieka. Pytanie pierwsze jest teoretyczno-systematyczne i niełatwe do rozwiązania; trzeba stwierdzić, czy istnieją różnice między zarazkiem ludzkim a bydlęcym, czy różnice te są stałe, czy też zmienne, a wreszcie, jakie należy tym różnicom znaczenie przyznać — innymi słowy, czy mamy tu do czynienia z dwoma odrębnymi gatunkami bakteryi, czy też z dwiema ustalonemi odmianami *(varietas)* jednego gatunku, czy wreszcie z odmianami niestałemi, pochodzącemi z przystosowania do pewnego podłoża (t. zw. odmiany glebowe »Standortvarietäten«). Pierwsze dwa zapatrywania, których różnica jest raczej słowna, jednoczą t. zw. dualistów. Ostatniego twierdzenia natomiast bronią t. zw. unitaryści. Według dualistów, wśród których uczniowie Kocha, pracujący w niemieckim Urzędzie Zdrowia najpoczestniejsze zajmują miejsce na podstawie rozległych, gruntownych i krytycznych swych prac, stwierdzają następujące różnice między zarazkiem ludzkim a zwierzęcym: Bakterye ludzkie w obrazie mikroskopowym przedstawiają się jako laseczki cienkie, smukłe, nieco zakrzywione, jednostajnie się barwiące, bydlęce są krótsze i grubsze, barwią się niejednostajnie i zawierają często mocniej barwiące się ziarna. Bakterye ludzkie rosną na bulionie glicerynowym szybciej i bujniej, tworząc w krótkim czasie grubą, mocno pofałdowaną błonę na powierzchni bulionu, natomiast bakterye bydlęce rosną powoli, tworząc delikatną, mało pomarszczoną błonkę. Nadto Smith wykazał stałe różnice pomiędzy oboma typami, objawiające się ilościowo i jakościowo różnicą produkcyi kwasu na bulionie glicerynowym. Ważniejsze znacznie są natomiast różnice we właściwościach chorobotwór-

[1]) Wykład wygłoszony w Tow. lek. krak. d. 12 V. 1909 pierwszy z cyklu wykładów o gruźlicy.

czych obu typów, o ile że łączą się bezpośrednio z zagadnieniami, poruszonemi przez Kocha. Naogół bakterye bydlęce dla wszystkich prawie zwierząt ssących okazują większą jadowitość (*virulentia**), niż bakterye ludzkie — tak np. morskie świnki szczepione bakteryami bydlęcymi giną szybko, a w ich narządach znajduje się znaczną ilość bakteryi, natomiast szczepione bakteryami ludzkiemi, giną po dłuższym czasie z nieznaczną ilością bakteryi w narządach. Naturalnie to zachowanie nie uprawnia do wniosku (Nocard, de Jong, Behring), że bakterye bydlęce i wobec człowieka muszą być jadowitsze, niż bakterye ludzkie, bo ustrój ludzki i w wielu innych sprawach zachowuje się inaczej, niż choćby nawet ustrój małp, blizko z nim spokrewnionych. Wybitne różnice okazują się w działaniu obu typów na króliki; 1 mg. bakteryi bydlęcych, wstrzykniętych do żyły, zabija je w ciągu 3 tygodni, natomiast ta sama ilość bakteryi ludzkich wywołuje po długim czasie przewlekłą gruźlicę, trwającą miesiące. Taksamo przy podskórnem zaszczepieniu 10 mg. bakteryi bydlęcych, króliki giną szybko wśród objawów ogólnego zakażenia, bakterye ludzkie w tych warunkach wywołują ropień miejscowy bez zajęcia najbliższych gruczołów i bez uogólnienia. U bydła okazują się również wybitne różnice; bakterye typu ludzkiego wywołują u krów lub cieląt albo zmiany miejscowe, ściśle ograniczone, co najwyżej połączone ze zajęciem najbliższych gruczołów, albo też zaszczepienie ich żadnych zgoła nie pociąga za sobą skutków. Natomiast bakterye bydlęce wywołują u bydła przeważnie sprawy ciężkie, postępowo prowadzące do gruźlicy ogólnej. Dualiści twierdzą nadto, że te różnice między oboma typami nie są bynajmniej zmiennymi objawami przemijającego przystosowania do pewnego podłoża, t. j. do pewnego gatunku zwierzęcego, lecz że powstawszy niegdyś drogą takiego przystosowania, utrzymują się obecnie stale i nie ulegają zmianom na różnych podłożach, czy też w różnych gatunkach zwierzęcych, przez które je przeprowadzamy. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

Krasnogorski. **O odruchach uwarunkowanych.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*. Styczeń 1909). Badania Pawłowa, dokonywane nad psami, wykazały, że jakość i ilość wydzielanej śliny zależy od rodzaju podniety działającej na jamę ustną; przy spożywaniu suchych pokarmów wydziela się więcej śliny, niż przy wilgotnych pokarmach, na smaczne pożywienie spływa ciągnąca się śluzowa ślina, na przykre lub niesmaczne rzeczy bardziej płynna i t. d. To swoiste oddziaływanie na podniety jest zwykłym aktem odruchowym. Stwierdzono również, że na gruczoły ślinne psa oddziaływają i podniety zewnętrzne, np. widok lub zapach pokarmów, i w tym wypadku patrzenie lub wąchanie suchych przedmiotów wywołuje wydzielanie się dużej ilości śliny, przykre zapachy wywołują wydzielanie się płynnej śliny podobnie, jak przy spożywaniu pokarmów. Odruchy zależne od działania podniet zewnętrznych nazwał Pawłow odruchami uwarunkowanymi dla odróżnienia od odruchów zwykłych. Dalsze badania pozwoliły wykazać prawo zamierania odruchów uwarunkowanych: Kilkakrotne drażnienie psa jakiemkolwiek pożywieniem bez dania mu go do zjedzenia, przestaje oddziaływać drażniąco na układ nerwowy psa — odruch zamiera. Szybkość zamierania odruchu przy powtarzaniu jest odwrotnie proporcyonalna do wielkości przerw pomiędzy drażnieniami. Dla uproszczenia doświadczeń starano się wywołać odruchy uwarunkowane za pomocą podniet sztucznych, t. j. takich, które nie mają bezpośredniego związku z działalnością gruczołów ślinnych. Stwierdzono, że przejawy świata zewnętrznego: dźwięki, zapachy, działanie ciepła lub zimna, mechaniczne drażnienie skóry, wywoływane równocześnie z odruchem zwykłym, względnie ze spożywaniem pokarmów, kwaśnych lub gorzkich ciał, mogą wywołać odruch uwarunkowany. Pies, któremu stale dawano proszek mięsny przy jednoczesnem dzwonieniu, po 111 takich karmieniach wydzielał ślinę na sam dźwięk dzwonka. Odruch powstawał również przy świstaniu, pokazywaniu czerwonego światła, zapachu kamfory i t. d. Seleni stwierdził wyjątkową wrażliwość zwierząt na tony. O ile pewien określony ton wyzwala odruch, to ani wyższe, nawet nieznacznie, ani niższe tony odruchu wywołać nie mogą. Jeżeli stale łączyć pewien określony ton z pożywieniem, a inny z podawaniem kwasów, to następnie samo działanie odpowiedniego tonu wywołuje wydzielanie się odpowiedniej śliny, bardziej lub mniej śluzowej.

*) Według mianownictwa »Słownika lekarskiego polskiego«. *Red.*

Wyniki badań nad zwierzętami postanowił autor sprawdzić na ludziach. Dla możliwego uproszczenia pracy dokonywał badań nad dziećmi (3—6-letniemi); na wydzielanie się śliny wskazywały ruchy połykowe. Z ilości tych ruchów autor wnosił o ilości wydzielanej śliny. Badania wykonywano w osobnym pokoju, w zupełnej ciszy, dzieciom zawiązywano oczy, do chrząstki tarczowej i kości gnykowej przymocowywano jedną otoczkę przyjmującą, a pod dolną szczękę drugą, obydwie łączono rurką kauczukową z dźwignią do pisania systemu Mareya. Z początku badano wpływ podniet słuchowych. Co 3 minuty w pokoju dzwonił przez przeciąg 1 minuty dzwonek elektryczny; w 15 sekund od rozpoczęcia dzwonienia wprowadzano do ust dziecka $1/2$ łyżeczki miodu. Po kilku takich próbach sam dźwięk dzwonka bez podawania miodu wywoływał ruchy połykowe — odruch uwarunkowany. Podobne doświadczenia wykonywano ze świstaniem, z drażnieniem określonych okolic ciała pędzelkiem i t. d. Wyniki tych doświadczeń były bardzo podobne do wyników, otrzymywanych przy badaniu zwierząt. Dzieci oddziaływały na podniety świata zewnętrznego odruchem uwarunkowanym podobnie, jak zwierzęta. Prawo zanikania odruchu dało się wykazać i u dzieci. W świecie tonów jednak dzieci gorzej oryentowały się, niż zwierzęta, oddziaływając na rozmaite tony, gdy u zwierząt tylko zupełnie właściwe tony wywoływały odruch.

T. Mogilnicki.

O. de la Camp. **Kliniczne rozpoznawanie gruźlicy gruczołów oskrzelowych.** (*Ergebnisse der inneren Medicin und Kinderheilkunde*. 1908 Bd. I.). W wyczerpującej pracy streszcza autor wyniki badań z ostatnich lat i na zasadzie własnych spostrzeżeń, oraz badań innych autorów dochodzi do wniosku, że gruźlica gruczołów oskrzelowych daje się stwierdzić klinicznie w wielu przypadkach: 1) Oglądaniem chorego: a) Uciskając na naczynia krwionośne wywołują gruczoły oskrzelowe asymetryczny zastój w żyłach podskórnych szyi (Wiederhoffer, Heubner, Gröber). b) Powiększone gruczoły mogą też czasem odsunąć tchawicę tak, że układa się ona w położeniu ukośnem. c) Ucisk na tchawicę przez powiększone gruczoły wywołuje wydechowy szmer zwężenia (stridor exspiratorius) i utrudnia oddech. d) Wskutek ucisku na nerw krtaniowy dolny (nervus recurrens) ruchy głośni odbiegają od typu prawidłowego. e) Uciskając na nerw współczulny wywołują gruczoły oskrzelowe nierównomierne rozszerzenie źrenic (Seeligmüller, Rogne, Destrée, Gröber). 2) Obmacywaniem chorego: a) Obrzmienie gruczołów klatki piersiowej w 4. i 5. międzyżebrzu ma zdaniem Hochsingera związek z powiększeniem gruczołów oskrzelowych. b) Przy naciskaniu na wyrostki 5—7 kręgu chory na gruźlicę odczuwa czasami ból. c) Wprowadzenie do przełyku zgłębnika z rozdymającym się dowolnie na końcu balonikiem (Neisser) stwierdza w niektórych przypadkach ból na miejscu, odpowiadającem rozdwojeniu tchawicy. 3) Opukiwaniem: a) Stłumienie na wysokości 3—5. kręgu w okolicy międzyłopatkowej (Biedert). b) Stłumienie na wysokości 5—6. kręgu piersiowego na samym kręgosłupie (Koranyi, Nagel). 4) Osłuchiwaniem: a) Oddech tchawiczny od 1—4. kręgu (Heubner) lub b) osłabiony w temże miejscu oddech (Biedert). c) Wzmożony wydech nad lewem oskrzelem tuż przy samym kręgosłupie. d) Nadzwyczaj charakterystyczny kaszel o metalicznym odcieniu, przypominający krztusiec. 5) Prześwietlaniem promieniami Röntgena: a) Gruczoły dają cień na ekranie. b) W razie ucisku oskrzela przez gruczoły, odpowiednie płuco daje cień ciemniejszy, niż płuco z wolnem oskrzelem. W razie klinicznego rozpoznania gruźlicy gruczołów oskrzelowych należy dla kontroli zrobić próbę Pirqueta, lub odczyn ukłucia (Stichreaktion). *Miecz. Michałowicz.*

G. Lion i Ch. Moreau. **O moczówce cukrowej rodzinnej u dzieci.** (*Arch. de méd. des enf.* Nr. 1. 1909). Moczówka cukrowa u dzieci jest wogóle cierpieniem rzadkiem, stosunkowo często przytem występuje ona u kilkorga dzieci jednych rodziców: z 43 zebranych z piśmiennictwa przypadków cukrzycy u dzieci 10 przypada na postać rodzinną. Postać ta ze względu na właściwości etyologiczne i rokowanie zasługuje na wyodrębnienie. Zapadają na cukrzycę rodzinną bądź wszystkie dzieci w danej rodzinie (7 w spostrzeżeniu Insenflamma, 8 Robertsa), bądź niektóre (troje z 8 Saundby); osobniki, oszczędzone przez cukrzycę w wieku dziecięcym, zapadają nieraz później. Choroba występuje najczęściej między 8-ym a 12-ym rokiem, — najmłodsze z opisanych dzieci liczyło 22 miesiące. Dzieci danej rodziny zapadają bynajmniej nie według starszeństwa: u poszczególnych dzieci choroba zacząć się może w różnym wieku. Płeć nie gra tu roli. Dziedziczność ma znaczenie doniosłe, przedewszystkiem dziedziczność jednorodna; w postaci rodzinnej obarczenie dziedziczne zauważano przytem znacznie czę-

ściej (62%), niż w zwykłej moczówce cukrowej (22%). Obarczenie pochodzić może zarówno od ojca, jak od matki lub z linii jednego z rodziców; stwierdzano też cukrzycę w kilku pokoleniach z rzędu. Pleasants i Noorden zauważyli, że jeżeli cukrzyca powtarza się w kilku pokoleniach z rzędu, to zapadają na nią coraz młodsze osobniki (w trzeciem pokoleniu dzieci w wieku 4—8 lat). Oprócz dziedziczności jednorodnej stwierdzano zapadanie na cukrzycę dzieci chorych na dnę, osobników nerwowych, obarczonych gruźlicą lub kiłą; kile szczególnie przypisywano niemal wyłączne znaczenie (Schnée) w moczówce cukrowej rodzinnej. Rozpoczyna się cukrzyca bądź bez wyraźnych czynników poprzedzających, bądź w przebiegu choroby zakaźnej, lub po urazie, czy też wzruszeniu. Pierwszym objawem są zwykle zwiększone pragnienie i nadmierne oddawanie moczu lub zbyt częste oddawanie moczu w nocy; stan ogólny późno ulega zaburzeniom. Niekiedy jedynym objawem choroby jest cukromocz. Ilość cukru wynosi u dzieci od 3—5 lat średnio 50,0 — 100,0 na dobę, u starszych znacznie więcej: 300—360,0, a w jednym przypadku u 15-letniej dziewczyny 900,0 na dobę; ilość moczu waha się również znacznie. Obecność acetonu niezawsze jest objawem groźnym; kwas acetooctowy natomiast znacznie pogarsza rokowanie i zjawia się zazwyczaj u osobników już wyniszczonych. Zejście w większości przypadków bywa śmiertelne: wyleczenie zauważano bądź w przypadkach lekkich, gdzie jedynym objawem był cukromocz, bądź też w przypadkach z nieustalonem rozpoznaniem — z 43 przypadków cukrzycy u dzieci wyzdrowiało wogóle tylko 6. Choroba ciągnie się od kilku tygodni do 3—6—8 miesięcy, niekiedy 2 i 3 lata; pogorszenie występuje zwykle nagle i szybko wiedzie do zejścia śmiertelnego, poprzedzonego najczęściej przez śpiączkę. Ciężkość przebiegu, zdaje się, nie zależy od wieku chorych — u starszych dzieci widywano przebieg cięższy; zejście śmiertelne wskutek gruźlicy należy u dzieci do wyjątkowych (1 przypadek). Rokowanie naogół bardzo niepomyślne, szczególniej w postaciach rodzinnych; stwierdzenie choroby u jednego dziecka powinno skłonić do zwrócenia uwagi na inne. Leczenie w postaciach rodzinnych nie różni się od zwykłego — oprócz dyety, dobre wyniki (czasowe) widziano po podawaniu alkaliów (Vichy) i antypirynie.

W zakończeniu pracy podaje autor szczegółowy spis 30 zebranych z piśmiennictwa spostrzeżeń cukrzycy rodzinnej (1 własne). *W. Jasiński.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dnia 27. kwietnia 1909.

1) Karwacki przedstawił **preparat krwi** białej myszy **z krętkami Obermeyera**. Po omówieniu prac Uhlenhutha i Haendla, Rabinowicza, omówił prelegent szczegółowo swoje doświadczenia. W jednym przypadku, po wstrzyknięciu 1 ctm sz. surowicy chorego z krętkami do otrzewnej białej myszy wystąpiło zakażenie krętkowe, trwające 3 dni. Nawrotów nie było, Mysz pozostała przy życiu. Przeniesienie krętków »mysich« na drugą mysz nie powiodło się. Poza krętkami prelegent znalazł we krwi ziarna, owalne, grube laseczki i formy cygarowate, na które zwracał już uwagę w swych poprzednich pracach.

2) Bychowski przedstawia: 1) 17-letnią pannę, u której przed 2 laty wystąpiły bole głowy, a przed rokiem postępujące osłabienie wzroku. Badanie przedmiotowe wykazało objawy wzmożonego wewnątrzczaszkowego ciśnienia, niedowidzenie połowicze skroniowe (*hemianopsia bitemporalis*) (lewem okiem rozróżniała tylko palce, a w prawem siła widzenia $^1/_8$), niedorozwój płciowy, nadmierne tycie i zniszczenie (na rentgenogramie) siodła tureckiego. B. rozpoznał **guz przysadki**. Chorą operował przez nos Prof. Eiselsberg w Wiedniu, który znalazł torbiel wielkości mniej więcej włoskiego orzecha. Pierwszy tydzień po operacyi chora się miała dobrze, potem wystąpiły objawy, które trwały przeszło miesiąc. Obecnie chora czuje się zupełnie dobrze. W prawem oku ma całe prawie pole widzenia z siłą wzroku $^2/_3$, w lewem również znaczna poprawa z siłą widzenia $^1/_8$. Kosmetyczny wynik niewiele również pozostawia do życzenia.

2) 42-letnią kobietę z niedowidzeniem połowiczem skroniowem i silnem osłabieniem wzroku, niewielkiem powiększeniem twarzy i języka i wybitnem powiększeniem siodła tureckiego. Osoba ta w 36. roku utraciła miesiączkę i uskarża się na bole głowy od 4 lat i ogólne osłabienie. B. rozpoznaje **rozpoczynającą się akromegalię w zależności od guza przysadki** mózgowej.

3) 19-letniego otyłego chłopca o dziecinnym wyglądzie, bez zarostu, z niedokształconymi narządami płciowymi, dotkniętego bolami głowy, ogólną apatyą i słabym rozwojem umysłowym. Rentgenogram i tu wykazuje zmiany w siodle tureckiem, co wskazuje na **powiększenie przysadki.** Brak objawów ocznych tłómaczy się tem, że wejście do siodła nie zostało tu zniszczone, a tylko samo siodło jest rozsadzone, co dowodzi, że przysadka rośnie na dół, niema więc ucisku na nerwy wzrokowe.

B. omawia naukę o gruczołach o wewnętrznej wydzielinie, do których przysadka niezawodnie należy, przytacza fakta, dowodzące istnienia jakiejś zależności między gruczołami rozrodczymi i przysadką, patogenetyczną rolę powiększenia przysadki przy akromegalii, i dochodzi do wniosku, że pomimo jeszcze wielu luk w naszej wiedzy, można jednakże przypuścić, że przysadka odgrywa tu wybitną rolę odżywczą w gospodarce ustroju, czego zresztą dowodzą i wyniki kliniczne, otrzymywane po usunięciu nowotworów przysadki, a bardzo zachęcające. B. zwraca dalej uwagę, że dokładne badanie pola widzenia u takich chorych może naprowadzić na istotne rozpoznanie we wczesnych już względnie okresach. Na końcu, posiłkując się rentgenogramami, omawia B. rozmaite zmiany, które mogą zachodzić w siodle tureckiem przy powiększeniu przysadki, i jakie z tego wynikają kliniczne wskazania do wczesnego rozpoznania powiększenia przysadki. — B. potwierdza ważność dokładnego zbadania nosa przed operacyą, co też nie omieszkał uczynić u swojej chorej.

Kopczyński w dyskusyi podnosi, iż związek **przyczynowy** pomiędzy zmianami w przysadce mózgu, a akromegalią nie jest bezwzględnie dowiedziony i nie można też wyłączyć współrzędności objawowej. Na dowód przytacza K. własne przypadki następujące: *a*) S., lat 22, garbarz, przedstawiany już raz w Towarzystwie przed 2 laty, a obecnie powtórnie z nadzwyczaj wybitnymi objawami akromegalii: rozrost skóry i tkanki podskórnej na czole i na części owłosionej czaszki, całe czoło grubo pofałdowane, nos wybitnie rozrośnięty tak w części kostnej, jak i w części mięsistej, dolna szczęka prawidłowa, wybitny rozrost kończyn górnych, kiści i przedramion i kończyn dolnych (stóp i goleni) tak kości, jak i części miękkich, silne pocenie się na czole i na dłoniach. Na szczególną uwagę zasługuje brak jakichkolwiek objawów mózgowych: brak bolów głowy, nudności, wymiotów, a zwłaszcza brak wszelkich zaburzeń ze strony wzroku, tak podmiotowych, jak przedmiotowych. Rentgenogram również nie dał danych dodatnich. *b*) Przypadek sekcyjny, pochodzący ze szpitala św. Ducha; chora za życia przedstawiała objawy depresyi psychicznej (nawet rzuciła się z balkonu I. piętra, jednak bez szczególnych następstw), zaburzeń wzroku o charakterze nieokreślonym (stan psychiczny utrudniał badanie) i moczówki prostej (*diabetes insipidus*, mocz o ciężarze właściwym 1001, 6 litrów na dobę). Oprócz zaburzeń wzroku żadnych objawów ogniskowych u chorej nie stwierdzono; żadnych dystroficznych objawów akromegalii chora również nie wykazywała. Sekcya (Prof. Przewoski) wykazała nowotwór przysadki, uciskający na skrzyżowanie nerwów wzrokowych; nowotwór ten był wielkości orzecha włoskiego, rósł ku górze i ku dołowi, miał znamiona torbieli skórzastej. W pierwszym więc przypadku mamy bardzo wybitną akromegalię bez dostrzegalnych zmian w przysadce mózgowej, w drugim mieliśmy nowotwór przysadki bez jakichkolwiek dystroficznych objawów, właściwych akromegalii. Co się tyczy operowania metodą Eiselsberga, to K. zwraca uwagę chirurgów, iż wszelkie ropienie w nosie i w sąsiednich zatokach stanowi przeciwwskazanie do tej operacyi. Eiselsberg stracił z tego powodu jeden przypadek akromegalii wskutek następczego ropnego zapalenia opon mózgowych.

Kryński: Usiłowania ostatniego dziesiątka lat w celu wyjaśnienia czynnościowej strony przysadki mózgowej nie dały dotychczas wyników rozstrzygających. Droga doświadczalna tych badań poniekąd zawiodła; więcej światła rzuciły spostrzeżenia kliniczne; wraz z wynikami sekcyjnymi, które zdają się ustalać związek przyczynowy pomiędzy czynnością przysadki (Hohenegg i Eiselsberg), o których mówił prelegent, stanowią one najbardziej przekonywające *experimentum in vivo*. Te jednak przypadki, gdzie znaleziono (na sekcyi) guz przysadki przy braku objawów akromegalii, staną się zrozumiałe, jeżeli uprzytomnimy

sobie budowę histologiczną tego narządu. Składa się on z dwóch części: gruczołowej, której nabłonki pełnią ową czynność wydzielniczą i nerwowej; zależnie więc od tego, która z nich jest siedliskiem sprawy chorobowej, nowotworu, występują, lub nie, w ustroju objawy, będące następstwem nadmiaru, czy też braku owej wydzieliny. Potwierdzenie tego dają przypadki operowane pomyślnie, w których usunięcie guza przysadki wpłynęło na ustąpienie objawów akromegalii; badanie mikroskopowe nowotworu wykazało tam budowę gruczolaka. Przed laty dziesięciu prowadził Kryński w ciągu lat paru doświadczenia w pracowni fizyologicznej Prof. Cybulskiego nad usuwaniem przysadki mózgowej u psów Większość zwierząt w następstwie operacyi ginęła; natomiast, rzecz bardzo ciekawa, u pozostałych przy życiu później na sekcyi stwierdzić było można prawie zawsze obecność choć maleńkiej części przysadki, która podczas doświadczenia nie została usunięta w zupełności. Co się tyczy dostępu do tego narządu, to w rzeczonych doświadczeniach Kr. obrał drogę od strony stropu gardła poprzez podstawę czaszki: po odpowiednim udostępnieniu pola operacyjnego wycinał specyalnym trepanem otwór okrągły w kości podstawy czaszki, przez który kleszczykami lub żegadłem Paquelina usuwał przysadkę. Rzecz prosta, że operując na tak małym terenie i w takiej głębokości, nie zawsze udawało się usunąć cały narząd, jak to wspomniano już powyżej, co zwykle rozstrzygająco wpływało na losy zwierzęcia. Tej drogi operacyjnej u ludzi dotychczas nie stosowano; byłaby ona niewątpliwie mniej dogodna, niż u psów, gdzie z jednej strony budowa jamy gardłowej, z drugiej — brak zatok kości klinowej ułatwiają w tym kierunku dostanie się do podstawy mózgu. W kilku dotąd operowanych przypadkach u ludzi torowano sobie drogę od strony podstawy nosa poprzez kość sitową i ścianę zatok czołowych, co daje dostęp bardzo ograniczony i ciemny. Czy uda się stworzyć drogę lepszą, rzecz to niedalekiej prawdopodobnie przyszłości, zależna przedewszystkiem od większej liczby odpowiednich do tej operacyi przypadków chorobowych, których dostarczenie do operowania u nas powinno leżeć na sercu naszym neuropatologom.

Karczewski omawia szczegółowo technikę operacyjną przy nowotworach przysadki mózgu. Do tej pory znane są cztery drogi operacyjne: 1) przez kość skroniową (Horsley), 2) przez zatokę czołową, 3) z odchyleniem nosa przez kość sitową, i 4) przez podniebienie miękkie. Najwięcej praktykowany obecnie jest sposób trzeci, a mianowicie przez odchylenie nosa przez kość sitową, zmodyfikowany przez Hohenegga przez dodanie cięcia wzdłuż brwi. Operacya technicznie nie przedstawia nic trudnego. Pierwsza część operacyi, t. j. do chwili dotarcia do przysadki, nie nastręcza zbytnich trudności, w drugiej części zabiegu, gdy przez niewielki otwór w kości usuwamy ostrą łyżeczką nowotwór, pracując na ślepo, nigdy nie mamy kontroli, czy nowotwór został w całości usunięty i czy nie naruszyliśmy samej istoty mózgu lub nerwów. Wynik operacyjny zależy przedewszystkiem od wielkości i charakteru samej sprawy chorobowej, wobec czego mówca nie uważa za właściwe skierowywania takich chorych do chirurgów zagranicznych.

Higier zwraca uwagę, że akromegalia nie jest zjawiskiem stałem przy chorobach przysadki. H. spostrzegał przypadek nowotworu przysadki, gdzie nie było żadnych zmian troficznych. Znane zaś są przypadki akromegalii, gdzie przysadka nie jest zajęta.

Ciechomski zaznacza, że o ile rozpoznanie cierpienia przysadki mózgowej, n. p. jej guzów, zostało ostatnimi czasy należycie opracowane i ustalone, o tyle znowu postępowanie opecyjne pozostawia jeszcze bardzo wiele do życzenia. Metoda Schloffera, powtórzona w kilku przypadkach przez Eiselsberga, nie może być uważana za chirurgiczną od początku do końca, skoro operujący, przedostawszy się do siodła tureckiego i przewierciwszy w niem otwór wielkości ziarnka grochu, chwyta za łyżeczkę i zaczyna nią skrobać, oczywiście na ślepo, coś miękkiego o niewiadomych mu zupełnie granicach. Rodzi się tedy pytanie, czy postępowanie takie może być uważane za ścisłe; wiadomo nam dobrze, że nie wolno wyskrobać za dużo, ale cóż będzie warta operacya, jeżeli wyskrobiemy za mało, n. p. przy nowotworze złośliwym. Co znaczyłoby n. p. takie skrobanie, i gdzie byłby kres jego wobec guza przysadki wielkości prawie pięści, jaki przed paru tygodniami widzieliśmy tu na przekroju czaszki, dostarczonym przez kol. E. Zielińskiego? Hochenegg natrafił na maleńki gruczolak przysadki, a więc guz łagodny, i dlatego przypadek ten został uwieńczony zupełnem powodzeniem; inne przypadki albo skończyły się niepomyślnie, albo dalszy ich wynik jest jeszcze niepewny. Wogóle rzec można, że operacya drogą nosową wcale nie jest trudna pod względem technicznym, raczej jest jeszcze bardzo niedoskonała jako zabieg leczniczy. Powracając jeszcze do sprawy, poruszonej przez poprzednich mówców, zapytuje Ciechomski, co powiedzianoby w wiedeńskiem Towarzystwie lekarskiem, gdyby wiedeński lekarz chciał przedstawiać chorego, wysłanego przez siebie do Paryża lub Londynu i tam operowanego? Czy wiedeński profesor zdołałby zebrać 5 przypadków, gdyby nie obdarzono go zaufaniem w przypadku I. już wtedy, gdy inni operacyę tę już robili?

Pręgowski zaznacza, że zabiegi chirurgiczne przy nowotworach przysadki mózgu dają mniej korzyści praktycznych, niż teoretycznych. Chorego nie możemy nigdy zapewniać, że całkowicie będzie wyleczony. Co się tyczy zarzutów, jakie stawiają koledzy chirurdzy prelegentowi, to mowca uważa je za niesłuszne: tam, gdzie chodzi o namawianie chorego do ciężkiego zabiegu, uważa za słuszne skierowywanie chorego do chirurga, który już podobny zabieg wykonał, choćby to był chirurg zagraniczny. *Antoni Majewski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawozdanie delegacyi Sekcyi dentystycznej w Krakowie.

Dnia 29. i 30. VI. b. r. bawiła w Wiedniu delegacya lekarzy-dentystów polskich z zachodniej Galicyi, złożona z Prof. Dra Łepkowskiego, Dra Merunowicza i Dra Praetzla. Delegacya ta wyjechała wskutek wezwania wiedeńskiego Stow. Stomatologów i Centralnego Związku lekarzy, celem podjęcia wspólnej akcyi w obronie lekarzy.

Delegacya krakowska łącznie z delegatami Styryi, Krainy, Karyntyi, Dalmacyi i t. d., bawiącymi w tymże celu podówczas w Wiedniu, prowadzona przez Prof. Łepkowskiego i lekarzy polskich, odbyła szereg konferencyi z poszczególnymi członkami komisyi sanitarnej parlamentu, z przewodniczącym posłem Drem Dietziusem, zastępcą Drem Michaelem, z przewodniczącym subkomitetu X. Stojanem, z prezesem Koła polskiego Prof. Głąbińskim, jakoteż z wielu innymi posłami rozmaitych stronnictw.

Delegaci przedstawili swoje słuszne stanowisko, zajmowane w sprawie techników ze względu na społeczeństwo i ze względu na obronę stanu lekarskiego.

Motywa, podane przez delegatów, zostały ogólnie uznane za słuszne i sprawiedliwe, a streszczają się w następujących punktach:

W przedłożeniu rządowem przyznano słusznie, że technika dentystyczna stanowi integralną część dentystyki lekarskiej i od niej wobec znacznych postępów tej gałęzi medycyny odłączyć się nie da. § 6 przedłożenia postanawia, że personal pomocniczy i wykonywanie techniki może być dozwolone, prócz lekarzom, tylko tym, którzy posiadają do tego uprawnienie, a równocześnie ten sam ustęp § 6 postanawia, że w przyszłości technika ma być oddana wyłącznie lekarzom. Z tych właśnie powodów utworzono w ostatnich latach kliniki dentystyczne w każdym uniwersytecie, gdzie koledzy, poświęcający się tej gałęzi medycyny, mają sposobność techniki się nauczyć, a udzielanie koncesyi ludziom, nie posiadającym kwalifikacyi, jest obecnie zupełnie zbyteczne i nieodpowiednie.

Przy zmianie systemu rząd liczy się z technikami koncesyonowanymi, a lekarze pojmują to i nie chcą bynajmniej pozbawiać rodzin techników odrazu chleba, pomni, że błąd raz uczyniony, potem jednem pociągnięciem pióra naprawić się nie da. Nie mogą jednak zezwolić bez zastrzeżeń, bez egzaminów, bez kontroli koncesyi, które w rozmaity sposób nabyte zostały (często bez odpowiednich kwalifikacyi tylko drogą protekcyi), na dalsze rozszerzenie czynności techników, zrównujące ich prawa z lekarzami, bo dozwalające wedle § 3 ustawy na wykonywanie nawet operacyi krwawych z wyłączeniem uśpienia, dozwalające na używanie leków, leczenie i plombowanie zębów, albowiem czynności te wymagają wiadomości z zakresu anatomii, anatomii patolog., chirurgii i t. p. Egzamina, jakichby nowe przedłożenie rządowe od techników wymagało, bez znajomości medycyny będą zawsze nie wystarczające, gdyż dentystyka w ostatnich latach, dzięki lekarzom, tak znaczne poczyniła postępy, że spro-

stać zadaniem nowoczesnego dentysty może tylko doktor wszech nauk lekarskich, a niektórzy technicy rekrutują się ze służby, laborantów, a nawet zdarzają się między nimi i analfabeci, zwłaszcza w miasteczkach galicyjskich.

Jak z tem pogodzić zdanie Prof. Mosetiga, który powiada: »Operacyjna dentystyka należy do chirurgii, a ci, którzy ją wykonują, muszą być obznajomieni z chirurgią«. — Tego samego zdania był Prof. Mikulicz. Prof. Eiselsberg wystąpił obecnie bardzo ostro i stanowczo przeciwko technikom, nazwał przedłożenie urąganiem się z kultury i XX. w., inne powagi naukowe uznały takie przedłożenie za propagandę partactwa, a niedawno odbyło się w Wiedniu zebranie wszystkich lekarzy wiedeńskich, którzy założyli protest przeciw referatowi posła Heilingera.

Przecież każdy słuchacz medycyny miał sposobność poznać fatalne skutki zaniedbywania zębów, następstwa złamań zęba lub zapóźno przedsięwziętej operacyi w jamie ustnej, a jeżeli dotąd lekarze przeciw technikom nie występowali, to pochodziło stąd, że każdy z nich wolał się oddawać pracy, aniżeli spędzać czas po sądach.

Dzięki nowoczesnym badaniom, dentystyka tak znacznie postąpiła w ostatnich 15 latach, że część operacyjna, t. zn. usuwanie zębów, należy obecnie do czynności rzadszych; w niektórych miastach austryackich jest bardzo wielu kolegów, którzy ekstrakcyi zębów nie wykonują, inni nie wykonują techniki, inni zaś poświęcają się wyłącznie ortodentystyce, t. zn. prostowaniu i regulowaniu zębów. Gdy przed 25 laty dentyści dziennie wyrywali 40—50 zębów, obecnie nawet bardzo zajęci, ze znaczną klientelą, wykonują tyleż ekstrakcyi zaledwie w ciągu $^1/_4$—$^1/_2$ roku, albowiem dzisiaj ząb bardzo nawet spruchniały da się jeszcze uratować, a korzeń po odpowiedniem zaopatrzeniu i wyleczeniu zaplombować. Nie wolno nam również zapominać, że po ekstrakcyach zdarzają się znaczne krwotoki i bardzo ciężkie omdlenia; — ażeby w każdym wypadku podołać zadaniu, trzeba być lekarzem.

Lekarze dentyści mogą rozpoznać w ustach zmiany kiłowe lub zmiany, wywołane przez inne choroby zakaźne, o których chory nawet nie wie, lub którym stara się zaprzeczyć. — Schorzenia szczęki, krtani i t. p., często rozpoznają pierwsi lekarze dentyści, a przez szybkie skierowanie chorego do lekarza specyalisty zapobiegają niejednemu nieszczęściu, sprawiają, że niejedno cierpienie zostaje usunięte lub przynajmniej złagodzone.

Motywów takich przytoczyć możnaby setki, lecz nie leży to w zakresie mojego referatu; wystarczy powołać się na zdanie Prof. Mikulicza. W swem dziele przytacza on cały szereg chorób rozpoznanych przez lekarzy dentystów, a samej dentystyce przypisuje ogromne profilaktyczne stanowisko w medycynie.

Przed 50 laty, kiedy dentystyka znajdowała się w powijakach, mogła się ona obejść bez lekarzy; czynność dawniejszych dentystów ograniczała się tylko do ekstrakcyi, do plombowania zębów, dotkniętych nieznacznem próchnieniem, bez ich leczenia, i wreszcie do sztucznych zębów na kauczuku; wobec jednak znacznych postępów dentystyki, wobec zastósowania aseptyki, antyseptyki, znieczulenia miejscowego i ogólnego, elektrolizy, i t. d. dentyści powinni być lekarzami, gdyż dentystyka stanowi część chirurgii, która, jak wiadomo, przeszła podobne losy, jak obecnie dentystyka. *Dr Gustaw Praetzel.*

Zjazd lekarzy okręgowych we Lwowie w dn. 10. VII. b. r. przyjął regulamin Związku lekarzy okręgowych i oznaczył termin I. Walnego Zebrania na d. 25. IX. b. r. Dr Zasacki wniósł, by podjąć starania o uproszczenie wykazów szczepienia (co też uchwalono) i przedstawił praktyczny przyrząd do szczepienia własnego pomysłu. Dr Mikołajski poruszył doniosłość walki z gruźlicą i udział w tej akcyi lekarzy okręgowych, Dr Ferensiewicz konieczność zbierania statystyki gruźlicy. (Głos lek. 15). *R.*

W sprawie nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych wydało Namiestnictwo galicyjskie okólnik (L. VII. b. 989/20 z d. 28. VI. 1909), w którym zwraca uwagę na wartość leczniczą swoistej surowicy, (którą można otrzymać w Zakładzie seroterapeutycznym w Wiedniu IX. Zimmermanngasse 3). Surowicę wstrzykuje się po nakłuciu lędźwiowem (i wypuszczeniu 20 cm³ płynu) w ilości 20 cm³ do kanału kręgowego; jeżeli w dobę lub dwie niema polepszenia, polecają ponowne wstrzyknięcie 20 cm³. Wyniki, uzyskane w Ameryce, w Niemczech i w szpitalach wiedeńskich wskazują, że surowica ta obniża śmiertelność o połowę. Celem zwalczania epidemii zapalenia opon, zaleca okólnik: 1) Badanie bakteryologiczne osób z otoczenia chorego, a w razie wyniku dodatniego, wyłączenie tych osób od stykania się z większą liczbą ludzi, wyjątkowo zaś tylko odosobnienie ścisłe; zbyt ostre postępowanie jest zazwyczaj powodem tajenia choroby. Przy pojawieniu się liczniejszych przypadków choroby, należy wyśledzonych lub domniemanych »roznosicieli« choroby pouczyć, jak się mają zachować, by choroby nie krzewić; również należy odpowiednio pouczać szersze koła ludności. Dzieci szkolne z rodzin zakażonych należy na 3 tygodnie ze szkół usunąć. Chorych należy odosobnić, ile możności w szpitalu. 2) Odkażanie należy ograniczyć głównie do bielizny i pościeli, przyczem wystarcza wygotowanie w ługu. Zbyteczne jest odkażanie koców, materaców i t. p. w parowym przyrządzie. Tylko wilgotne i niehigieniczne mieszkania należy odkażać formaliną. Wogóle przy zwalczaniu tej epidemii należy mieć na względzie, że zarazek poza ustrojem rychło ginie i że zakażenie następuje prawie wyłącznie przez zdrowych »roznosicieli« zarazka. *R.*

37. wiec lekarzy niemieckich (Deutscher Aerztetag), który zebrał się w Lubece głównie w celu rozstrzygnięcia pytania, czy lekarze mogą przyjąć nowy projekt ubezpieczenia państwowego, czy nie, uchwalił przychylić się w zupełności do następujących uchwał Związku lipskiego: »Lekarze niemieccy uchwalają, że nie będą korzystać z przypadającego im prawa wyboru do nowo mających powstać urzędów polubownych, jakoteż, że nie będą brać żadnego udziału w układaniu regulaminu lekarskiego w kasach i nie będą starać się o posady, lecz sprawy te zostawiają do rozstrzygnięcia swej organizacyi. Gdyby mimo to ustanowiono regulamin lekarski, resp. urzędy polubowne, lekarze odstąpią od układów na mocy przepisów prawa cywilnego, nie będą zawierać nowych kontraktów bezpośrednio z kasami, lecz przez organizacye; chorych kasowych będą uważać za prywatnych i leczyć według taksy, ustanowionej przez organizacyę i wstrzymają się od wystawiania świadectw dla kas«.

Jak wiadomo, nowy niemiecki projekt ogólnego ubezpieczenia nietylko nie uwzględnia słusznych życzeń lekarzy, ale wprost ich krzywdzi, odbierając im wszelką samodzielność, zabierając połowę prywatnej praktyki, a do rozstrzygania sporów ustanawiając sądy i izby polubowne, w których lekarze są zawsze w mniejszości. Nadto nowy projekt wyraźnie zaznacza, że lekarzy, poddających się pod opiekę urzędów polubownych, nie wolno pociągać do żadnej odpowiedzialności przed sądy honorowe lekarskie. Punkt ten ma na celu zniszczenie wszelkiej ingerencyi i władzy organizacyi lekarskich nad ich członkami. *X.*

W sprawie walki między lekarzami dentystami a technikami dentystycznymi odbyły się w Wiedniu dwa wiece, a to z powodu referatu posła Heilingera, przedłożonego komisyi sanitarnej parlamentu. Poseł Heilinger żąda, by technicy mieli prawo wykonywać wszelkie czynności dentystyczne, a więc wyrywać zęby, samoistnie plombować, używać ostrych środków z wyjątkiem uśpienia i t. p. Na wiecu lekarskim uchwalono jednomyślnie protest. Jak niestety wszędzie, tak i tu, względy osobiste odgrywają wielką rolę. Poseł Heilinger np. był dawniej płatnym konsulentem prawnym techników. Twórca zaś projektu minister Härdtl jest prezesem klubu łowieckiego, a wiceprezesem klubu jest p. Gattineau, będący zarazem prezesem związku techników dentystycznych. *X.*

Kasy zapomogowe (Hilfskassen) w Austryi miały według zestawienia Doc. Lambergera z r. 1906 wcale pokaźną liczbę takich członków, którzy właściwie należeć powinni do praktyki prywatnej. I tak należy do kas zapomogowych urzędników adwokackich 2105, urzędników bankowych 1366, urzędników-nauczycieli 454, urzędników notaryatu 338. *X.*

Postępy higieny szkolnej omawia Gottstein w Nrze 26 *Mediz. Klinik.* Dawniej dbano więcej o higienę budynku szkolnego, a nie troszczono się prawie o zdrowie i higienę dzieci. Obecnie, a zwłaszcza od wprowadzenia w niektórych miastach instytucyi lekarzy szkolnych, obydwa punkty znajdują uwzględnienie. Budynki szkolne nowoczesne są obszerne, zaopatrzone w łazienki, jadalnie, hale do zabaw i ćwiczeń gimnastycznych. Osobne przyrządy regulują automatycznie ciepłotę w salach. Kurz z podłóg usuwać się daje zapomocą osobnych olejów do podłóg, a ściany pokrywać należy przeciwgnilnemi farbami i pokostami. Czynność lekarzy szkolnych okazała się bardzo zbawienna. Czynność tę określają podręczniki Fürsta i Pfeiffera: »Schulhigienisches Taschenbuch« i Poelhaua: »Anleitung für die schulärztliche Tätigkeit«. Jest także w toku zakładanie szkolnych klinik dentystycznych, a za radą Poelhaua umieszczanie przy każdej większej szkole siostry miłosierdzia, która ma dbać

o wypełnianie zleceń lekarza, towarzyszyć dzieciom do pozaszkolnych ambulatoryów i specyalistów i t. p. Towarzystwo lekarskie w Norymberdze ofiarowało się założyć poliklinikę szkolną dla ubogich dzieci szkolnych i żąda od miasta tylko lokalu, ofiarowując pomoc lekarską bezinteresownie. *X.*

Zakaz sprzedaży przetworów »ekstrakt piwny Gäro«, wyrobu firmy Hildebrandt i Wöller z Hannoweru (polecanych do sporządzania domowego piwa), jako zdrowiu szkodliwych, wydały austr. ministerstwa spraw wewn. i handlu. *X.*

W sprawie środków spożywczych wydało austr. ministerstwo spraw wewnętrznych do zakładów badania środków spożywczych następujące rozporządzenie: 1) Zakazuje się używania formaliny do fabrykacyi wód do ust. 1) Farbowanie rafinowanych olejów jest niedozwolone. Wolno czyścić oleje i tłuszcze alkaliami ewentualnie kwasami. 3) Miodowe masło składać się powinno jedynie z naturalnego miodu i czystego naturalnego masła. 4) Do glasowania kawy palonej wolno używać jedynie cukru lub żywicy. 5) Nie wolno dodawać do środków spożywczych melasy burakowej. 6) Tłuszcz kokosowy powinien być sporządzany ze świeżych kokosów, a nie z importowanej »kopra«. *X.*

Majątek bawarskiego Związku pensyjnego dla wdów i sierot po lekarzach wynosi blizko $1^1/_2$ miliona marek. Wdowy otrzymują rocznie 300 marek pensyi i około 60 marek dywidendy, małoletnie sieroty po $^1/_5$ pensyi wdowiej. Rząd wspomaga związek roczną dotacyą 8470 marek, »Münchener med. Wochenschrift« subwencyą 2000 marek, prócz tego wpływają liczne ofiary prywatne. *X.*

Budapeszteńska kasa chorych robotników ma około 157.000 członków i zatrudnia 370 lekarzy, między nimi zaś wielu specyalistów. Honorarya lekarskie wynoszą 866.664 koron rocznie, średnio więc na lekarza po 2000 koron. Kasa ma własny zakład rentgenowski, pracownię chemiczną, sanatoryum dla chorób płucnych, zakład hydropatyczny i 5 ambulatoryów. Lekarze kasy miewają wykłady popularne (35 rocznie) z zakresu higieny zawodowej i społecznej. *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca czerwca 1909 . .	472,747	280,494
W lipcu 1909	2,250	—
Razem .	474,997	280,494

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 25. VII. do 31. VII. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Międzygórze 3, Zaleszczyki małe 1, Kurdwanówka 3), Czortków (Kalinowszczyzna 1), Drohobycz (Dołhe ad Rybnik 3), Gródek jag. (Stawczany 2), Horodenka (Niezwiska 7), Kałusz (Medynia 5), Kamionka (Żuratyn 1), Kołomyja (Gwoździec stary 2, Soroki 1), Lisko (Procime 2), Podhajce (Sokołów 1), Sanok (Osławica 1), Tłumacz (Dolina 2), Turka (Butelka niżna 2); ospy sprawdzono 1 przypadek w Łańcucie. *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 25. VII. do 31. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (w tem obcych — † —), płonicy 32 † 8 (9 † 2), odry 11, duru brzusznego 4. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. VII. do 31. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 2 † —), płonicy 6 † 1 (w tem obcych 3 † —), odry 2 † — (— † —), duru brzusznego 1 † — (— † —), czerwonki 2 † — (1 † —), nagm. zapalenia opon 1 † 1 (1 † 1). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 11. VII. do 17. VII. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 2, odry 2, płonicy 10, róży 8, duru plamistego 14 † 3, duru brzusznego 9, duru powrotnego 7, błonicy 7, dysenteryi 3, grypy 10. (*Gaz. lek.* 31).

I. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie 11. do 13. X. 1909.

Uczestnikami Zjazdu mogą być wszyscy ci, którzy interesują się psychologią, psychiatryą i neurologią i wniosą na ręce skarbnika (Dr A. Ciągliński, Warszawa, ul. Kopernika 11) rb. 10. W zamian za to otrzymają bilet uczestnictwa z prawem wstępu na wszelkie posiedzenia naukowe i zebrania towarzyskie Zjazdu. Tematy zgłaszać należy w najkrótszym czasie, streszczenia zaś referatów (najwyżej 20 wierszy druku) powinny być nadesłane przed 15. IX. r. b., w celu wydrukowania i rozdania ich uczestnikom przed rozpoczęciem prac Zjazdu. Referat trwać może najwyżej 20 minut, przemowy zaś w dyskusyi pięć minut. W sprawach Zjazdu zwracać się należy piśmiennie do biura Zjazdu (Warszawa, Niecała 7, lokal Tow. lekarskiego), osobiście zaś do sekretarzy Komitetu organizacyjnego, Dra T. Łapińskiego (Smolna 17, od $5^1/_2$ do 7 popoł.) i Dra W. Szterlinga (Boduena 1, od 4 do 6 popoł.)

Na posiedzenia ogólne zgłoszono następujące tematy: 1) Prof. Twardowski: O metodach psychologii. 2) Dr R. Radziwiłłowicz: Terminologia polska w psychopatologii.

Na posiedzenia sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej zgłoszono następujące tematy ogólne: 1) Bychowski i Biro (mózg), Flatau (rdzeń), Męczkowski (móżdżek). Nowotwory układu nerwowego i ich leczenie. 2) L. Bregman i Wł. Sterling: Padaczka i stany pokrewne. 3) M. Bornstein i A. Wizel: Rozpoznanie różniczkowe psychozy maniakalno-depresyjnej i stępienia wczesnego. 4) H. Higier: Klasyfikacya idyotyzmu.

Pozatem na posiedzeniu sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej zgłoszono następujące odczyty: 1) A. Pański: O nerwicach urazowych. 2) T. Łapiński: Uraz a choroby umysłowe. 3) Flatau i B. Sawicki: O żebrze dodatkowem. 4) H. Nussbaum: W sprawie wskazań do stosowania narkotyków w cierpieniach układu nerwowego. 5) Tenże: O współbezczynności. 6. J. Tur: Badania nad rozwojem potworności płaty neurycznej. 7) St. Kopczyński: O postępującym zaniku twarzy. 8) A. Puławski: Rokowanie i leczenie w chorobie Gravesa (Basedowa). 9. K. Noiszewski: O czuciu włosowem i gruczołowem. 10) Tenże: O siatkówce krowiej. 11) A. Leśniowski: W sprawie gruczołów przytarczycznych. 12) W. Łapiński: Ortopedyczno-chirurgiczne leczenie porażeń spastycznych u dzieci. 13) S. Goldflam: W sprawie chromania przestankowego. 14) M. Bernstein: O apraksyi. 15) J. Handelsman: Meningitis cerebrospinalis epidemica. 16) J. Koelichen: Meningitis serosa. 17) J. Rotstat: O metodach badania drobnowidowego mięśni. 18) Wł. Sterling: O zaburzeniach psychicznych w nowotworach mózgu. 19) A. Mikulski: O wynikach badania inteligencyi chorych umysłowo za pomocą metod Ebbinghausa, Heilbronnera i autora. Sekretarze: *T. Łapiński, W. Sterling.*

Wiadomości bieżące.

Lwów. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w d. 30. VI. 1909 zaopiniowano przychylnie podanie o przeniesienie koncesyi aptecznej w Kozowie, a ujemnie podanie o koncesye na 2 nowe apteki, uchwalono w protokołach Izby ogłaszać zamiast początkowych liter nazwisk i miejscowości tylko »N. N.«; uchwalono sprostować wiadomości o lekarzu kasy chorych N., odmówić interwencyi wobec kasy chorych N., w sprawie innej kasy chorych wyrazić zasadniczą opinię, »że lekarz kasy może z ważnych powodów odmówić wyjazdu do chorego kasy«; zatwierdzono umowę Dra N. o posadę lekarza policyjnego; uchwalono zapomogę (50 kor.) dla jednego z lekarzy; zalecono jednemu z lekarzy redukcyę żądanego honoraryum; zażądano wyjaśnienia od Dra N. co do zarzutu, że samowolnie kazał zdjąć ostrzeżenie z domu, zakażonego durem plamistym.

— Wystawę miast polskich urządza miasto Lwów w roku 1910.

Warszawa. »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1907« opuścił świeżo prasę przy III zeszycie »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«. »Przegląd piśmiennictwa«, odznaczający się, jak zwykle, starannym układem i sumiennem opracowaniem, daje pełny obraz całorocznych plonów naszego piśmiennictwa. Jest rzetelną zasługą redaktora »Pamiętnika«, Dra Rzętkowskiego i grona lekarzy warszawskich, podejmujących żmudną pracę streszczenia polskich prac lekarskich, że nie dali upaść temu niezmiernie pożytecznemu wydawnictwu, które powinno być w rękach każdego lekarza-Polaka. Ukazanie się »Przeglądu piśmiennictwa« za rok 1907 o kwartał wcześniej, niż poprzedniego, pozwala mieć nadzieję, że i za rok 1908 wkrótce będziemy mieć w rękach sprawozdanie.

— Termin »Wystawy miast Królestwa Polskiego« oznaczono na 15. V. do 1. X. 1911. Program wystawy, uwzględniający higienę miast w szerokich granicach, przyjęto według projektu Dra Polaka.

— Miejska komisya ulepszenia szpitalnictwa uznała za konieczną budowę nowych gmachów dla szpitala św. Rocha; stary gmach szpitala tego należy obrócić na centralne ambulatoryum. Szpital zaś św. Łazarza wymaga gruntownej przebudowy kosztem pół miliona rubli, któreby można uzyskać ze sprzedaży części gruntów szpitalnych.

— Zarząd siedleckiego Towarzystwa lekarskiego organizuje 7—10 sierpnia b. r. zbiorową wycieczkę do Druskienik dla zwiedzenia zakładu leczniczego.

Z różnych stron. W maju upłynęła 100. rocznica śmierci Leopolda Auenbruggera, wynalazcy opukiwania. Auenbrugger urodził się w Gracu w r. 1722, studyował w Wiedniu, gdzie też w końcu osiadł i zdobył sobie bardzo wielką klientelę. W r. 1761 wydał broszurę, liczącą 95 stron, p. t. »Leopoldi Auenbrugger medicinae doctoris in caesareo regio nosocomio nationum Hispanico medici Ordinarii, Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi«. *X.*

— Przy wiedeńskiem Pogotowiu ratunkowem założono instytut dozorców i pielęgnujących chorych. Na wezwanie telefoniczne lekarza lub osoby prywatnej wysyła pogotowie zaraz do domu chorego uzdolnionego sanitaryusza do pielęgnacyi.

— Berliński dziennik »Tägliche Rundschau« z 24. VII. 1909 pisze: »Polski bojkot zdrojowisk niemieckich i letnisk, pomimo ożywionej agitacyi polskich zapaleńców, jak w poprzednich latach tak i w bieżącym roku sromotnie zawiódł, co polskie pisma zresztą same przyznają. Z uznania godną otwartością zaznaczają pisma kąpielowe polskie, dla jakiej to przyczyny nawet »najpatryotyczniej« usposobieni Polacy zamiast do galicyjskich i rosyjsko-polskich zdrojowisk wolą jeździć do niemieckich.

Pomimo, że im nie brak zdrojowisk o siłach niezwykle uzdrawiających, to — pomijając już prymitywne urządzenia w polskich uzdrowiskach — tak dawniej jak dziś, w szczególności w mieszkaniach dla gości, panuje największy nieporządek i niechlujstwo — słowem »eine polnische Wirtschaft«.

Dla tej przyczyny wszelkie usiłowania bojkotu marnieją bezskutecznie, a w niektórych uzdrowiskach Polacy bawią tak licznie, że lekarze rozumiejący język polski osiedli tam na miesiące letnie«.

Mianowani: profesorami nadzwyczajnymi tytul. docenci czeskiej wszechnicy w Pradze: dermatolog Dr Bukovsky, okulista Dr Chalupecky, anatom Dr Völker; Dr Levy-Dorn, kierownik oddziału rentgenowskiego w szpitalu Virchowa w Berlinie, profesorem; patolog doc. Rössle w Monachium profesorem nadzw.; Dr Jan Fortwangler referentem sanitarnym Śląska austr.; Prof. Heine z Królewca profesorem otyatryi w Monachium; Doc. Gruzdjew profesorem kliniki lekarskiej w Charkowie; otyatra Doc. Hegener w Heidelbergu profesorem nadzw., Prof. Hippel z Heidelbergu dyrektorem kliniki okul. w Halle; Prof. Czerny z Wrocławia dyrektorem kliniki pedyatr. w Strassburgu. *X.*

Zmarli: Dr Adam Leszczyński, lekarz naczelny kolei poleskich w Wilnie, zmarł w Paramé we Francyi.

Redakcya otrzymała: Moses: Do diagnostico de molestias infectuosas pela reacçao de Bordet Gengou. Trabalho do instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro 1909. — Aragao: Mais un novo carrapato brazileiro. Rio de Janeiro 1908. — Neiva: Biologia da dermatobia cyaniventris Macq. Rio de Janeiro 1908. — W. Reis: Twardy uszypułowany włókniak w rąbku spojówkowym. Odbt. »Postęp okul.« 1909. — Pelczar: Historya rozwoju Truskawca i ulepszenia lat ostatnich. Kraków 1909. W. Reis: Die sog. Trachomkörperchen vom Standpunkte der bisherigen Forschungen über die Aetiologie des Trachoms. Wiener klin. Woch. 1909. — Frenkel: Die Kleinhirnbahnen der Taube. Akad. Umiej. 1909. — Falgowski (Poznań): Üb. zystoskopische Befunde nach gynäkologischen Operationen. Zeits. f. gynäk. Urologie. 1909. — Janowski Wł.: O krzywej przedsionkowo-przełykowej, jej tłomaczeniu i znaczeniu. Sprawozd. Towarzystwa nauk. warsz. 1909. — Rothschild: Aetiologie der Prostatahypertrophie, Berliner klin. Wochens. 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1909:

Gazeta lekarska Nr 27. Pruszyński: Rozwój i przyszłość terapii. Gryglewicz (c. d.). — Nr 28. Karwacki: Z kazuistyki bakteryologicznej; o zarazku nagminnego zapalenia przyusznic. Palmirski i Karłowski (dok.). Gryglewicz (dok.). — Nr 29. Bartkiewicz: Poszukiwania nad przeszczepianiem nowotworów złośliwych z człowieka na zwierzęta. Judt: O rentgenoterapii raka. Jaworski J.: Rak pierwotny pochwy. — Nr 30. Chorążycki: Podśluzowe wyłuszczenie przegrody nosowej. Karwacki: Z kazuistyki bakteryologicznej. Cocco-bacillus fusiformis (nova species), jako zarazek posocznicowy. — Nr 31. Palmirski: O szczepieniach ochronnych przeciwko płonicy.

Medycyna i Kronika lek. Nr 27. Bychowski: O rozpoznawaniu i operacyjnem leczeniu nowotworów przysadki mózgowej. Róbin: O wartości rozpoznawczo-leczniczej dyety próbnej Schmidta w chorobach kiszek. — Nr 28. Róbin (dok.). Bychowski (dok.). — Nr 29. Biehler Matylda: Zapalenie miedniczek nerkowych i nerek, jako powikłanie odry. Helman: Przyczynek do kazuistyki tętniaków gardzieli. — Nr 30. Springer: O wartości próby Schürmanna dla określenia syfilisu. Helman (dok.). — Nr 31. Mikulski: Otępienie przedwczesne w przypadku akromegalii nietypowej. Konwerski: Stosowanie emanacyi radu w lecznictwie.

Tygodnik lekarski Nr 26. Moraczewski: O stosunku indykanu w moczu do indolu w kale. Reis: O t. zw. »ciałkach jagliczych« w świetle dotychczasowych badań nad etyologią jaglicy. — Nr 27. Nowicki: Nowotwory w świetle najnowszych badań. Moraczewski (c. d.). — Nr 28. Nowicki (dok.). Moraczewski (dok.). — Nr 29. Herman: O leczeniu raka Jedlicka: O torbielach kostnych. — Nr 30. Czernecki: Dwa przypadki mięsaka przewodu pokarmowego. Herman (dok.).

Nowiny lek. Nr 7. S. Rudzki: Elephantiasis familiaris. M. W. Herman: Z doświadczeń i rozmyślań nad zapaleniem wyrostka robaczkowego. Zanietowski: Odczyty o postępach elektromedycyny w świetle prac nowszych i własnych. Ehrenpreis: O bezpłodności kobiecej w małżeństwie. Szczygłowski: Niedomoga ruchowa i rozstrzeń żołądka. Klęsk: O złamaniach kości. Karwowski: Przyczynek do leczenia pryszczycy. Rontaler: Sprawozdanie z ruchu chorych na uszy, nos, gardło i krtań w ambulatoryum mojem w szpitalu Ewangelickim w Warszawie. Jerzykowski: W sprawie nowego prawa o zabezpieczeniu państwowem. J. Bieliński: Herberski Wincenty.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. 7. 3.: Wład. Sterling: O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu. Giedroyć (c. d.). Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1907.

Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny. Dwumiesięcznik Redaktor Antoni Leśniowski. Wydawca Czesław Stankiewicz. Tom I. Zeszyt I. Prof. L. Kryński: Amputacya miednicy wraz z kończyną dolną. A. Leśniowski i J. Maliniak: W sprawie torbieli trzustki. I. Neugebauer: Jedyny w swoim rodzaju przypadek torbielowatego włókniako-mięśniaka macicy. J. Borzymowski: Czwarty i piąty przypadek zeszycia serca. L. Zembrzuski: O leczeniu przepuklin pachwinowych wrodzonych u dzieci.

Przegląd pedyatryczny Zeszyt IV. i V. W Królikowski: Przyczynek do nauki o t. zw. płonicy przyrannej. H. Altkaufer: Przyczynek do kazuistyki krwawień śmiertelnych z pępka u noworodków. M. Michałowicz: O epidemii rumienia wielopostaciowego zakaźnego po odrze. J. Brudziński: O nowym objawie na kończynach dolnych w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. W. Schoenaich: O częstości występowania i objawach wyrośli gruczołowatych jamy nosowo-gardłowej u dzieci.—Sprawozdania poglądowe: I. S. Kramsztyk: Zaburzenia odżywiania niemowląt w świetle badań najnowszych. II. H. Rozenblatówna: O nowszych badaniach z zakresu bakteryologii błonicy.

Postęp okulist. Nr 6. Noiszewski: Chromofotometr, przyrząd do oznaczania wrażliwości siatkówki na światło. Wicherkiewicz: Niezwykły przypadek wrodzonego zwichnięcia soczewki.

Kronika dentyst. Nr 7. Cieszyński: Zastosowanie wyłuskiwacza prostego Beina i dłuta wydrążonego przy trudnych ekstrakcyach. Wilga (c. d.). — Nr 8. Wilga (c. d.).

Gruźlica Nr 3. Sterling: Rola szpitali w walce z gruźlicą u nas. Janiszewski (dok.).

Zdrowie Zesz. 7. Orgelbrand: Radyoczynność źródeł Soleckich i Nałęczowskich. Konwerski: Radyoczynność zdrojów druskienickich. Turczynowicz: Przyczynek do poznania stosunków zdrowotnych w Galicyi zachodniej. — Zesz. 8. Knappe: Próchnica zębów u młodzieży szkolnej. Polak: Instytut krajowy szczepienia ospy ochronnej i projekty reform w publicznem szczepieniu ospy.

Przegląd higien. Nr 7. Kuhn: Otrucia grzybami w Galicyi w r. 1908. — Urządzenia zdrowotne miejskiego teatru we Lwowie.

Głos lekarzy Nr 13. E. Piasecki: Epidemia płonicy w m. Lwowie w latach 1907—9. Mikołajski: Z wycieczki naukowej higienistów lwowskich (c. d.). Zjazdy lekarskie. — Nr. 14. Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Piasecki (c. d.). Mikołajski (dok.). — Nr 15. Walka z gruźlicą. Piasecki (c. d.) Ferensiewicz: Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy okręgowych. Praetzel: Sprawozdanie delegacyi sekcyi dentystycznej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Borovertin (wyrób firmy Aktienges. für Anilin-Fabrikation) poleca Dr Schneider (Strassburger mediz. Zeitung, 1909. H. b.), jako środek energicznie odkażający mocz. U pewnego roznosiciela duru okazała się siła odkażająca urotropiny na mocz, mimo dużych dawek, niewystarczającą, po zastosowaniu zaś borovertyny 3×1,0 znikły odrazu prątki durowe z moczu. *L. W.*

POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ * POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ"
PIOTRA MIKOLASCHA
wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.
Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.
Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca ustalonej sławy WINA LECZNICZE
przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.
Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210
Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.
Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.
Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE

do kąpieli. 222

SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach a 1 kg. | ŁOG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach a 2 kg.

FIGOL JAHR

najprzyjemniejszy i najskuteczniejszy przetwór przeczyszczający.

Figol Jahr jest to syrup sporządzony z miąszu fig smyrneńskich z odpowiednim dodatkiem płynnego wyciągu strączków senesowych.
Figol Jahr działa jako środek lekko przeczyszczający skutecznie i bezboleśnie.
Figol Jahr reguluje stolec, oddaje znakomite usługi przy zaparciu nawykowem stolca.
Figol Jahr bywa chętnie przez dzieci i dorosłych zażywany.
Figol Jahr daje się w razie potrzeby przed spaniem, dorosłym 1/2 do 1 1/2 łyżki stołowej, dzieciom 1/2 do 1 1/2 łyżeczki kawowej.
Figol Jahr kosztuje: duża flaszka Kor. 2·70, mała flaszka Kor. 1·80.
Rp. Figol lagen. origin. 215 a

Wyrób i główny skład
w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach.

P. T.

Na żądanie i z polecenia Towarzystwa ginekologicznego we Lwowie wyrabiam opatrunki P (położnicze) z moją firmą i polecam je WPanom Ginekologom:

Gaza odtłuszczona P sterylizowana
pudełko zawierające 5 metr.
Gaza jodofanowa 10% P
pudełko zawierające 5 metr.
Gaza jodoformowa 10% P
pudełko zawierające 5 metr. 212
Gaza vioformowa 10% P sterylizowana
pudełko zawierające 5 metr.
Wata Brunsa w płatkach P sterylizowana
karton zawierający 250 i 100 gr.
Proszę żądać w aptekach lub u podpisanego.

M. L. Dobrowolski
Mag. farm. właściciel fabryki opatrunków chirurg. w Podgórzu.

FILIA WE LWOWIE CZARNECKIEGO 6.

Salit szybko kojący ból i leczący środek do wcierania przy cierpieniach gośćcowych. Skóra znosi salit nierozcieńczony.

Collargol Równowartościowy, zupełnie nie niebezpieczny środek zastępujący lapis przy wszystkich zakaźnych zapaleniach oka, pęcherza i cewki, gardła i krtani, nosa i jam przylegających.

Hetralin środek odkażający mocz i pęcherz o niedosięgniętem działaniu zakwaszającem na mocz.

Acoinowa oliwa, (sol. oleos. acoin. bas.), sprawia trwały brak bolesności przy bolesnych cierpieniach oczu, usuwa światłowstręt i kurczowe zamykanie powiek. Bez zaburzania akkomodacyi.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 d

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 H. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Santyl (Knoll)

środek balsamiczny niedrażniący i bez smaku do wewnętrznego leczenia wiewióra. 13 b

Zapisuje się: 3 razy dziennie 25 kropel lub 3 do 4 razy dziennie 2 kapsułki.

Rp. 1 flaszka oryg. Santyl (Knoll) po 15 g. lub 1 pudełko oryg. kapsułek Santylowych (Knoll) po 0.4 g. No XXX.

KNOLL et Co., Ludwigshafen a. Rh.

Piśmiennictwo i próbki bezpłatnie.

Reichenhall,
willa Schönheim
ord. jak corocznie 315
Dr W. Sadowski.

Karlsbad Mühlbrunnstrasse „Rafael“. 324 **Dr Jan Latinik** ordynuje od maja do października.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

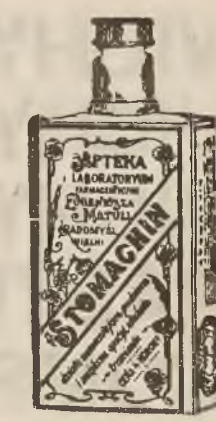
Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).



Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4.

Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

Zanim Pan poczynisz kroki o uzyskanie pożyczki osobistej hipotecznej lub realnej proszę żądać prospektu bezpłatnie MELLER L. EGYED Budapest IX. Lónyai-utca 7 Telef. międzymiast. 46—51. 284

M. U. Dr Henryk Šipek,

lekarz kąpielowy w Luhaczowicach będzie ordynował w tych kąpielach i w roku bieżącym w chorobach wewnętrznych i dziecięcych. 307

Wszelkie zapytania, informacye i wynajęcie mieszkań będą załatwiane odwrotną pocztą.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU Zastrzega się przed falsyfikatami 12

Alkohol — **Dra Emmerich'a Sanatoryum B. Baden** — Morfina

założ. 1890 dla chorych nerwowych, morf. i alkoholików. Łagodn. sposób odzwycz. od morf. Bez przymusu, bez strzykawki. Odzwycz. od alhol. wedł. wypr**ó**b. postęp. Prosp. bezpł. Właść. i kier. lekarz **Dr A. Meyer.** 350

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

ALMATEINUM *(ex formaldehydo et haematoxylino condensatione paratum).*

a) Pro usu externo; pro jodoformio optime adhibetur, sine odore et sapore, valde exsiccans, haemostaticum granulationibus favens, sine ullo effectu irritationis. (In pulvere, gaza 10%, unguento 20%, globulis, suppositoriis 1%, bacillis 33%)

b) Pro usu interno; longe optime adstringit et desinficit tractum gastro-intestinalem, sine ullo effectu venenoso. (In tabulettis à 0·5 g. [lagen. orig.] mixtura gumosa, caps. amyl.)

Lepetit, Dollfus & Gansser, Milano — Wien IX/2. 333 a

VICHY ETAT

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY

Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przspisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organow żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

I. ZJAZD INTERNISTÓW POLSKICH.

(Dokończenie).

Spis rzeczy.

III. Posiedzenie dnia 21 lipca 1909 r.

Prezes Prof. Dr Gluziński zdał sprawę z wczorajszego posiedzenia komisyi statutowej i przedłożył uchwalony statut Zjazdów, oraz dwa główne tematy na Zjazd następny.

Zjazd uchwalił wniosek Dra Janiszewskiego o wysłanie memoryału do Wydziału krajowego i ministerstwa spraw wewnętrznych w sprawie zwalczania gruźlicy.

III. Referat główny.

Prof. W. Jaworski i Doc. E. Męsowicz: **O deprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach.** (Wydrukowany w całości w Nrze 29 i 30 »Przeglądu lek.«).

Dyskusya.

Dr Mikołajski jest zdania, że apel Zjazdu w tak piekącej sprawie wywoła niewątpliwie pewne wrażenie w szerokich kołach lekarzy polskich, lecz, jak każdy apel, po pewnym czasie pójdzie w zapomnienie, jeśli się go stale ponawiać nie będzie, i jeśli działania zapobiegawczego nie ujmie się w pewną stałą organizacyę. Do tego celu najwięcej nadają się Izby lekarskie, lecz mowca radzi uzupełnić rezolucye w tym kierunku, aby 1) Izby lekarskie, w myśl zasad rezolucyi, rozszerzyły kodeks deontologii lekarskiej i wykroczenia przeciw tym zasadom w drodze dyscyplinarnej tępiły; 2) aby Izby lekarskie galicyjskie sprawę tę wprowadziły na porządek dzienny jednego z najbliższych Wieców Izb lekarskich. Dalej zwraca mowca uwagę, że Związek prasy lekarskiej polskiej, świeżo zawiązany, powinien również tą kwestyą się zająć, a mowca nie wątpi, że za porozumieniem wspólnem da się ustalić pewne normy postępowania. Wreszcie radzi mowca, by biuro Zjazdu starało się wprowadzić ten temat na porządek dzienny międzynarodowych Zjazdów lekarskich.

Dr Pisek (Podgórze). Nie zwrócono uwagi na jeden czynnik. Bardzo często się zdarza, że chory, leczony przez swego lekarza domowego, nie doznaje ulgi — oczywista udaje się do jakiejś powagi lekarskiej i prosi o poradę. Po niejakim czasie wraca chory — być może z poprawą swego stanu — do swego lekarza domowego, a pokazując mu receptę profesorską, na której wypisany jest niestety specyfik Riedla lub Mercka, prosi o powtórne zapisanie tego leku. Lekarz praktyk jest więc niejako moralnie do tego zmuszony, bo również chce pokazać choremu, że idzie z prądem nauki. Wskazaną więc jest rzeczą, by w pierwszej linii powagi lekarskie zechciały się wstrzymać od zapisywania specyfików.

Prof. Dr Gluziński zaznacza, że np. siroliny przychodzi do Galicyi rocznie 150.000 flaszeczek po 4 kor. za sztukę. Krocie więc wychodzą rocznie z Galicyi na samą tylko sirolinę, a cóż dopiero mówić o innych specyfikach? Co więcej, to wydawanie pieniędzy nie zawsze połączone jest z dobrem chorych. Sprawa nie da się załatwić uchwaleniem rezolucyi; zmiana na lepsze leży w ręku lekarzy. Nie powinni być zanadto wygodni, powinni zapisywać lekarstwa, a nie specyfiki; czasem wchodzi tu w grę konkurencya lekarska. Lekarze powinni chronić publiczność, która jest przez fabrykantów specyfików wyzyskiwana. Sprawę należałoby przedłożyć wielkiemu przyszłemu Zjazdowi lekarzy.

Dr K. Dłuski (Zakopane) przyłącza się zupełnie do zdania Prof. Gluzińskiego i wykazuje na podstawie osobistego doświadczenia, że np. u suchotników w ostatnich okresach choroby, mających wstręt do jedzenia, z łatwością można wszelkie somatozy, nutrozy i t. d., zastąpić przez substancye »domowe«, jak mleko lub śmietanka, żółtka, świeże masło w postaci kulek, połykanych w opłatkach i t. d., mające na podstawie obliczenia kaloryi większą wartość spożywczą, niż »specyfiki«.

Dr Fidler (Radom): Środki proponowane przez poprzednich mowców nie wiodą do celu. Partactwo lecznicze jest tak stare, jak samo lecznictwo. Czyż my wiemy cokolwiek o środkach, które stosujemy? Czyż wiemy co o działaniu kwasu salicylowego? Nic dziwnego, że powstaje tyle przetworów o różnych ilościach kw. salicylowego.

Wielka wina leży w niedoskonałości naszego lecznictwa, gdyż to jest przyczyną do wyszukiwania coraz to nowych środków, nie prowadzących do nowego celu.

Wśród partaczy znajdują się w znacznej liczbie i lekarze dyplomowani, którzy dążą wszelkiemi siłami do utrzymania się;

jest to więc także winą obecnego ustroju społecznego i dlatego to, co my tu mówimy, nie będzie może obowiązującem dla wszystkich innych lekarzy.

Wnoszę, by stworzyć instytut, któryby badał środki oraz ich działanie na całym szeregu chorych; wtedy będziemy mogli żądać, aby żaden uczciwy lekarz nie zapisywał środków nie poleconych i nie uznanych przez ten instytut.

Prof. Jaworski prosi o przyjęcie rezolucyi w tej formie, jak je przedstawił w wykładzie.

Dr Birkenfeld (Tarnopol) zwraca uwagę na jeden ważny szczegół w walce z partactwem: Apteki, zwłaszcza większe, wydają jako reklamę dla swojej apteki rok rocznie kalendarze, w których przy każdym przez siebie fabrykowanym środku pseudo-lekarskim zamieszczają nietylko nazwę choroby, ale także objawy zewnętrzne chorobowe, z których chory ma poznać, jakiego środka ma w danej aptece żądać. Ułatwia to chorym zresztą często już sama nazwa środka, jak np. krople na oczy, krople na kurcze żołądka, krople maciczne, proszki na bóle porodowe, maść na wyprysk, maść na rany i t. d. i t. d., oczywiście bez podania chemicznego składu tych środków.

Takie kalendarze, rozdawane przez te apteki bezpłatnie przy każdej sposobności, stają się w ten sposób, wobec braku należytej oświaty naszego ludu, zwłaszcza w prowincyach wschodnich, najgorszym może rozsadnikiem partactwa leczniczego.

Wnioski referentów i Dra Mikołajskiego przyjęto.

Dyskusya nad wykładem Dr. Krokiewicza: O »leczeniu gruźlicy sposobem własnym«.

Dr Dłuski (Zakopane). We współczesnej terapii gruźlicy panuje prąd antylekarstwowy, zaznaczony wyraźnie przed 10 laty przez Prof. Koberta na Zjeździe gruźliczym w Berlinie. — Dr Krokiewicz hołduje prądowi wręcz przeciwnemu. Przez porównanie oddalone, wobec stosowania surowic wielowartościowych, możnaby jego środki nazwać »wielo-farmakologicznymi«.

Dr Krokiewicz twierdzi, że jego płyn do wstrzykiwań działa bakteryobójczo na gruźlicę, gdzie dowody doświadczalne?

Dr K. twierdzi, że pigułki jego, rozkładając się w przewodzie pokarmowym, chronią jelita od zakażenia wtórnego przez połkniętą plwocinę — gdzie dowody doświadczalne? Dr. K. twierdzi, i słusznie, że minimalne jednorazowe dawki tuberkuliny mogą działać szkodliwie na ustrój, z racyi czego jest przeciwnikiem swoistego leczenia, tymczasem wprowadza tuberkulinę Kocha do swych wstrzykiwań, które stosuje całemi miesiącami?

Wogóle Dr Krokiewicz jest w tem szczęśliwem położeniu, że rozstrzygnął ostatecznie nierozstrzygniętą sprawę wrót zakażenia lasecznikiem.

Dr Fidler (Radom) zdaje sprawę z wrażeń, jakie odniósł na oddziele Prym. Dr Krokiewicza. Porównując przedstawionych chorych przed i po leczeniu, znalazł wybitną poprawę u jednych chorych, u drugich zaś gruźlica nie posunęła się dalej. Zapytuje się jednak, czy można to przypisać działaniu leczniczemu sposobem Krokiewicza? Przypisuje to pewnej sugestyi, jaką każdy lek na chorym wywiera. Wiemy przecież, że gruźlica jest bardzo zmienną chorobą, że chorzy, nawet z bardzo posuniętemi zmianami w płucach, czują się względnie dobrze. Dr Krokiewicz wstrzykiwał nadto pod skórę arszenik, który także wywiera przecież działanie. Nie zgadza się dalej mowca na to, aby metodę tę nazwać nową, gdyż wszyscy dawnośmy już używali tych samych środków, przytem metoda nie jest swoistą. Całe to leczenie metodą Krokiewicza należy uważać za »pendant« do leczenia w uzdrowiskach, gdzie dajemy chorym lepsze warunki.

Prof. Gluziński próbował w swojej klinice sposobu Krokiewicza i doszedł do wniosku, że metoda ta szkodliwie nie działa. Chorych ambulatoryjnych mowca nie obserwował, a u chorych, leżących na stałej klinice, polepszenia nie zauważył.

Prof. Jaworski: W sprawach takich jak gruźlica, stosujemy wszystko, co można, i bardzo trudno jest uzasadnić w danym wypadku, dlaczego ten lub ów środek stosujemy. Mowca sądzi, że dziś jeszcze tej sprawy przesądzać nie można; musimy jeszcze przeczekać parę lat. Już od czasów Kocha wciąż się nad sprawą leczenia gruźlicy pracuje, a jednak żadnych pewnych wyników nie uzyskaliśmy.

Dr Muttermilch (Warszawa): Nie można mówić o działaniu odkażającem środków, które działają odkażająco w probówkach, gdyż nie wiemy, czy środek, działający odkażająco »in vitro«, będzie również działał odkażająco w ustroju.

Dr Krokiewicz podnosi, że stosuje swój sposób od szeregu lat. Widząc, że dotychczasowe środki nie były skuteczne, zwrócił się do tej drogi. Przedstawił materyał, opierający się na 233 przypadkach, i żałuje, że tak mało kolegów zainteresowało się tą sprawą. Pytają się koledzy, co w tych pigułkach działa? Zdaniem mowcy — wszystko. Mowca nie utrzymuje, aby atoksyl działał antyseptycznie. Atoksyl wprowadzał, jako środek pobudzający przemianę materyi, a który wraz z hetolem podnosi leukocytozę. Metoda mowcy polega na tem, że głównie działa środkami farmakologicznymi; szkodzić ona nie może; na podstawie swego czteroletniego doświadczenia przypuszcza mowca, że metoda ta przyniesie w przyszłości korzyści.

Dr Dłuski. Dr Krokiewicz na postawione zasadnicze pytania nie dał mi żadnej odpowiedzi, a odpowiedział mi tylko, że ma przy stosowaniu swych środków już od 4 lat dobre wyniki. To możliwe, ale żadnego uzasadnienia teoretycznego dla swych złożonych leków nie podał.

(Przy sposobności prostuje Dr Dłuski wzmiankę w Nrze 2. »Dziennika« (str. 13) o swem przemówieniu w dyskusyi nad wykładem kol. Kučery. Mówca nie mówił o analogii pomiędzy prątkiem czerwonki a prątkiem gruźlicy. — Z powodu podniesionej w odczycie Prof. Kučery sprawy możliwego stosowania surowicy wielowartościowej w czerwonce, podniósł mówca analogię, jaka się zaznacza w metodzie leczenia niektórych chorób zakaźnych, a mianowicie: stosowanie surowicy wielowartościowej w zakażeniach paciorkowcowych, w nowszych zaś czasach stosowanie w gruźlicy »Universaltuberkulin« przez Rothschilda, która, zdaniem autora, daje lepsze wyniki, niż inne w użyciu będące tuberkuliny).

Wykłady.

I) Dr Stanisław Muttermilch (Warszawa). **O stosowaniu w odczynie Wassermanna antygenu nieswoistego.**

Prelegent, omówiwszy podstawy teoretyczne metody Bordet-Gengou odchylania komplementu oraz odczynu Wassermanna, przedstawia poglądy różnych autorów na możność stosowania w odczynie W. rozmaitych wyciągów z narządów prawidłowych, oraz czystych związków chemicznych. Własne badania prelegenta przeprowadzone zostały z wyciągiem alkoholowym z serca świnki morskiej ze szczególnem uwzględnieniem spraw chorobowych nie kiłowych. Statystyka prelegenta obejmuje przypadki następujące. (Ilość ogólna = 150). 36 przypadków kiły, z tych jeden w okresie owrzodzenia pierwotnego, 27 — w okresie drugorzędnym, 5 — w okresie trzeciorzędnym, 3 — w okresie utajonym. W powyższych przypadkach otrzymano: 4 razy wynik ujemny, 1 wynik wątpliwy (surowica autotrop.) i 31 dodatnich. Na 27 przypadków kiły w okresie drugorzędnym ilość dodatnich wyników wynosiła 25, t. j. 93%.

9 przypadków dotyczyło cierpień parasyfilitycznych (8 wiądu i 1 porażenia postęp.); wynik dodatni otrzymano 8 razy (z płynami mózg.-rdzen.).

Na 17 przypadków podejrzanych — 2 razy otrzymano wynik dodatni, raz wątpliwy.

18 przypadków dotyczyło rozmaitych chorób skórnych i moczowo- płciowych (niekiłowych): we wszystkich otrzymano wynik ujemny.

Reszta, t. j. 88 przypadków, dotyczyła rozmaitych chorób skórnych, wewnętrznych, nerwowych.

15 przypadków dotyczyło rozmaitych chorób nerwowych, mianowicie: 3 przypadki tumor cerebri; 3 neurasthenia; i po jednym: paralysis bulbaris; hemiplegia; alkoholismus chron.; dystrophia muscul.; myelitis transversa; sclerosis dissem.; meningitis cerebro-spin.; hydrocephalus (płyn z boczn. komory); hysteriasis. We wszystkich przypadkach otrzymano wynik ujemny.— 3 przypadki dotyczyły chorych bez ścisłego rozpoznania z wynikiem ujemnym.

52 przypadków dotyczyło rozmaitych chorób wewnętrznych: 7 przypadków phthisis pulm.; 5 — pleuritis exsud.; 3 — pneumonia crouposa; 3 — emphysema pulmonum; 3 — bronchitis chronica; 1 — gangraena pulmonum; 1 — stenosis laryngis; 1 — angina follicularis; 1 — insufficientia et stenosis aortae (lat 14); 1 — insufficientia et stenosis mitralis; 2 — carcinoma; 1 — sarcoma hepatis (sectio); 1 — cirrhosis hepatis hypertr.; 1 — cirrhosis hepatis atrophica; 1 — morbus Banti; 4 — cholelithiasis; 1 — gastritis; 1 — gastro-enteritis acuta; 1 — ulcus ventriculi; 1 — typhus abdominalis; 1 — polyarthritis rheumatica; 3 — diabetes mellitus; 2 — nephritis chronica; 1 — nephritis acuta; 1 — morbus Basedowi; 2 — leucaemia; 1 — monarthritis gonorrhoica; 1 — intoxicatio oleo terebinthinae.

W powyższych przypadkach t. j. na 88 surowic otrzymano 4 razy wynik dodatni, mianowicie w 1 przypadku ciężkiej moczówki cukrowej z acetonemią; w 1 przypadku rozedmy płuc;

w 1 przypadku gruźlicy płuc i wreszcie w 1 przypadku zwężenia krtani. Co się tyczy przypadku rozedmy płuc, to dotyczył on chorego, który się przyznał, że miał wrzód twardy. Co się tyczy dalej przypadku gruźlicy, to dotyczył on chorego 48-letniego, co do którego wywiady rzucały podejrzenie co do przebytej kiły (chory powtórnie żonaty, bezdzietny, jedna żona roniła). — Co się wreszcie tyczy wspomnianego przypadku zwężenia krtani, to dotyczył on kobiety 47-letniej, która kilka razy roniła; na sekcyi zaś znaleziono blizny w krtani i na strunach głosowych, zapalenie brodawkowate zastawki dwudzielnej i stwardnienie tętnic; bezwątpienia chodziło tu o kiłę.

Pozostaje zatem 1 przypadek moczówki cukrowej z dodatnim wynikiem odczynu Wassermanna u chorego, który zaprzeczał, aby kiłą kiedykolwiek był zakażony.

Materyał kiłowy, z którego prelegent w badaniach swych korzystał, pochodził przeważnie z oddziału kol. Elsenberga, materyał nerwowy z oddziałów kol. Flataua i Bregmana i wreszcie materyał wewnętrzny z oddziału kol. Rzętkowskiego. — W zakończeniu prelegent omawia stronę teoretyczną odczynu W. i dochodzi do wniosku, że nie może być tu mowy nietylko o swoistych niwecznikach w surowicy chorych na kiłę, lecz wogóle o jakichkolwiek niwecznikach komórkowych. Wiązanie komplementu powstaje prawdopodobnie przez połączenie, jakie zachodzi między lipoidami a pewnymi związkami koloidalnymi w surowicy krwi; innymi słowy wytłomaczenie t. zw. odczynu W., należy do dziedziny chemii fizykalnej.

Co się tyczy wartości praktyczno-klinicznej odczynu W., to sprawę tę ostatecznie wyświetlić mogą badania na wielkim materyale klinicznym, a zwłaszcza sekcyjnym.

II) Dr Leon Feuerstein (Lwów — Bad Hall). **O klinicznej wartości próby Wassermanna.** (Z zakładu higieny Uniwersytetu lwowskiego).

Po krótkiem omówieniu swej techniki, zdaje prelegent sprawę z wyników prób Wassermanna, wykonanych przezeń w Zakładzie Prof. Kučery na 779 surowicach, względnie płynach mózgowo-rdzeniowych 697 rozmaitych chorych.

Wyniki te zestawił prelegent na następującej tablicy (I):

Tablica I.

Grupa	Nazwa choroby	Ilość badanych przypadków	Wynik dodatni +	Wynik ujemny −	% +
I.	1. Płonica.	67	(1)	66	—
α-L	2. Varii { a. Sera	156	(1)	155	—
	b. Liquor. cerebro-sp.	9	0	9	—
II. L.	1. L. I.	11	7	4	(63·6%)
	2. L. II.	69	63	6	91·3%
	2. b. L. II. + Hg	43	15	28	34 9%
	3. L. III.	33	27	6	81 8%
	3. b. L. III. + Hg.	11	2	9	18·2%
	4. L. latens (zakażenie przed 1 5 lat).	35	18	17	51·4%
	5. L. peracta (zakażenie przed 6 i więcej laty).	31	9	22	29·0%
III. Para. L.	1. Tabes dorsalis.	5	4	1	80%
	2. Paral. prog. { Sera	127	92	35	72·4%
	Liq. c. sp.	54	30	24	55·5%
IV. Dubii	a. Sera	125	41	84	—
	b. Liq. cer. spin.	3	1	2	—

Wyniki te zgadzają się na ogół z wynikami większości innych autorów. Wyjątek stanowią surowice, a zwłaszcza płyny mózgowo-rdzeniowe paralityków; wyjaśnieniem tej sprawy zajmuje się prelegent w dalszym ciągu wspólnie z kol. R. Zagórskim.

Wpływ rtęci na wynik próby, widoczny już na powyższej tablicy, jeszcze wybitniej występuje na tablicy II., na której prelegent zestawia wynik prób u 21 chorych przed leczeniem swoistem, bezpośrednio po ukończeniu tegoż i w pewien czas później: prawie we wszystkich przypadkach, w których przerobiono dostatecznie energiczne leczenie rtęciowe, wynik dodatni próby przeistoczył się w ujemny.

Na podstawie wyników swych i przeglądu dotyczącego piśmiennictwa dochodzi prelegent do następujących wniosków:

1) Za dodatni wynik próby uważać należy jedynie zupełne, albo prawie że zupełne powstrzymanie hemolizy.

2) Wynik dodatni stwierdza, że badany uległ zakażeniu kiłowemu, z rzadką dla metod biologicznych ścisłością.

3) Nie jest stwierdzonem, aby wynik dodatni próby był wyrazem istnienia w ustroju czynnego jadu kiłowego.

4) Leczenie rtęciowe wywiera niewątpliwie nader wybitny wpływ na wynik próby. Nie wiadomo jednak dotychczas, czy przeistoczenie wyniku dodatniego na ujemny pod wpływem rtęci uważać należy za dowód jednoczesnego ustąpienia, względnie unieruchomienia jadu kiłowego w ustroju.

5) Dla celów terapeutycznych wartość próby nie powinna być przeceniana.

6) Próba Wassermanna powinna być wykonywana jedynie w odpowiednio urządzonych pracowniach.

7) Metody, zdążające do uproszczenia próby Wassermanna, a mające na celu zmniejszenie ilości odczynników przez wyzyskanie zawartych w badanej surowicy amboceptora hemolitycznego i dopełniacza, uważać należy a priori za chybione.

(Odczyt w zastępstwie autora przedstawił Prof. Dr Kučera).

Dyskusya.

Prof. Kučera dodaje, że, chcąc mieć pewne zdanie o próbie W., należy więcej, niż przy innych metodach biologicznych, opierać się na własnych próbach. Ponieważ zaś mówca systematycznie przypatrywał się próbom kol. Fejersztejna, nader sumiennie wykonywanym, i razem z nim omawiał wyniki każdej seryi, wyraża przekonanie, że próba W. tak wykonana ma niewątpliwie doniosłe znaczenie przedewszystkiem rozpoznawcze.

Co do stanowiska kol. Muttermilcha, że wartość metody należy przedewszystkiem kontrolować na materyale sekcyjnym, to mowca zdania tego nie podziela wobec tego, że anatom-patolog tylko w wyjątkowych razach (abstrahując od wykazania krętków bladych) może z całą pewnością kiłę rozpoznać.

III) Dr F. Eisenberg i Doc. Dr R. Nitsch (Kraków): **Uwagi o serodyagnostycznej metodzie Wassermanna rozpoznawania kiły.**

1. Wywoływacze naturalne — podobnie, jak i zbadane wywoływacze sztuczne działają krwiobójczo.

2. Ilościowe stosunki między dwuchwytnikiem, a dopełniaczem wpływają znacznie na czułość odczynu Wassermanna.

3. Wywoływacze naturalne i sztuczne mogą być w zawiesinie wodnej przechowywane przynajmniej 3 dni, bez utraty skuteczności.

IV) Dr F. Eisenberg i Doc. R. Nitsch (Kraków): **O odczynie Wassermanna ze sztucznym wywoływaczem.**

W przeszło 100 przypadkach wywoływacz oryginalny Sachsa i Rondoniego (A) okazał się zupełnie odpowiednim do próby Wassermannowskiej w porównaniu z wywoływaczem naturalnym z wątroby kiłowej. Także wywoływacz, sporządzony przez autorów wedle przepisu Sachsa i Rondoniego, w całym szeregu przypadków okazał zupełną zgodność z oryginalnym. Wreszcie próby z pewną modyfikacyą wywoływacza Sachsa i Rondoniego dały wyniki zachęcające do dalszych w tym kierunku badań.

V) Dr Marcin Selzer i Dr G. G. Wilenko. **Adrenalinemia a cukromocz pokarmowy.** (Z oddziału wewnętrznego szpitala powsz. we Lwowie. Prym. Prof. Wiczkowski).

Opierając się na eksperymentalnym fakcie powstawania miażdżycy tętnic u królików po wstrzykiwaniu adrenaliny i niewątpliwym wpływie nadnercza na przemianę materyi węglowodanów, badano odpowiedni materyał kliniczny: 1) z jednej strony co do obecności większej ilości adrenaliny we krwi, 2) z drugiej strony co do cukromoczu pokarmowego. Przekonano się, że przy miażdżycy tętnic u ludzi oba te objawy nie występują. Jeden przypadek cukromoczu pokarmowego przy miażdżycy znalazł swe wytłomaczenie w stwierdzonych sekcyjnie zmianach chorobowych trzustki.

Natomiast wykryto wielką zależność czynności nadnercza od stanów chorobowych układu nerwowego ośrodkowego i przysadki mózgowej. Należy przypuszczać, że to samo odnosi się i do innych gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, a w ten sposób wyjaśnia się znany już dawniej klinicznie fakt wpływu układu nerwowego ośrodkowego na zaburzenia w przemianie materyi. Odkrycie to komplikuje zarazem jeszcze bardziej poznanie wszystkich czynników, od których zależne są sprawy przemiany materyi; teorye dotychczasowe są już niewystarczające. Co do wykrytej obecności adrenaliny we krwi chorych na moczówkę, to należy na razie poprzestać na stwierdzeniu tego faktu.

Posługując się do wykrywania większej ilości adrenaliny

we krwi ludzkiej metodą wywoływania rozszerzenia źrenicy w oku ludzkièm przez wkroplenie adrenaliny i sposobem Ehrmana, przekonano się, że pewne wyniki daje tylko druga metoda.

VI) Dr Jekels (Bystra). **Teorye Freuda o nerwicach tudzież psychoanalizie.**

Podwaliną poglądów Freuda na nerwice jest zapatrywanie, że polegają one wszystkie bez wyjątku na zaburzeniach czynności płciowej, i z tego punktu widzenia dzieli on je na 2 wielkie grupy t. zw. nerwice aktualne i psychonerwice. Rozpatrzmy bliżej pierwszą grupę. Do niej zalicza Freud neurastenię i nerwicę lękową (Angstneurose). Zaburzenia te polegają podług niego na nieprawidłowościach w fizyologii funkcyi płciowej. Neurastenia, której głównymi objawami klinicznymi są: ucisk w głowie, podrażnienie rdzeniowe, zaparcie stolca, parestezye, tudzież wynikła z nich depresya psychiczna, ma jako czynnik etyologiczny samogwałt, który w każdym przypadku bez wyjątku stwierdzić można. Zaznaczyć jednak muszę, że nie chodzi tutaj o ów samogwałt, który niemal że ogólnie jest rozpowszechniony w wieku dziecięcym, lecz o samogwałt w późniejszym okresie, a zwłaszcza w epoce dojrzałości fizycznej, bardzo często i przez długi czas uprawiany. Związek ten między samogwałtem a neurastenią tłómaczy się podług Freuda w sposób następujący. Normalny akt płciowy jest czynnością bardzo złożoną, jest to sprawa odruchowa, której łuki przebiegają wprawdzie przeważnie przez rdzeń, tudzież ośrodki podkorowe, w której jednakowoż także i sfera psychiczna do pewnego stopnia współdziała. W samogwałcie, gdzie tak mało jest zewnętrznych bodźców, muszą one być zastąpione fantazyą, aby ośrodki wzwodu i wytrysku nasienia zostały pobudzone odpowiednio. Przedstawia to ogromne przesunięcie stosunku pomiędzy odruchowymi a psychicznymi czynnikami, a przeważające współdziałanie tych ostatnich w samogwałcie przedstawia o wiele zbytkowniejszy dla ustroju sposób załatwiania czynności odruchowej, tak, że nadmierne jego stosowanie doprowadzić musi do wyczerpania energii psychicznej. A wszakżeż wyczerpaniem tłómaczą się owe objawy neurastenii.

Druga postać nerwic aktualnych, t. zw. nerwica lękowa, daje następujące objawy kliniczne. Ogólne rozdrażnienie, stan ustawicznego lękliwego wyczekiwania, np. że coś strasznego lub groźnego zajść może, dalej bezsenność, przedrażnienie słuchu, potem rozmaite naczynioruchowe zaburzenia, napady nagłego lęku z objawami wzmożonej akcyi serca, tudzież narządów oddechowych. Niemniej napotykamy też formy poronne, w których nerwica jest tylko lekko zaznaczona jednym lub nielicznymi objawami, jak np. nagłe rozwolnienie lub takież poty, gwałtowne uczucie głodu, zawroty głowy i t. d., jednem słowem wszystko to, co przed Freudem podciągano pod pojęcie histeryi lub neurastenii. Dopiero Freudowi udało się wszystkie te formy ująć i oznaczyć jako jedną formę kliniczną, a to dlatego, ponieważ podług jego spostrzeżeń mają one za przyczynę też samą nieprawidłowość czynności płciowej. Wykazał on bowiem, że nerwica lękowa w przeciwieństwie do neurastenii polega na niestosunkowo małym współudziale psychiki przy akcie płciowym t. zn., jeżeli podrażnienie płciowe przebiega tylko w ośrodkach rdzeniowych i podkorowych, nie dochodząc do sfer wyższych, jak się to dzieje w następstwie dłużej uprawianego spółkowania przerywanego, lub t. zw. bezowocnego drażnienia się, a dalej u dziewic, skoro po raz pierwszy natkną się na problem płciowy, wreszcie u żon mężów, cierpiących na wytrysk przedwczesny. Pobudzenie zaś wyłącznie rdzeniowych i podkorowych ośrodków bez pobudzenia odnośnych ośrodków korowych wywołuje w tych ostatnich taki stan fizyologiczny, którego psychicznym produktem jest lęk. Za słusznością poglądów Freuda przemawia w tym przypadku i wynik leczniczy, gdyż udaje się nam osiągnąć uleczenie po usunięciu owego szkodliwego czynnika płciowego.

Gdy aktualne nerwice usiłuje Freud wytłómaczyć, jako powstałe w ostatnim rzędzie przez przewlekłe samozatrucia, a więc sprowadza je do przyczyn chemicznych, to zupełnie odmiennie ma się rzecz z t. zw. psychonerwicami, które Freud tłómaczy tylko psychologicznie. Rozróżniamy dwie formy psychonerwic: histeryę, tudzież nerwicę przymusową (Zwangsneurose). Ponieważ właśnie w tej dziedzinie dokonał Freud przewrotów najgwałtowniejszych i mających ogromną doniosłość nietylko dla patogenezy histeryi, lecz rozświetlających nadto w znacznej części ciemność, jaka w psychiatryi dotąd panowała, i nie mogących pozostać bez wpływu na psychologię, naturalną jest rzeczą, że nieco dłużej się na tem zatrzymam.

Już szkoła Charcota utrzymywała, że histerya jest zaburzeniem psychogenetycznem, t. zn. mającem swe początki i powody w zaburzeniu psychicznem, które Jeannet określił jako niezdolność do syntezy psychicznej, t. zn. skupienia wszystkich wyobrażeń, należących do jednego pojęcia. Dopiero Freud i Breuer w swych »Studien über Hysterie«, opartych na całym szeregu obserwacyi, wykazali ściśle mechanizm owego zwężenia pola świadomości, na którem podług Jeanneta miał ów brak polegać, a mianowicie afekt towarzyszący jakiemuś wyobrażeniu musi normalnie zostać wyładowany, a służą ku temu najrozmaitsze drogi, już to ruchowe, jak n. p. mowa, mimika, śmiech, płacz, ruch i t. d., albo też psychiczne, to jest kojarzenie. Na tem polega t. zw. »odreagowanie« afektu (Abreagiren), niezbędne dla równowagi naszego narządu psychicznego. O ile to »odreagowanie« jest z jakichkolwiek powodów uniemożliwione, może u osobników do tego skłonnych nastąpić »uwięźnięcie afektu« (Affekteinklemmung), który oddzielony od czynności kojarzeniowej, cechującej naszą świadomość, w tej świadomości, jak ciało obce, może się stać chorobotwórczym. Afekt taki, przedstawiający pewną sumę energii kinetycznej, a zatem nie mogący pozostać w stanie spokoju, może się w 2 formach wyładowywać. 1) Przechodzi w inerwacyę i wywołuje wówczas objaw cielesny, t. zw. konwersyę, jak to się dzieje w histeryi, albo też przyczepia się do innego obojętnego wyobrażenia, z pierwotnem choćby w luźnym tylko związku kojarzeniowym pozostającego, przez co owo pierwotnie obojętne wyobrażenie wysuwa się na plan pierwszy, jak to widzimy w nerwicy przymusowej (Zwangsneurose). W obu wypadkach wyobrażenie pierwotne, pozbawione afektu, przechodzi już przez to samo w zapomnienie (amnesia). W przypadkach tej t. zw. histeryi retencyjnej, to jest przez uwięźnięcie afektu powstałej, udało się przez wykrycie owego pierwotnego wyobrażenia, co zawsze jest połączone z wybuchem afektu, doprowadzić do właściwego odreagowania, przyczem znikał objaw chorobowy, co się naturalnie równa uleczeniu. Z biegiem czasu musiał jednak Freud zmodyfikować swoje poglądy, gdyż coraz częściej napotykał na wypadki, gdzie zapomnienie odnosiło się do wyobrażeń, pozostających w kolizyi z resztą naszej świadomości tak, że zapomnienie nosiło na sobie cechy celowości i niejako uchronne (histerya uchronna, (Abwehrhysterie). Przy jeszcze dalszem pogłębianiu tematu przekonał się Freud, że wszystkie histeryczne amnezye są celowe, i że amnezya spowodowana bywa przez umyślne wypieranie (Verdrängung) wyobrażeń z naszej świadomości, pozostających do niej w stosunku niezgodności. Twierdzenie to stanie nam się zrozumiałem, jeżeli dodam, że we wszystkich bez wyjątku przypadkach psychonerwic znajdujemy po zniesieniu amnezyi wyobrażenia ze sfery płciowej, wszak chyba najbardziej ostrej cenzurze naszej świadomości podlegające. Bez względu bowiem na to, czy odnajdujemy, jak to bardzo często bywa, myśl kazirodczą, przeważnie z wczesnego dzieciństwa pochodzącą, czy też homoseksualne pożądania, lub też inne erotyczne fantazye, wszystkie one są w rażącej niezgodności z pojęciami naszemi, kulturą i wychowaniem nabytemi, a całokształt naszej etyki i estetyki tworzącemi. W ten sposób psychonerwice przedstawiają się nam jako wyjście z konfliktu, jako kompromis pomiędzy pożądaniem płciowem, a jego odparciem. Wobec tego zrozumiałem staje się nam określenie Freuda, że objaw histeryczny nie jest niczem innem, jak spełnieniem życzenia, a zarazem fantazyą, służącą temu życzeniu. Dla objaśnienia niechaj służy krótkie streszczenie jednego z przypadków, gdzie psychoanalizę niedawno przeprowadziłem. Oto u chorej, cierpiącej od 5 lat na abazyę i astazyę, udało mi się wykazać, że chorobotwórczem wyobrażeniem była miłość ku własnemu ojcu, z lat dziecięcych pochodząca, następnie w okresie już rozwiniętych pojęć etycznych wyparta, i w ten sposób w nieświadomość zepchnięta, które to wyobrażenie przy niekorzystnych zewnętrznych warunkach (nieszczęśliwe małżeństwo) było podstawą fantazyi, jakoby chora była żoną swojego ojca, tak, że całem swojem zachowaniem się, jak i zaburzeniem w chodzeniu naśladowała dokładnie obydwie żony swojego ojca, które przypadkowo obydwie miały jakieś cierpienie w dolnych kończynach. Mówiąc tutaj o pożądaniach płciowych, niechaj mi będzie wolno zwrócić uwagę na całą rozciągłość tego pojęcia, obejmującego całe psychoseksualne podłoże istoty ludzkiej. A jak to w swej klasycznej pracy: »Drei Abhandlungen zur Sexualteorie«, opartej na wynikach psychoanalizy bardzo licznych chorych, Freud wykazał, składają się na nasz popęd płciowy liczne, zrazu rozszczepione, później dopiero w okresie dojrzewania fizycznego pod hegemonię narządów płciowych się podporządkowujące żądze luźne (Partialtriebe), a między niemi cały zastęp t. z. perwerzyi. Co za tem idzie, odnajdujemy też i w psychonerwicach, a raczej w objawach neurotycznych obok normalnych także i dą-

żności perwersyjne, a nawet tak często, że skłaniają nas one do przypuszczenia, że psychoneurotycy są to osobniki o bardzo silnie w założeniu zaznaczonych, a później wypartych perwersyjnych pożądaniach. Taksamo wynika z psychoanaliz, że właśnie przeżycia płciowe z lat dziecięcych już to w formie wydarzeń, lub też życzeń płciowych, są podstawą wszystkich późniejszych fantazyi neurotycznych.

Dla uzupełnienia tej nieco dorywczej charakterystyki, muszę dodać, że objaw histeryczny jest zawsze wyrazem kilku prądów psychicznych, i wobec tego miewa kilkoro znaczeń, z których jednak musi być conajmniej jedno symbolem płciowym. W przytoczonym przypadku naprzykład zaburzenie w chodzie oznaczało 1) Wżycie się w rolę własnej matki, która, gdy chora miała $3^1/_2$ roku, była w ciąży i miała niezmiernie utrudniony chód, co się doskonale przechowało w pamięci 35-letniej pacyentki, 2) było symbolem chwiejności charakteru męża, 3) symbolem wrzekomego dziedzicznego obciążenia wskutek alkoholizmu ojca i t. d.

Jak powyżej zaznaczyłem, leczenie polega na wprowadzeniu napowrót do świadomości owych wypartych, a przez to w nieświadomość popadłych wyobrażeń. Wynika z tego naszego pojęcia wyparcia, jako aktu woli z celowym podkładem, że w tej pracy powinny nam stanąć w poprzek te same siły psychiczne, które wyparcia dokonały, jako opory przeciw zamierzonemu przez nas uświadomieniu. Istotnie każdy, kto tego zadania się podejmuje, musi odnieść to wrażenie, i to nam tłómaczy nietylko luki, ale i złudzenia pamięciowe i wszelkie zniekształtnienia, polegające na zerwaniu związków czasowych i rozluźnieniu związków przyczynowych, a co za tem idzie, niezwykłą trudność psychoanalizy. Celem zniesienia amnezyi, owego zapomnienia chorobotwórczego wyobrażenia, posługiwał się Freud zrazu hypnozą, korzystając ze stwierdzonego już przez Bernheima rozszerzenia świadomości wśród stanu hypnotycznego. Gdy jednakowoż stan hypnozy w przeważnej części przypadków jest zależny od woli chorego, musiał się Freud oglądnąć za innym sposobem, któryby się dał zastosować w szerszym zakresie. Opierając się również na spostrzeżeniu Bernheima, że t. zw. pohipnotyczna amnezya jest tylko pozorna, i że chorzy jednak sobie przypominają, co wśród hypnozy zaszło, o ile się natarczywie na nich nalega, zaczął Freud stosować to samo natarczywe naleganie i bez hypnozy. Metoda, na tych 2 opierająca się środkach, nosiła miano met. katartycznej (katharsis). Przy tem postępowaniu zrobił Freud spostrzeżenie, że gdy nakazał chorym, by o danym fakcie usilnie myśleli, mówili oni zawsze rzeczy napozór bezładne, w rzeczywistości jednak, jak się o tem później mógł przekonać, w ścisłym związku pozostające z owym utajonym kompleksem wyobrażeniowym, niejako ogniskiem chorobowem. W tem znalazł Freud zupełne potwierdzenie swojego poglądu o zdeterminowaniu psychiki naszej, którego zupełną słuszność wykazał w 10 lat później przez doświadczenia kojarzeniowe Junga. Wobec tego odstąpił Freud od poprzedniej metody, poprzestając najzupełniej na tem, co choremu przy zogniskowaniu myśli na pewnym temacie przychodziło na myśl (Einfälle), poprzednio zleciwszy mu, by wyzbył się wszelkich świadomych oporów, jako to świadomego przemilczania czegoś, krytyki, że to lub owo do rzeczy nie należy, wreszcie wstydliwości. Zobojętniając w ten sposób niejako pewną część oporów, otrzymywał on materyał myślowy znacznie liczniejszy, w którym znajdowały się także i pierwiastki, zazwyczaj przez nas zaniedbywane, i co prawda, gdyby metoda ta polegała tylko na tem, com dotychczas przedstawił, redukowałaby się ona do nadzwyczaj prostej formułki. Niestety tak nie jest. Bo nie zapominajmy, że owe zazwyczaj zatajane myśli, jako pochodne owych wypartych niecenzuralnych wyobrażeń, nosiły na sobie piętno oporów, jakie pominąć musiały, przedostając się do świadomości, piętno w formie zupełnego zniekształtnienia, przybierającego czasem rozmiary wprost fantastyczne. Drugiem źródłem bywają sny chorych, które umożliwiają najbezpośredniejszy przystęp do »nieświadomego«, a to dlatego, bo cenzura świadomości naszej nad nieświadomą sferą podczas spania jest względnie najsłabsza. Mimoto jednak i tutaj nieświadome prądy psychiczne, powiedzmy wprost życzenia — boć marzenie senne nie jest niczem innem, jak spełnieniem życzenia, — mogą się przedostać przez cenzurę tylko zapomocą rozlicznych zniekształtnień i maskowań, co niezmiernie utrudnia ich zrozumienie. Wobec tego należało skonstruować dla obu tych tworów psychicznych, t. j. tak myśli mimowolnych, jak i snów, osobną sztukę interpretacyjną, ażeby przez kłamliwą formę dostać się do istotnego ich znaczenia. Dokonał tego Freud w sposób mistrzowski, i tu wskazuję na jego pomnikowe dzieło pod tytułem: »Traumdeutung«. Trzeciem źródłem wreszcie są owe niezamierzone, jakoby przypadkowe czynności t. zw. objawowe (Symptomhandlungen), jak n. p. zapominanie, pomyłki w mowie, przemówienia się, mienianie przedmiotów i t. d., których psychologiczne znaczenie wykazał Freud w »Psychopathologie des Alltagslebens, Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum«. Jako ostatni wysiłek tych oporów, które jako wał ochronny otaczają i odgradzają nieświadome kompleksy, należy pojąć ciekawe, pod koniec leczenia występujące zjawisko: przeniesienie afektu na lekarza, co pociąga za sobą najzupełniej naturalnie nieuświadomione odnoszenie fantazyi i objawów również do jego osoby. Z rozwiązaniem i tej ostatecznej szarady znikają opory, a z nimi razem i objaw chorobowy.

Nie jest mi nieznanem, że większość lekarzy odnosi się do tych poglądów i do tej metody obojętnie, a nawet wrogo, między innymi i uczeni tej miary, co Kraepelin i Aschaffenburg. Przyczyny tego ich stanowiska należy się dopatrywać przedewszystkiem w odruchowych oporach, na jakie napotyka u ogółu ludzi tak głęboko drążące poruszanie spraw płciowych, które zawsze głęboko w sobie zamykamy, poza tem w odrębności metody, tak niezmiernie odbiegającej od dotychczasowych sposobów badania i leczenia, w jej trudności, co wszystko razem czyni, że, jak to Aschaffenburg n. p. sam przyznaje, a o czem na innych klinikach przekonać się mogłem, iż żaden z tych zajadłych krytyków dotychczas choćby jednej analizy nie dokonał; a nie wystarcza, jak to Freud zaznacza, przeczytać analizę, lecz trzeba ją koniecznie choćby raz samemu przeżyć, by módz ocenić jej prawdziwość.

Na podstawie moich doświadczeń kilkuletnich uważam poglądy Freuda za zupełnie prawdziwe, aż do najdrobniejszych szczegółów, psychoanalizę zaś za zdobycz ducha ludzkiego o nie, ocenionej wartości, bez której stosowania, zainicyowanego już zresztą na klinikach psychiatrycznych w Zurychu i w Jenie, i psychiatrya w powiciu pozostać musi. Pomijając ogromne horyzonty, które nam otwiera na polu pedagogii, socyologii, estetyki i t. d., twierdzę stanowczo, że niemasz racyonalnego leczenia nerwic bez psychoanalizy.

VII) Prof. A. Gluziński i Dr J. Grek (Lwów). **Wpływ miesiączkowania na przebieg ciepłoty w rozmaitych stanach chorobowych.**

Na 316 przypadków, spostrzeganych w klinice lekarskiej lwowskiej, wśród których były rozmaite schorzenia, w 112 przypadkach czyli w 35·5% zaznaczył się wyraźny wpływ miesiączkowania na zachowanie się ciepłoty. Wśród 204 pozostałych przypadkach, w których wpływu tego dostrzedz nie można było, znajduje się także 35 przypadków gruźlicy, coby świadczyło, iż obecność gruźlicy w ustroju niekoniecznie wywoływać musi zmiany ciepłoty zależne od peryodu. Na 112 przypadków, gdzie wpływ peryodu na ciepłotę był wyraźny, składały się przypadki gruźlicy, przebiegające z podwyższoną lub też prawidłową ciepłotą, przypadki bezgorączkowe bez wykazalnej klinicznie gruźlicy w liczbie 60, a także 2 przypadki chorób gorączkowych bez gruźlicy. Wpływ miesiączkowania zaznaczał się podwyższeniami ciepłoty w dniach poprzedzających peryod, podwyższeniami lub też obniżaniami się ciepłoty podczas trwania peryodu, podwyższeniami lub też rzadziej obniżeniami w okresie pomiesiączkowym, wreszcie podwyższeniami ciepłoty w środku okresu międzymiesiączkowego.

Wobec 62 przypadków, w których widocznym był wpływ miesiączkowania na ciepłotę, w których jednak klinicznie gruźlicy wykazać nie było można, przyjąćby należało, że nietylko gruźlica, lecz także i inne schorzenia powodować mogą zmianę ciepłoty zależnie od miesiączkowania. Nie tylko na krzywej ciepłoty zaznacza wpływ swój miesiączkowanie, często pod wpływem peryodu występują zaostrzenia samej sprawy chorobowej, po większej jednak części zaostrzenia te są tylko przejściowe.

VIII) Doc. Dr Marischler, Dr Reichenstein i Dr Schneider (Lwów, Klinika lekarska). **Wpływ dyety różnowartościowej pod względem kaloryi i azotu na przemianę materyi u ludzi chorych.**

Autorowie podawali w 13 przypadkach chorobowych: u 4 chorych na nerki, 3 z gośćcem stawowym, 1 z rwą kulszową, 1 z cukrzycą, 2 z białaczką, 2 z »paralysis periodica intermittens«, we wstępnym okresie wysokowartościową dyetę, a w następnych okresach dyetę o bardzo małej ilości białka i kaloryi, jak i wysokowartościową pod względem kaloryi, ale również z małą ilością białka.

Z doświadczeń okazało się, że: 1) Nie wolno zejść w podawaniu pokarmów niżej 30 kaloryi na kg. wagi ciała, nie narażając chorego na ubytek wagi ciała.

2) Przy pokarmie, zawierającym 5 gr. N czyli 31—32 gr. białka i 1600 kaloryi, równowagi azotowej u chorych otrzymać nie można.

3) Pokarm, zawierający 71 gr. białka na dzień, jest na dłuższy czas niedostatecznym dla chorego dorosłego pomimo nawet dostatecznej ilości kaloryi.

4) Dyeta ta wpływa na zwiększenie produkcyi kwasów w ustroju i z tego powodu jest ona niekorzystna dla ustroju.

5) U chorych na nerki i cukrzycę może dyeta skąpa, na krótki czas podana, wpłynąć korzystnie na stan ogólny chorego.

6) Dyeta głodowa wpływa tylko poniekąd na wydzielanie kwasu moczowego, usuwając wielką część egzogenicznego kwasu moczowego, uzyskać to można jednak także przez podanie samej tylko dyety bezpurynowej.

IX) Doc. Dr W. Nowicki (Lwów). **Badania nad zachowaniem się istoty chromochłonnej nadnerczy u zwierząt i ludzi przy schorzeniach nerek** (z przedstawieniem preparatów).

Badania prelegenta rozpadają się na dwie części. W pierwszej, doświadczalnej, wykonał autor szereg badań nad istotą chromochłonną królików i psów, którym wycinał nerki obie lub jedną, nadnercza, wywoływał wodonercze lub wprowadzał śródżylnie królikom, w ten sposób operowanym, adrenalinę, surowicę królika, pozbawionego nerek lub prawidłowego, surowicę człowieka, dotkniętego mocznicą, mocz prawidłowy lub człowieka z przewlekłem zapaleniem nerek. W drugiej części swej pracy badał autor szereg nadnerczy ludzkich, uzyskanych ze sekcyi zwłok, w których znajdował rozmaite schorzenia nerek, w pierwszym rzędzie ich stany zapalne.

Na podstawie tych badań dochodzi prelegent do następujących wniosków:

1. Wycięcie jednej lub obu nerek u królików, względnie u psów, wywołuje wyczerpywanie się istoty chromochłonnej nadnerczy, większe po stronie wyciętej nerki, przyczem wyczerpywanie się jest tem znaczniejsze, im zwierzę żyło dłużej.

2. Temu wyczerpywaniu towarzyszy pojawianie się we krwi zwiększonej ilości adrenaliny.

3. Adrenalina, surowica krwi królika prawidłowego, pozbawionego nerek, surowica krwi człowieka z mocznicą, oraz prawidłowy mocz ludzki, działają powstrzymująco na wyczerpywanie się istoty chromochłonnej.

4. U ludzi z przewlekłemi schorzeniami (zapaleniami) nerek przychodzi do wzmożonej czynności nadnerczy, a temsamem większej produkcyi istoty chromochłonnej.

5. U ludzi z przewlekłem zapaleniem nerek, w końcowym (przedśmiertnym) okresie, a także w mocznicy, przychodzi do osłabienia czynności nadnerczy, a temsamem wyczerpywania się istoty chromochłonnej.

6. Zmiany, występujące w nadnerczach, w szczególności w ich istocie chromochłonnej po wycięciu nerek, względnie przy ich schorzeniach, są wyrazem podrażnienia nadnerczy, prawdopodobnie przez jakieś ciała, wytwarzające się i gromadzące w ustroju przy nieprawidłowych stanach nerek. Podrażnienie to następuje nietylko drogą bezpośredniego zadziałania na nadnercza, lecz także prawdopodobnie za pośrednictwem nerwów.

7. Zmiany, spotykane w układzie krwionośnym przy schorzeniach nerek, w szczególności przy przewlekłych zapaleniach, pozostają prawdopodobnie w związku ze wzmożoną wydzielniczą pracą nadnerczy.

X) Dr Hornowski (Lwów). **Wpływ czynników termicznych na zachowanie się istoty chromochłonnej nadnerczy u ludzi i zwierząt i jego praktyczne znaczenie.**

Na zasadzie obserwacyi sekcyjnych i doświadczeń na królikach, o których mówi prelegent, przedstawiając preparaty drobnowidowe, oraz odpowiednie tablice, dochodzi do wniosków następujących:

1. Przy oparzeniu wytwarzają się w ustroju jakieś ciała, które pobudzają układ chromochłonny do wzmożonej czynności wytwórczej.

2. Zimno powietrza otaczającego nieznacznie tylko upośledza czynność wytwórczą układu chromochłonnego w stanach prawidłowych, natomiast bezpośrednio po zabiegu operacyjnym wywiera wpływ ujemny na układ chromochłonny.

3. Umiarkowane ciepło powietrza otaczającego zdaje się wpływać korzystnie po zabiegach operacyjnych na układ chromochłonny.

4. Wyższe stopnie ciepłoty początkowo pobudzają układ chromochłonny do bardzo ożywionej działalności, szybko jednak następnie wpływają na jego wyczerpanie.

Z punktu widzenia tych wyników doświadczeń stają się zrozumiałemi różne spostrzeżenia kliniczne, a mianowicie:

a) nieznoszenie wysokiej ciepłoty przez chorych na serce, u których, jak to wykazał szereg autorów, zapotrzebowanie istoty tonizującej, wytwarzanej przez układ chromochłonny, jest już i tak wzmożone;

b) mocznica, zjawiająca się czasem jako wynik leczenia zapomocą wysokiej ciepłoty chorych na nerki, u których również jest wzmożone zapotrzebowanie istoty tonizującej;

c) chwilowe dobroczynne działanie gorąca w stanach zapadu (collapsus), z następnym jednak, zwykle jeszcze większym zapadem.

Poza tem z doświadczeń tych należałoby wnosić, że, o ile umiarkowana ciepłota może być korzystną dla chorego po operacyi, to z drugiej strony zbyt wysoka ciepłota (granic tu ściśle oznaczyć nie można) jest znacznie szkodliwsza od ciepłoty chłodnej. Zadaniem farmakologów powinno być wyodrębnienie tego ciała, które przy oparzeniach wpływa na zwiększoną wytwórczość układu chromochłonnego, a po wyodrębnieniu go zastosowanie przy szeregu stanów patologicznych, połączonych z wyczerpywaniem się układu chromochłonnego.

Dyskusya.

Prof. Dr Gluziński zaznaczył, że znaczną część fizyologii nadnercza opracowali Polacy, prof. Cybulski i Dr Szymonowicz w Krakowie; dalsze prace co do patologicznego znaczenia nadnercza idą z Uniwersytetu lwowskiego. Mowca podniósł z uznaniem badania nad stosunkiem nadnerczy do szeregu schorzeń, badania, które w szeregu prac doc. Nowickiego i Dra Hornowskiego przedstawiają wiele dotąd niejasnych spraw w nowem świetle. Wskazał dalej na konieczność przeprowadzania równoczesnego fizyologicznych kontrolnych badań przy studyach nad rolą nadnerczy w stanach patologicznych.

XI) Dr Wincenty Czernecki (Lwów). **Przyczynek do sprawy dziedziczności wrzodu żołądka.**

Prelegent przedstawia historyę chorób rodziny, złożonej z 5 osób, tj. matki i czworga dorosłych dzieci, z których wszyscy okazywali schorzenie żołądka. — U trojga osób stwierdzono napewno wrzód żołądka ze skłonnością do uporczywych krwawień, przyczem sączenie się krwi trwało długo (20—40 dni), a ustało równocześnie z ustaniem bólów (obecność śladu krwi w stolcach wykazywano próbą benzydynową). — U dwojga osób stwierdzono jedynie objawy nerwicy żołądka i opadnięcia trzew (enteroptosis) ze zmianami w chemizmie żołądka. — Prócz tego uderzały jeszcze u wszystkich członków rodziny, zwłaszcza u dzieci, wspólne cechy fizyczne i układu nerwowego, a to: budowa klatki piersiowej, jak przy t. zw. »habitus phtisicus«, zagęszczenia szczytów płuc, zwłaszcza prawego, obecność niepozrastanych z łukami żebrowymi dziesiątych żeber (»costae decimae fluctuantes«), objawy opadnięcia trzew; ze strony układu nerwowego zaś: nadczułość psychiczna, dziwactwo, wyraźny wpływ czynników psychicznych na objawy podmiotowe, zmiany naczynio-ruchowe i dermografię, tudzież podwyższenie odruchów kolanowych. Opierając się na dotychczasowych spostrzeżeniach n. p. Stillera o t. zw. przez niego »asthenia universalis congenita«. »habitus enteroptoticus, neuroticus«, czego wyrazem ma być niezrośnięcie się dziesiątych żeber (»stigma atonicum«), uważa prelegent rodzinę, przez siebie opisaną, za typ tego rodzaju ustrojów. Chorzy ci przedstawiali przykład szeregu zmian fizycznych i nerwowych, które, istniejąc obok siebie, jużto łącząc się ze sobą prawdopodobnie w związek przyczynowy (czego prelegent nie przesądza), doprowadziły w końcu do wytworzenia się wrzodu żołądka, popierając przypuszczenie, że wrzód żołądka nie jest tylko wyrazem miejscowego schorzenia błony śluzowej, lecz wynikiem kilku czynników działających, wynikiem organizacyi chorego, przyczem i układ nerwowy niepoślednią zapewne gra rolę.

W końcu zwraca prelegent uwagę na potrzebę leczenia nietylko miejscowego przy wrzodzie żołądka, lecz i leczenia ogólnego u niektórych osobników, aby w ten sposób uniknąć nawrotów cierpienia.

Dyskusya.

Dr St. Rudzki (Lwów) zaznacza możliwą łączność między układem współczulnym, a wrzodem żołądka. Przytacza dwa spostrzegane przez siebie przypadki wrzodu żołądka u chorych, cierpiących jednocześnie na chorobę Addisona, u których na sekcyi znaleziono poważne zmiany w nadnerczach i w układzie współczulnym. Zaleca badanie układu współczulnego i istoty chromochłonnej nadnerczy we wszystkich przypadkach sekcyjnych wrzodu żołądka.

D c. Dr Nowicki (Lwów) ze względu na przemówienie Dra Rudzkiego zauważa, że badania nad zachowaniem się istoty chromochłonnej układu współczulnego przy nieżytach jelit

u dzieci (osesków), połączonych ze stanem zapadowym, wykazują pewne zmiany ilościowe w tym układzie. Spostrzeżenie to zrobił u dzieci Hornowski.

Dr Kikinger (Lwów) przytacza przypadek z własnej obserwacyi, gdzie ojciec zmarł na wrzód żołądka, obecnie syn 20-letni okazuje objawy wrzodu. Co do związku między zaburzeniami w układzie nerwu współczulnego, a powstawaniem wrzodu żołądka, przytacza mowca własne badania treści żołądka, wykonane na klinice Prof. Gluzińskiego u histeryczek. W $^1/_3$ przypadków stwierdził mowca sok żołądkowy na czczo z wolnym kwasem solnym, nadto niemal we wszystkich stwierdził skazę limfatyczną; dopatruje się więc związku przyczynowego między skazą limfatyczną (gruźlicą narządu limfatycznego), a nerwicami czynnościowemi i wrzodem żołądka. Dlatego w tych razach obok leczenia dyetetycznego wskazane jest leczenie klimatyczne, jak przy początkowej gruźlicy.

Na tem zakończono wykłady i dyskusye.

Następnie zabrał głos prezes Zjazdu Prof. Gluziński, podnosząc, iż trzy dni ostatnie, spędzone na wspólnej pracy w Krakowie, okazały, iż myśl odbycia Zjazdu internistów polskich w Krakowie była szczęśliwą i nie bezowocną. Każdy początek jest trudny, jednak w tym przypadku już pierwszy Zjazd przyniósł obfity plon naukowy. Tematy poruszane, jako główne, a więc sprawa walki z gruźlicą, działanie i zastosowanie radu, jakoteż wyniki prac Zjazdu były takie, że się ich wstydzić nie potrzebujemy. Że Zjazd się udał, że położył podwaliny pod dalsze Zjazdy, zawdzięczyć należy komitetowi urządzającemu i za to złożyć mu należy podziękowanie na ręce prezesa Prof. Dra Jaworskiego. (Huczne oklaski).

Prof. Jaworski podziękował serdecznie uczestnikom Zjazdu, zwłaszcza za pracę prelegentom, przewodniczącemu Prof. Gluzińskiemu, który ten Zjazd wraz z kol. Jakowskim z Warszawy zainicyował i tak znakomicie przez cały czas prowadził, prasie lekarskiej, szczególnie Prof. Ciechanowskiemu za wydanie osobnych zeszytów »Przeglądu lekarskiego«, oraz za kierownictwo »Dziennika Zjazdu«, oraz sekretarzom komitetu Drowi Korolewiczowi i Drowi Łapińskiemu, wszystkim członkom komitetu i pp. słuchaczom medycyny, którzy pracowali w Biurze Zjazdu. (Huczne oklaski). Mowca uczcił pamięć rektora Korczyńskiego, który zabiegami swymi doprowadził do budowy tego gmachu klinicznego, w którym Zjazd się odbył. Wreszcie mowca podniósł, że wolność obrad, przemawiania w ojczystym języku i zbierania się bez żadnych przeszkód, zawdzięczamy wspaniałomyślności panującego monarchy.

Na tem Zjazd zamknięto.

Referaty w miejsce niewygłoszonych wykładów.

Prof. A. Gluziński (Lwów). **Kilka uwag o klinicznym obrazie, zależnym od zaburzeń w czynności gruczołów bez przewodów, w czasie przejściowym u kobiet.**

Prelegent zwraca uwagę na nowy kierunek badań nad gruczołami z wydzielaniem wewnętrznem, mianowicie na ich wzajemny stosunek do siebie, na wpływ czynności jednego gruczołu na czynność drugiego — a ztąd i na obowiązek klinicysty, by sprawą tą ściślej się zająć. — Badając obrazy kliniczne, spostrzegane w czasie przejściowym u kobiet, dochodzi prelegent do przekonania, że w nich widzimy nieraz właśnie wpływ podobny; zwraca uwagę na wpływ ustawania czynności narządu płciowego na czynność gruczołu tarczowego, nadnercza, na obrazy kliniczne z tem związane i na praktyczne wyniki leczenia, wynikającego z tego zapatrywania.

Doc. Dr Marischler (Lwów, Klinika lekarska). **O urochromie ze stanowiska klinicznego.**

Autor oznaczał urochrom w siedmiu przypadkadkach chorobowych drugą metodą prostszą, podaną przez Dąbrowskiego. W dwóch przypadkach podawał pastylki z tyreoidyną. Dochodzi do wniosku, że metoda ta daje zgodne wyniki z metodą bardziej skomplikowaną, podaną pierwotnie przez Dąbrowskiego, i że przy żywej przemianie istot białkowych w ustroju powstaje więcej produktów niedotlenionych rozpadu białka, do których i urochrom zaliczyć musimy.

Dr M. Reichenstein (Lwów, Klinika lekarska). **Glikozurya, a ciąża.**

Obecność cukru prawoskrętnego, fermentującego w moczu ciężarnych, spotyka się u blizko 12% wszystkich badanych ciężarnych (93). — Glikozuryę pokarmową łatwo można u ciężarnych otrzymać; i tak na 62 badanych ciężarnych, którym podano cukier gronowy — podobnie jak inne rodzaje cukrów w ilości 100 gr. w 1—2 godzin po śniadaniu — zjawiła się glikozurya w 27,6% przypadków, przyczem ilość wydzielonego cukru w moczu dochodziła do 3 gr.; w 10,7% zjawia się cukier w śladach, a w 61,7% asymilacya tej ilości cukru jest zupełna. Saccharoza przechodziła rozłożona na dekstrozę i lewulozę; z 31 ciężarnych, którym cukier ten podano, 38,7% ciężarnych okazywało wyraźną glikozuryę, u 25,8% cukier zjawiał się w śladach, a u 35,5% cukier nie przechodził wcale. Lewuloza przechodziła do moczu u ciężarnych taksamo prawie często, jak u chorych z ciężkiemi zmianami wątrobowemi, bo na 72 badanych ciężarnych w 87,6% wszystkich przypadków, a w 5,5% jeszcze w śladach. — To obniżenie tolerancyi na cukier stopniuje się aż do glycosuria ex amylo i to prawie we wszystkich tych przypadkach, w których cukier »samoistnie« się wydziela.

Ze względu na istnienie zmian w czynności wątroby (lewulozurya pokarmowa i zmiany stwierdzone w ciąży w tym narządzie przez innych autorów), ze względu na częste powiększenie gruczołu tarczowego w ciąży i częstość glikozuryi w tych przypadkach, w których istnieje wzmożona czynność tego gruczołu i przy dłuższem podawaniu przetworów gruczołu tarczowego, ze względu na prace doświadczalne Eppingera-Falty i Rüdingera, które dowodzą obniżenia granicy asymilacyi dla węglowodanów po wycięciu gruczołów przytarczycznych i udział ich w patogenezie tężyczki i drgawek porodowych, ze względu na prace Rebaudiego, które wskazują na związek pomiędzy wyspami Langerhansa w trzustce a jajnikami, przyjmuje autor, że zmieniona czynność jajników w ciąży i wpływ ich na narządy, regulujące przemianę cukrów w ustroju, jest przyczyną zjawiania się cukru w moczu ciężarnych i łatwego występowania glikozuryi pokarmowej.

Dr J. Grek i Dr M. Reichenstein (Lwów, Klinika lekarska). **Wpływ wyciągu paproci samczej** (extr. filicis mar.) **i naparu senesowego złożonego** (inf. sennae comp.) **na zachowanie się ciałek białych krwi u człowieka.**

Wyciąg paproci samczej i naparu senesowego złożonego, podany wewnętrznie człowiekowi cierpiącemu na tasiemca, wywołuje zwiększenie się ilości ciałek białych, już i tak nieco zwiększonej*). Zwiększenie to odnosi się przeważnie do leukocytów wielojądrzastych o ziarnistości neutrochłonnej. Ilość eozynochłonnych jakoteż limfocytów odpowiednio maleje. Dnia następnego po odbytem leczeniu przeciwczerwiowem ilość ciałek białych spada w porównaniu z ilością ich przed rozpoczęciem leczenia. Wkrótce po odbytem leczeniu skład krwi pod względem ciałek białych wraca do stanu poprzedniego, t. zn. znowu widzimy w porównaniu ze składem krwi człowieka zdrowego nieznaczne zwiększenie ilości ciałek białych względny i bezwzględny spadek leukocytów o ziarnistości neutrofilnej, względny i bezwzględny wzrost eozynochłonnych, jakoteż względne i bezwzględne zwiększenie się ilości limfocytów małych. Krew przeto zatrzymuje jeszcze przez czas dłuższy te same właściwości, które posiadała podczas obecności tasiemca w przewodzie pokarmowym, pomimo nawet zupełnie udałego leczenia przeciwczerwiowego.

Dr Wincenty Czernecki (Lwów). **Obecność kwasów proteinowych w płynach zapalnych i przeciwkiłowych.**

Punktem wyjścia badań prelegenta było wykrycie przez Bądzyńskiego i jego współpracowników: Gottlieba, Panka, Dąbrowskiego, Browińskiego i Gawińskiego w moczu ludzkim zwierzęcym i surowicy krwi końskiej całego szeregu związków dotychczas nieznanych, zawierających azot i siarkę, związków o naturze kwasów, niewątpliwie wielozasadowych: kwasu oksyproteinowego, antoksyproteinowego i alloksyproteinowego, tudzież urochromu, należącego również do nich. Związki te stoją bliżej drobiny białka, niż inne dotąd znane wytwory przemiany białka, a wydzielanie ich idzie równolegle z rozpadem białka, zależy od jakości białka spożytego i podlega wahaniom w stanach chorobowych. — Mając na względzie, że przez poznanie rozprzestrzenienia tych ciał w ustroju można rzucić światło na

*) Grek i Reichenstein: Lwowski Tygodnik lekarski Nr 15 1908.

przemianę białka, badał prelegent obecność tych ciał w surowicy krwi ludzkiej, względnie w płynach z jam ciała, a po przekonaniu się, że ciecze te istotnie zawierają wszystkie kwasy proteinowe, oznaczał ilościowo azot tych związków.

Wyniki badań są następujące:

a) Azot kwasów proteinowych bierze znaczny udział w ilości azotu niebiałkowego surowicy i płynów z jam ciała (tak zwanego »Retentionsstickstoff« Straussa, »Filtrationsstickstoff« Noordena).

b) Jest wielce prawdopodobne, że związki te, jako ciała o wybitnej naturze kwasów i to niezawodnie wielozasadowych, które, jak to wykazały badania St. Kozłowskiego, biorą tak niepośledni udział w wiązaniu zasad mineralnych w moczu, a tem samem w wyprowadzaniu tych zasad z ustroju, ulegają snadniej zatrzymaniu w tkankach, a może i we krwi pod wpływem czynników chorobowych, snadniej, niż inne proste krystaliczne wytwory przemiany białka. Zgadza się to z faktem, stwierdzonym przez Straussa, że w chorobach nerek znajduje się w surowicy zwiększona ilość amoniaku, którego wytwarzanie się i wydzielanie niewątpliwie idzie w parze ze wzrostem ilości kwasów proteinowych.

c) Z niestosunku ilości azotu strątu miedziowego (N urochromu) do ilości azotu strątu rtęciowego wnosić można, że octan miedzi oprócz urochromu strąca jeszcze inne nieznane nam związki.

d) Nieprawdziwe jest twierdzenie Straussa, jakoby 75% azotu ciał niebiałkowych w surowicy krwi i płynach z jam ciała przypadało na mocznik. Na karb mocznika został w badaniach Straussa bezwątpienia policzony cały azot kwasów proteinowych.

Dr. M. Selzer i Dr G. G. Wilenko: **O odczynie Camidgea** (Z pracowni chemicznej oddz. wewn. II szpit. we Lwowie, Prym. Prof. Wiczkowski).

Z metod, służących do oznaczenia zmian czynnościowych trzustki, jak Schmidta, Sahliego, Salomona i innych, zaczęto się zajmować ogłoszonym przez Camidgea odczynem, polegającym na wystąpieniu pewnego ciała w moczu przy schorzeniach trzustki, które to ciało, gotowane z kwasami i fenylhydrazyną, daje kryształki o pewnym stałym charakterze. Na podstawie dość obfitego piśmiennictwa nie można dojść do ostatecznych wniosków; co do wartości klinicznej tej metody zdania są sprzeczne. Prelegenci wykonali odczyn jedynie w 9 przypadkach chorobowych, między innymi po otruciu fosforem, przy kamicy żółciowej, w posocznicy, w gruźlicy prosówkowej. We wszystkich odczyn był dodatni. W 2 przypadkach, u których wykonano później sekcye, wykazano martwicę tłuszczową komórek Langerhansa. Zbadano tak mało przypadków z tego powodu, że zaczęto stosować odczyn u ludzi zdrowych, nie wykazujących objawów klinicznych schorzenia trzustki. I u tych odczyn był dodatni. Kryształki otrzymane były identyczne z kryształkami, otrzymanymi z przypadków sekcyjnych. Odczyn u osób zdrowych był też dodatni bez względu na dyetę i na czas pobrania moczu. Wykonywano odczyn według najnowszej modyfikacyi; kryształki odpowiadały zupełnie glukozanowi. Wobec tego odmówić trzeba odczynowi Camidgea wszelkiej wartości klinicznej; występuje on zarówno często u ludzi zdrowych, jak i u chorych z najrozmaitszemi schorzeniami. Autorowie wyrażają przypuszczenie, czy owem ciałem macierzystem, którem według Smoleńskiego ma być saccharoza, nie są węglowodany nie fermentujące, znajdujące się w moczu prawidłowym w ilości do kilku gramów na dobę, a uważane dotychczas za gumy.

Dr Z. Radliński (Kraków, Klinika chirurg.). **W sprawie jednostronnego zapalenia nerek.**

Stosowanie cystoskopii i cewnikowania moczowodów pozwoliło stwierdzić, że jednostronne zapalenie nerek zdarza się rzadko, ale istnieje. Objawy w takich przypadkach mogą naprowadzać na przypuszczenie, że chodzi o chorobę chirurgiczną nerek w dotychczasowem znaczeniu tego słowa, przedewszystkiem o gruźlicę, nowotwór, kamień i t. p. W pewnej liczbie przypadków, jako objaw panujący nad obrazem, występują: krwiomocz i bóle w chorej nerce. Z piśmiennictwa zestawiono szereg spostrzeżeń tego rodzaju, ale są to przypadki pojedyncze, które jasności i jedności obrazu dotychcza nie dają.

Jako przyczynek do wyjaśnienia tej sprawy może służyć parę przypadków z kliniki chirurgicznej krakowskiej. A więc spostrzegaliśmy 2 przypadki jednostronnego krwawienia z nerek, w których klinicznie poza krwawieniem w obu, a w jednym z nich poza nieznacznem opadnięciem i ruchomością krwawiącej nerki, innych zmian nie stwierdziliśmy. W obu przypadkach w celach wprost rozpoznawczych, w przypuszczeniu, że może chodzić o nowotwór lub gruźlicę (w jednym szczepienie Pirqueta z wynikiem dodatnim) — dokonano odsłonięcia nerki i nefrotomii. W przypadku, operowanym przez prof. Kadera, stwierdzono zwężenie moczowodu przy pęcherzu, i prócz nefrotomii dokonał prof. K. podanym przez siebie sposobem drenowania moczowodu ku pęcherzowi. Nerka na przekroju, ani kielichy i miedniczka nie przedstawiały zmian oprócz pewnej bladości. Moczowód, w dwóch miejscach przy przeprowadzaniu drenu na przebiegu nacięty, również był bez zmian, oprócz rozszerzenia ponad wspomnianem zwężeniem. W wycinku, badanym w zakładzie anatomii patolog. U. J., stwierdzono tylko zmiany zapalne. Przebieg i wynik był nadspodziewanie pomyślny. Krwiomocz ustąpił i chory, wycieńczony przed operacyą silnem 3-miesięcznem stałem krwawieniem, opuścił klinikę uleczony z moczem prawidłowym. Po paru miesiącach stwierdzono zupełnie dobry stan ogólny i mocz prawidłowy.

W drugim przypadku, operowanym przez prelegenta, na przekroju nerki, ani w miedniczce zmian nie znaleziono. Obłuszczono torebkę z nerki i umocowano nerkę do 12. żebra. Wynik zupełnie pomyślny — krwiomocz ustąpił i mocz, ostatni raz badany w dniu odczytu, (4 mies. po operacyi), prócz zaledwie dostrzegalnego śladu białka, zmian nie przedstawiał. Bóle ustąpiły. Nadmieniam, że jednostronność krwiomoczu nerkowego i brak zmian w drugiej nerce były stwierdzone w obu przypadkach badaniem cystoskopowem i badaniem wydzieliny każdej nerki osobno, otrzymanej z cewników moczowodowych.

Te przypadki do niedawna byłyby zaliczane do t. zw. krwiomoczu samoistnego, wzgl. krwawiączki nerkowej (haematuria essentialis, haemophilia renalis). Obecnie znany jest cały szereg odpowiednich spostrzeżeń, które starannie zestawił Ploos van Amster (1908). Z tych, a także z 2 innych naszych przypadków, możemy również uzyskać pewne światło co do etyologii jednostronnych schorzeń nerkowych o charakterze zapalnym. Chodzi mianowicie o rolę zwężenia moczowodu w omawianej sprawie. Zwężenie takie, z rozszerzeniem moczowodu ponad niem, zostało stwierdzone we wspomnianym już przypadku krwiomoczu, operowanym przez prof. Kadera. Dalej wyłącznie zmiany zapalne w nerce stwierdzone zostały w innym przypadku, w którym prof. Kader, przypuszczając gruźlicę, usunął nerkę z powodu jej bolesności oraz niedrożności moczowodu dla cewnika, niedrożności, powstałej przez zwężenie bliznowate pochodzenia nieznanego. Wreszcie w jednym przypadku stwierdzono na sekcyi rozszerzenie moczowodu do 3½ ctm obwodu na przekroju, przy klinicznie pozornie prawidłowej drożności ujścia moczowodu od strony pęcherza. Zmiany w nerce nosiły również cechy sprawy zapalnej. Prof. Kader przypisuje zwężeniu moczowodu wybitny wpływ przyczynowy także i na zapalne schorzenie nerek.

Na znaczenie tego czynnika przyczynowego w schorzeniu nerek rzuca światło fakt białkomoczu podczas stania i znikania białka w nocy podczas leżenia (albuminuria orthostatica) — szczególnie przy nerce ruchomej, kiedy przy staniu ona się opuszcza i moczowód zwęża się przez przegięcie; dalej fakt znikania białkomoczu przy nerce ruchomej po jej odprowadzeniu i umocowaniu w miejscu prawidłowem choćby zapomocą opaski lub peloty i t. p.

Wnioski *a*) Każdy przypadek krwiomoczu musi być badany cystoskopem, w celu stwierdzenia, czy krwawienie nie jest jednostronne. W odpowiednich przypadkach uda się stwierdzić jednostronny białkomocz. Należy zbadać wydzielinę każdej nerki osobno.

b) W razie stwierdzenia jednostronnego krwawienia lub białkomoczu, powinna być dokonana nefrotomia, ponieważ nigdy nie można powiedzieć z całą pewnością, czy nie chodzi o gruźlicę, nowotwór, kamień, a prócz tego nawet przy krwawieniu na tle zapalenia nerki nefrotomia wywiera wpływ leczniczy zarówno na ustanie krwawienia, jak i na samą sprawę zapalną.

c) Należy zawsze zbadać drożność moczowodu, zarówno cewnikiem od strony pęcherza przy cystoskopii, jak i długim zgłębnikiem od strony miedniczki przy nefrotomii. W razie stwierdzenia zwężenia należy moczowód sposobem prof. Kadera rozszerzyć drenowaniem.

d) Dziedzina krwawień nerkowych samoistnych z »nerki zdrowej« (haematuria essentialis, haemophilia renalis i t. p.), zdaje się, nie istnieje zupełnie.

Prof. Jaworski i Dr Korolewicz (Kraków) **O powietrzu w pokoju i na werandzie** (ogłoszone w całości w Nr 29—30 »Przeglądu lekarskiego«).

Prof. Jaworski i Dr Korolewicz (Kraków) **Opsoniny w gruźlicy, według obserwacyi na chorych kliniki medycznej U. J.** (ogłoszone w całości w Nr 29—31 »Przeglądu lekarskiego«).

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 14. sierpnia 1909. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ze szpitala OO. Bonifratrów w Krakowie.

O doświadczeniach z gryseryną.

Podał

Dr Jan Frączkiewicz,

Prymaryusz oddziału chorób wewnętrznych.

Wobec istnej powodzi nowych środków leczniczych i nowych »specyfików«, wyrabianych przeważnie przez pruskie fabryki farb i bardzo pomysłowo i skutecznie reklamowanych, każdy z nas zachowuje się mniej więcej obojętnie; oglądnie się przesłaną »darmo i opłatnie« próbkę środka leczniczego i jego literaturę, napisaną pod firmą klinik niemieckich, a na zamówienie fabrykantów, — i przechodzi się nad tem do porządku dziennego; często jednak zachęci nas forma lub nazwa leku i tu i ówdzie zapisujemy go choćby dla dogodzenia wybrednemu pacyentowi zupełnie nowym lekiem.

Mnie w roku 1905 zajął, a raczej z początku zaintrygował jeden z tych środków tak oryginalnością literatury, jakoteż oryginalnością opisywanego działania leczniczego. Środkiem tym była gryseryna. Literatura o tyle była oryginalna, że autorów można było podzielić na dwie wrogo przeciw sobie walczące grupy. Jedna grupa, z Konradem Küsterem na czele, kruszyła kopie w obronie gryseryny, druga, z Prof. Posnerem, gryserynę uważała za blagę.

Samą literaturą tutaj dłużej zajmować się nie myślę i nie warto. O ile sądzić mogę, pod względem naukowym pozostawia ona wiele do życzenia, z drugiej jednak strony daje się odczuć uprzedzenie i osobista animozya. Gryseryna miała być środkiem leczniczym wprost idealnym, o jakim terapia marzy.

Znaczna część chorób, zwłaszcza z zakresu chorób wewnętrznych polega na zakażeniu ustroju mikrobami; znamy wiele rodzajów mikrobów, wywołujących pewne choroby; istnieje jednak i wiele chorób, o których wiemy, że przyczyną ich są mikroby, lecz mikrobów tych nie znamy (np. odra, dur osutkowy, płonica, gościec, ospa i t. d.).

Mamy bardzo wiele środków bakteryobójczych, które chorobotwórcze drobnoustroje, o ile one się znajdują poza ustrojem, skutecznie niszczą i zabijają; jeśli jednak drobnoustroje te znajdują się w żywym ustroju ludzkim, jesteśmy w wielu przypadkach chorób zakaźnych wprost bezsilni, bo środki bakteryobójcze, wprowadzone do ustroju w dawce odpowiedniej, zabiłyby także i ustrój, a w mniejszej, nieszkodliwej dla ustroju dawce okazują się niewystarczające dla zabicia bakteryi.

Że mogą istnieć środki, które mogą niszczyć mikroby w ustroju, a nie szkodzić zarazem znacznie ustrojowi, dowodem tego jest choćby swoista skuteczność soli kwasu salicylowego w gośćcowych zapaleniach stawów, chininy w zimnicy; te środki jednak wobec innych, niejako powiedziałbym odporniejszych, mikrobów, są niewystarczające, są nieskuteczne. Marzymy też ciągle o takim środku bakteryobójczym, któryby był dla ustroju nieszkodliwy, a powstrzymywał rozwój bakteryi w ustroju, lub je wprost niszczył. I zdaje się, że ze zdobycia takiego środka zrezygnowaliśmy; badania zwróciły się w kierunku uodparniania ustroju na działanie bakteryi, w kierunku seroterapii, i sądząc z dotychczasowych wyników, mamy nadzieję, że seroterapia odda nam niezwykle cenne usługi.

Kiedy cały świat lekarski uwagę swą w tym właśnie kierunku zwrócił, pojawiła się w roku 1904 w Berlinie broszura, pisana przez laika Ryszarda Griesego: »Zupełne wyleczenie gruźlicy zapomocą wewnętrznego odkażenia« (Absolute Heilung der Tuberculose auf dem internen Desinfectionswege). W broszurze tej podaje autor, że sam doszedł, iż odkażenie wewnętrzne da się przeprowadzić zapomocą »loretyny«, który to przetwór podał Prof. Claus z Freiburga w 1893 r., jako zastępczy w miejsce jodoformu, a zatem do zewnętrznego użytku; jestto wedle nazwy niemieckiej: »Orthooxychinolin-meta-jod-ana-sulfosäure«. Przetwór ten wypróbował na sobie samym p. Griese, zażywając jednorazowo 5 gramów wewnętrznie i prócz biegunki żadnych innych szkodliwych skutków nie zauważył; zmodyfikował go przez zmieszanie z węglanem sodowym, podnosząc jego siłę bakteryobójczą pięciokrotnie i nazwał »gryseryną«, a nie mogąc znaleźć bezinteresownej pomocy ze strony lekarzy w Berlinie w celu ściśle naukowego zbadania środka i wypróbowania go, puścił się na partactwo i miał u kilku, przez lekarzy opuszczonych suchotników, otrzymać zadziwiające wyniki i te ogłosił w powyżej podanej broszurze. Broszura ta jednak nie zrobiła najmniejszego wrażenia i nikt się sprawą tą bynajmniej nie interesował, ponieważ sprawa nie miała żadnej naukowej podstawy, ani uzasadnienia. Griese wówczas sam zwrócił się po raz drugi do kilku lekarzy i ci, a mianowicie K. Küster, Mahner-Mons, Dörschlag, postanowili przeprowadzić doświadczenia z gryseryną. Doświadczenia te miały wypaść tak dla gryseryny korzystnie, że lekarze ci ogłosili artykuły o zupeł-

nej uleczalności gruźlicy nawet w III okresie, o wyleczalności nowotworów złośliwych, nie dających się operować o rzeczach przeto, wedle obecnych pojęć nauki niemożliwych. Artykuły te, zdaniem mojem, właściwie gryserynie najwięcej zaszkodziły; żadna powaga naukowa głosu w tej sprawie poprostu zabrać nie śmiała, a kilka złośliwych artykułów przeciwników sprawę do reszty pogrzebało. Rzecz ta bardzo mnie zaintrygowała i postanowiłem przeprowadzić samoistne bezstronne doświadczenia.

Doświadczenia moje rozpocząłem w 1905 r. jeszcze w starym szpitalu OO. Bonifratrów, a więc w warunkach niezbyt pomyślnych, starałem się jednak rzecz o ile można ściśle przeprowadzić. Wskutek przenoszenia się do nowego budynku szpitalnego zmuszony byłem doświadczenia chwilowo w r. 1906 przerwać, a rozpocząłem je na nowo w warunkach o wiele lepszych w r. 1907 i dotychczas je przeprowadzam. Prawie do połowy r. 1908 używałem gryseryny wyłącznie tylko w gruźlicy i to w najrozmaitszych okresach gruźlicy płuc, w kilku dostępnych mi przypadkach gruźlicy kości, gruczołów, a od drugiej połowy r. 1908 także przy innych chorobach, jak to w poniżej podanem zestawieniu zobaczymy.

Pokrótce pozwolę sobie tu przytoczyć niektóre własności fizyczno-chemiczne i bakteryologiczne gryseryny.

Gryseryna jestto, wedle Koberta, przetwór, zawierający jod prawie w 29%. Jestto proszek krystaliczny, żółtawy, rozpuszczalny w wodzie zimnej w stosunku 1:200, w gorącej 1:20; w wyskoku, eterze, chloroformie i tłuszczach nierozpuszczalny, natomiast łatwo rozpuszczalny w alkaliach. Bakteryologiczne własności zbadali dokładnie Prof. Petruschky w Gdańsku, Aufrecht w Berlinie, Hueck w Charlottenburgu i Kobert w Rostoku.

Wedle Petruschkyego gryseryna działa:

na bakterye błonicy w rozczynie 1:10400 powstrzymująco rozwój,
na bakterye błonicy w rozczynie 1:4000 zabójczo,
na paciorkowce w rozczynie 1:10400 powstrzymująco rozwój,
na paciorkowce w rozczynie 1:4000 zabójczo,
na dwoinki zapalenia płuc 1:10400 zabójczo i t. d.

Wszyscy prawie znaleźli, że gryseryna znacznie silniej działa na prątki gruźlicze, niż na inne bakterye. Wedle np. Aufrechta rozczyn gryseryny 0·5% niszczy prątki gruźlicze po 15 minutach, 1% po 5 minutach.

Do doświadczeń użyłem około 5 kilogramów gryseryny, dostarczonej mi przez fabrykę (Griserin-Werke) w Charlottenburgu.

Chorych, którzy byli gryseryną leczeni, było ogółem 128, mężczyzn 108, kobiet 20. Z tego w szpitalu leczonych było 72, reszta w prywatnej mojej praktyce i ambulatoryum szpitala.

Co do wieku leczonych można następujące podać zestawienie:

od 4—10 lat	5 osób	
» 11—20 »	23 »	
» 21—30 »	40 »	
» 31—40 »	28 »	
» 40 wyżej »	32 »	
razem	128	

Czas leczenia trwał najmniej 2 tygodnie, najdłużej 6 miesięcy; średnio czas leczenia trwał 42 dni.

Co do chorób, w których podawałem gryserynę, pierwsze miejsce zajmuje gruźlica płuc.

Chorych na gruźlicę płuc	leczono	96
» » zapalenie płuc	»	12
» » raka sutka i skóry	»	3
» » dur brzuszny	»	3
» » rany zewnętrzne	»	8
» » nieżyt pęcherza moczowego	»	2
» » przewlekłe zapalenie nerek	»	2

Podawałem nadto gryserynę w 3 przypadkach u ludzi zdrowych dla kontroli.

Zanim przejdziemy do wyników leczenia gryseryną chorych na gruźlicę, pozwolę sobie przytoczyć zestawienie, ilu chorych leczyłem w poszczególnych okresach gruźlicy.

W I. okresie, w początkowem zagęszczeniu szczytów z ogólnej liczby 96 leczyłem tylko 18 chorych, albowiem do szpitala rzadko zgłaszają się chorzy w początkowych okresach i te przypadki zresztą należą przeważnie do praktyki ambulatoryjnej i prywatnej.

W II okresie leczonych było 38 chorych.

W III okresie leczonych było 28 chorych.

Chorych na gruźlicę kości leczonych było 8.

Chorych na gruźlicę gruczołów limfatycznych było 4.

We wszystkich prawie przypadkach gruźlicy płuc stwierdzono prątki gruźlicze w plwocinach i wyraźne zmiany miejscowe, zależnie od okresu choroby. Poszczególnych historyi chorób przytaczać nie myślę, gdyż uważam to za zbyteczne, zaznaczę tylko, że badając chorych zauważyłem częstsze i wybitniejsze zmiany przeważnie w szczycie płuca prawego.

Wynik leczenia zależał głównie od okresu choroby, od rozległości zmian, stanu gorączki i t. d. Zaznaczam, że wszyscy chorzy prawie bez wyjątku gorączkowali; ciepłota dochodziła do 40° C., począwszy od stanów podgorączkowych. Chorzy zażywali gryserynę 2 razy dziennie w dawce początkowo 0·3, później 0·5 rano, naczczo i na godzinę przed kolacyą. Dzieciom poniżej 10 lat podawałem dawki od 0·15 do 0·30, 2 razy dziennie. Chorzy ogółem znosili środek ten dobrze. W pierwszych dniach występowały niejednokrotnie pewne zaburzenia w przewodzie pokarmowym, kruczenia w kiszkach i przelewanie, częstsze wolne stolce, bardzo rzadko biegunka; objawy te bez żadnych środków po kilku dniach, najpóźniej do tygodnia ustępowały. Po tygodniu już chorzy odczuwali podmiotowo polepszenie, apetyt się wzmagał; z bardzo rzadkimi wyjątkami gorączka stale, chociaż nieraz powoli, opadała tak, że najpóźniej w 3. lub 4. tygodniu leczenia chorzy, poprzednio wysoko nieraz gorączkujący okazywali prawidłową ciepłotę ciała. Apetyt stale i bez wyjątku się poprawiał, niejednokrotnie stawał się bardzo dobrym, chorzy szpitalni musieli otrzymywać nawet podwójne porcye posiłku. Kaszel zwykle w początku nieco się zwiększał, natomiast odpluwanie stawało się łatwiejszem tak, że kaszel, chociaż częstszy, bywał mniej męczący; po 2 lub 3 tygodniach kaszel się zmniejszał. Plwociny z początku zbite, gęste *(sputa globosa)*, stawały się w miarę zażywania gryseryny więcej śluzowe i pieniste. Objawy przedmiotowe, dające się stwierdzić, po-

woli jednak zmieniały się na lepsze, zwłaszcza rzężenia w znacznej ilości ustępowały, a charakter ich zmieniał się; z wyraźnie poprzednio dźwięcznych stawały się mniej dźwięcznemi i wilgotnemi. Furczenia i świsty trwały znacznie dłużej. Stłumienie zazwyczaj pozostawało, niejednokrotnie jednak rozległość jego malała.

Prątki znikły zupełnie tylko u 9 chorych, znajdujących się w początkowych okresach choroby; u 43 chorych ilość prątków wyraźnie się zmniejszyła, u reszty pozostała niezmieniona; w małej ilości przypadków, bo tylko w 4, powiększyła się.

Poprawę wyraźną poznać było można po lepszem wyglądaniu chorych i po zwiększeniu się wagi ciała, które doszło w jednym przypadku nawet do 7 kilogr.

Z leczonych w I okresie na 18 chorych wyraźną poprawę uzyskało 15, czyli 83·3%.

Z leczonych w II okresie na 38 chorych wyraźną poprawę uzyskało 21 chorych, czyli 55·2%. Stan nie zmienił się u 12 chorych. Pogorszenie wystąpiło tylko u 5 chorych.

Stan niezmieniony wytłómaczyćby można we wszystkich prawie przypadkach krótkością leczenia, najwyżej do 4 tygodni, chorzy bowiem niecierpliwi, nie widząc w tym czasie polepszenia, domagali się uwolnienia ze szpitala; ambulatoryjnie zaś leczeni — więcej się nie zgłaszali. Co do pogorszenia, to nigdy nie było ono gwałtowne, a raczej rozwijało się powolniej, niż u innych chorych, nie zażywających gryseryny. Dla kontroli obok chorych, zażywających gryserynę, umieszczałem i chorych mniej więcej z takiemi samemi zmianami i podawałem im tylko środki wykrztuśne i uśmierzające kaszel. Różnica bywała znaczna na korzyść gryseryny.

Z 28 chorych, leczonych w III okresie, widoczną poprawę stwierdzić mogłem u 7, zatem 25%, u 9 stan pozostał niezmieniony, u 12 nastąpiło pogorszenie.

U niektórych chorych, ze stanem niezmienionym przedmiotowo, można było jednak stwierdzić poprawę podmiotową; chorzy zyskiwali apetyt, czuli »ulgę na piersiach«, kaszel bywał mniejszy, mniej męczący, poty nocne mniejsze, plwociny więcej pieniste i śluzowe. U 12 chorych pogorszenie w III okresie gruźlicy nie jest dziwnem i tu także pogorszenie to było stosunkowo powolniejsze, niż bywa zazwyczaj.

Jako przykład pozwolę sobie przytoczyć tylko pokrótce historyę choroby jednego chorego.

Ks. R. D., lat 27, przybył z Zakopanego d. 16. lutego b. r., Stwierdziłem przytłumienie po stronie prawej z tyłu od szczytu do połowy łopatki, po stronie lewej z tyłu od szczytu do grzebienia łopatki; z przodu po prawej do 3. żebra, po lewej do 2. żebra. Osłuchiwanie stwierdza po stronie prawej szmery oskrzelowe, liczne dźwięczne średnio- i drobnobańkowe rzężenia, po stronie lewej szmer miękki oskrzelowy, rzężeń znacznie mniej drobnobańkowych. Ciepłota ciała dochodziła do 39° C. Tętno 120, drobne, regularne. Apetyt upośledzony, w jamie ust obfite pleśniawki (*soor*). Bole przy połykaniu; nagłośnia obrzękła, pokryta pleśniawkami. Poty nocne obfite. Plwociny kuliste (*sputum globosum*) w sporej ilości, cuchnące. Choremu przepisałem oprócz kodeiny gryserynę 0·3 dwa razy dziennie, rozczyn gryseryny 1% do inhalacyi i do płukania ust.

Po tygodniu pleśniawki ustąpiły, apetyt się poprawił, kaszel mniej męczący, ciepłota ciała utrzymuje się ponad 38° C., poty mniejsze, plwociny mniej cuchnące.

Po dwóch tygodniach podałem po 0·5 gryseryny dwa razy dziennie. Chory ma coraz lepszy apetyt, je dużo, bolów przy połykaniu niema; nagłośnia wyraźnie obrzękła, błona śluzowa jamy ust i gardła czysta. Stan ogólny podmiotowy lepszy, przedmiotowo w płucach stan ten sam.

Po czterech tygodniach tętno do 140, bardzo drobne, duszność, kaszel, jednak mniej męczący; apetyt doskonały, chory domaga się więcej jadła i to pokarmów zwykłych, chleba, masła, wędlin, mleka i t. p. Stan przedmiotowy w płucach jednak gorszy, poniżej łopatki prawej odgłos opukowy z odcieniem bębenkowym, dość liczne drobne rzężenia, oprócz furczeń; pod obojczykiem prawym objaw Wintricha.

Dnia 7 kwietnia b. r., w siedem tygodni po przybyciu do szpitala, uczuł chory bol kłujący w prawej stronie klatki piersiowej i duszność, kaszel jednak chwilowo prawie ustał. Stwierdziłem odmę opłucną prawostronną z niewielką ilością płynu ropnego w samym dole. Podmiotowo chory nie czuje się wiele gorzej. Apetyt ciągle dobry. Płynu powoli w jamie opłucnej przybywało. Kaszel napadowy; chory odpluwa znaczne ilości plwociny ropiastej, jednak nie cuchnącej. Ciepłota rano prawidłowa, wieczorem nie przekracza 37·5 C., tętno 120—140 drobne, duszność nieznaczna. Dnia 17 kwietnia b. r. chory je dużo, pije do 2 litrów mleka. Błona śluzowa jamy ust i gardła czysta, bolów przy połykaniu niema. Plwocina obfita ropiasta, nie cuchnąca; potów niema; chory czuje się osłabiony; po stronie lewej stan w płucu przedmiotowo lepszy, rzężeń znacznie mniej; ciepłota ciała waha się między 36·5° C. do 37·8° C. Ból tępy w boku prawym, stolec regularny. Chory do dziś żyje.

(Dok. nast.).

Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie.
(Kierownik Prof. O Bujwid).

O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy.

Sprawozdanie poglądowe[1]).

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Mówiąc dotychczas sumarycznie o typie ludzkim i bydlęcym, mogłem wywołać mylne wyobrażenie, jakoby pierwszy był wyłącznie właściwym zakażeniom ludzkim, drugi zaś bydlęcym. Otóż badania dualistów, na rozległym materyale przeprowadzone, pokazują, że tak bynajmniej nie jest, że nazwa typu oznacza tylko, że dany typ najczęściej spotyka się w zakażeniach np. ludzkich, nie zaś, że tylko on zdolny jest zakazić człowieka. Gruźlica bydła, świń, kóz, owiec, koni, psów i kotów zdaje się prawie wyłącznie polegać na zakażeniu typem bydlęcym, o ile pozwalają o tem sądzić niezbyt liczne jeszcze systematyczne badania. Inaczej przedstawia się natomiast sprawa u człowieka: na 56 przypadków gruźlicy, dokładnie zbadanych, Kossel, Weber i Heuss wyhodowali 49 razy bakterye typu ludzkiego, 5 razy typu bydlęcego, 2 razy zaś oba typy z tego samego przypadku. Szczepy ludzkie pochodziły z najrozmaitszych form gruźlicy i z ludzi różnego wieku, szczepy bydlęce wyhodowano wyłącznie z dzieci do lat 7; w 4 przypadkach można było napewno stwierdzić, że zakażenie nastąpiło drogą przewodu pokarmowego, piąty był pod tym względem niepewny. Oba typy wyhodowano raz w przypadku ciężkiej gruźlicy jelitowej z gruczołów krezkowych 30 letniej kobiety, drugi raz zaś z dziecka 5½-letniego i to bakterye bydlęce z gruczołów krezkowych, ludzkie ze śledziony. Ciekawe badania Oehleckera dotyczyły gruźlicy chirurgicznej: na 50 przypadków wyhodował on 45 razy bakterye ludzkie, 5 razy bydlęce i to wyłącznie u dzieci, mianowicie na 14 przypadków gruźlicy gruczołów szyjnych 4 razy, na 34 przypadków gruźlicy kostnej 1 raz. Ostatnie zestawienie Webera, obejmujące wszystkie badania szkoły berlińskiej, wykazuje na 140 przypadków gruźlicy ludzkiej 116 razy typ ludzki, 21 razy typ bydlęcy, 3 razy zakażenie mieszane. I tutaj pokazuje się, że zakażenia typem bydlęcym dotyczą prawie wyłącznie wieku dziecięcego (na 84 dzieci — 21 razy typ bydlęcy, 2 zakażenia mieszane) i tu znowu przewód pokarmowy wysuwa się na pierwszy plan, jako wrota dla tego zakażenia: na 22 przypadków pierwotnej gruźlicy jelit 15 razy typ bydlęcy, na 16 przypadków gruźlicy gruczołów szyjnych 6 razy, na 27 gruźlic kostnych — 1 raz; również i u dorosłych jedyne zakażenie mieszane znaleziono w przypadku pierwotnej gruźlicy jelit. Za tem, że prze-

[1]) Wykład wygłoszony w Tow. lek. krak. dn. 12 maja 1909 jako pierwszy z cyklu wykładów o gruźlicy.

wód pokarmowy stanowi najczęstsze wrota dla zakażenia typem bydlęcym, przemawia także fakt, przytoczony przez Webera, że u dzieci, u których stwierdzono to zakażenie, wywiady nie wykazały wśród otoczenia osób gruźlicą dotkniętych, że zatem należy przyjąć zakażenie przez pokarmy, t. j. najczęściej mleko lub nabiał. Te doświadczenia mają niezmierną doniosłość, przedewszystkiem dlatego, że zbijają najdosadniej twierdzenie, jakoby gruźlica bydlęca nie mogła się przenosić na człowieka; oczywista, że co do częstości takiego zakażenia, nie mogą one ostatecznie rozstrzygać, bo wykonane były na wyszukanym materyale, przy którego zbieraniu umyślnie polowano za pierwotnemi zakażeniami jelitowemi. Należy przytem uwzględnić, że tą drogą mogą się dostawać do ustroju nietylko bakterye bydlęce z mlekiem krowiem, ale także i ludzkie z pyłem lub nieczystościami (Lignières, Kossel, Weber i Heuss), a nawet mogą te bakterye ludzkie wywoływać u człowieka zmiany perlicze (Kossel, Weber i Heuss, Ipsen). W każdym jednak razie zakażenie to wobec ogromnej częstości gruźlicy bydlęcej i częstego znajdowania bakteryi w mleku może, zwłaszcza dla wieku dziecięcego mieć bardzo poważne znaczenie, jak słusznie podnosi komisya angielska, która na 60 przypadkow zbadanych, znalazła 14 razy bakterye bydlęce i to 13 razy w przypadkach pierwotnej gruźlicy przewodu pokarmowego. Dość przypomnieć, że Hess w Nowym Yorku w 16% wszystkich prób mleka znajdował bakterye gruźlicze, a Raw stwierdził, że 293 dzieci z *tabes mesaraica*, karmionych było sztucznie. Zakażenia takie, podobnie zresztą, jak i zakażenia typem ludzkim, mogą nadto przez pewien czas istnieć w stanie utajonym bez zmian anatomicznych, jak to stwierdzili Weber i Baginsky, którzy badając gruczoły 26 dzieci bez zmian gruźliczych, wykazali bakterye bydlęce w gruczołach szyjnych dziecka 2½-letniego, karmionego mlekiem krowiem. Naturalnie wobec tego należy przyjąć, że zakażenia takie po części dotąd uchodziły badaniu i są może częstsze, niż ogólnie przypuszczano, a przypadek Webera pokazuje, że zdolne są u dzieci wywołać gruźlicę prosówkową. Ale i u dorosłych zakażenia takie są możliwe — i to zarówno przez mleko (przypadek Webera), jak przedewszystkiem drogą skóry; tu należą niezbyt rzadkie przypadki *tuberculosis verrucosa cutis* u rzeźników, u których Kleine stwierdził bakterye typu bydlęcego. Czy bakterye bydlęce mogą u dorosłych wywołać gruźlicę płuc, nie jest dotąd napewno stwierdzonem, chociaż przypadki Beitzego i de Jonga zdają się za tem przemawiać, bądź co bądź jest to chyba dość rzadka forma zakażenia. Trudno też na razie orzec, jaki stopień jadowitości okazują bakterye bydlęce wobec ustroju człowieka: względna częstość zakażeń tych u dzieci zdaje się przemawiać za większą wrażliwością w tym wieku: co do dorosłych, doświadczenia Baumgartena i Klemperera, którzy nieuleczalnym chorym rakowym bezskutecznie starali się zaszczepić bakterye bydlęce, świadczyłyby o niewielkiej jadowitości; podobnie przedstawiają się skórne zakażenia rzeźników i weterynarzy przeważnie dość łagodnie.

Zupełnie odrębny typ dualizmu, o którym kilka słów wypada wspomnieć, przedstawia Spengler: na podstawie specyalnych metod barwienia, a zwłaszcza t. zw. metody osłonkowej (Hüllenmethode) rozróżnia on już morfologicznie bakterye bydlęce od ludzkich i na tej podstawie buduje on daleko sięgające teorye o patogenezie gruźlicy u człowieka. I tak twierdzi on, że na 1200 przypadków badanych znaleziono 1131 zakażeń mieszanych, 47 zakażeń czysto bydlęcych, 22 czysto ludzkich. Wobec tego, że na tej podstawie chce Spengler opierać i swoiste leczenie gruźlicy, że nadto poglądy te pozostają w rażącej sprzeczności nietylko z ogólnie przyjętemi zapatrywaniami, ale i z przytoczonymi wyżej wynikami ścisłych badań różnych uczonych, wypada stwierdzić, że sama morfologia stanowczo nie wystarcza do rozróżnienia obu typów, że nawet w czystych hodowlach jednego czy drugiego typu stwierdza się obok siebie laseczki cienkie i grube, z których pierwsze Spengler uważa za ludzkie, drugie zaś za bydlęce.

Wracając do sprawy tożsamości bakteryi ludzkich i bydlęcych, muszę zaznaczyć, że o ile badania dualistów w zasadzie potwierdziły poglądy, wypowiedziane przez Kocha, choć przeważnie ograniczyły jego twierdzenie o nieszkodliwości gruźlicy bydlęcej dla człowieka, o tyle nie brakło innych badaczy — a spotykamy wśród nich i nazwiska poważne i bardzo cenione — którzy nie godzą się na dualizm kochowski. Nie zaprzeczają oni naturalnie faktycznych różnic, stwierdzanych w przeważnej ilości przypadków, sądzą jednak, że różnice te są niestałe, że są wyrazem czasowego przystosowania do pewnego gatunku, które może być mniej lub więcej zupełne, może jednak pod wpływem zmiany środowiska ulegać zmianom, a nawet zniknąć. Jako dowód tej niestałości typów, przytaczają oni przedewszystkiem istnienie t. zw. typów przejściowych, które jednoczą pewne właściwości jednego typu z innemi cechami drugiego; typy te według nich nawet nie zbyt często się spotyka, (dualiści twierdzą, że w takich razach przeważnie chodzi o przypadki zakażenia mieszanego i że typ przejściowy jest wtedy tylko mieszaniną dwóch typów). Wreszcie twierdzą niektórzy unitaryści, że przez hodowię, a przedewszystkiem przez przeprowadzanie przez różne zwierzęta (kozy, morskie świnki), udaje się przemieniać jeden typ w drugi, a przynajmniej zmieniać jego właściwości chorobotwórcze. I te doświadczenia jednak nie są na razie zupełnie bez zarzutu przeprowadzone i przyszłość dopiero musi pokazać, czy typy przejściowe i typy przemienione zdołają przechylić szalę na stronę unitarystów. Jeżeli zaś chodzi o stronę praktyczną sprawy, to z całego tego szeregu prac wynika konieczność dalszej, wytrwałej, a konsekwentnej walki z gruźlicą bydlęcą — a we wniosku tym muszą się jednoczyć obie strony walczące; rzeczą dalszych badań będzie określić, jak wielkiem i częstem jest niebezpieczeństwo, zagrażające z tej strony życiu człowieka, a zwlaszcza dziecka.

Ale na walce z gruźlicą bydlęcą nie kończą się bynajmniej wszystkie możliwości skutecznego zwalczania gruźlicy; sam człowiek stanowi niewątpliwie częstsze i poważniejsze źródło zakażeń. Z tej częstości zdać sobie sprawę i na niej oprzeć plan całej walki, jest obowiązkiem każdego, co do tej walki staje. Mówiono już dawniej, że gruźlica jest chorobą bardzo częstą; sam uczyłem się do egzaminu, że $^1/_7$ wszystkich ludzi umiera na gruźlicę; a $^1/_3$ okazuje zmiany gruźlicze na stole sekcyjnym. Ale nowsze badania pokazują, że i te liczby są jeszcze za skromne. Statystyka Schlenkera i Hanaua pokazuje na 100 sekcyi 66 razy obecność zmian gruźliczych, wśród tego 35 gruźlic śmiertelnych, 4 gruźlice ciężkie, 27 utajonych lub nieczynnych. Głośna statystyka Naegelego, oparta na bardzo skrupulatnem zbadaniu 508 przypadków sekcyjnych, pokazuje u dzieci do lat 18 obecność zmian gruźliczych w 18%, z tego $^2/_3$ gruźlic śmiertelnych, u dorosłych 93% ze zmianami gruźliczemi, wśród nich 28% gruźlic śmiertelnych. Częstość gruźlicy minimalna w pierwszym roku życia wzrasta proporcyonalnie z wiekiem, w 28-ym roku życia 98% wszystkich osobników okazuje zmiany gruźlicze czynne lub nieczynne. Do podobnych wniosków dochodzi Burkhardt na podstawie 1452 sekcyi; wśród dzieci znajduje 39% gruźlic, z nich połowę śmiertelnych, wśrod dorosłych 91% ze zmianami gruźliczemi, w 37% śmiertelnymi, w 16·5% czynnemi utajonemi, w 37·5% nieczynnemi. Tutaj częstość gruźlicy wzrasta stopniowo wraz z wiekiem, natomiast ciężkość przebiegu słabnie od 30-go roku, dając coraz mniejszy odsetek gruźlic śmiertelnych, coraz większy utajonych i nieczynnych. Wreszcie ostatnim czasom zawdzięczamy dwie cenne statystyki sekcyjne, rzucające jaskrawe światło na częstość gruźlicy w wieku dziecięcym. Pierwszą z nich podał Hamburger, a opiera się on na 848 sekcyach, wykonanych przez wytrawnego anatomopatologa Prof. Ghona w Wiedniu ze szczególnem uwzględnieniem gruźlicy. Załączona tablica przedstawia schematycznie jej wyniki:

Wiek:	0—3 mies.	4—6 mies.	7—12 mies.	1—2 lat	3—4 lat	5—6 lat	7—10 lat	11—14 lat	wogóle
Częstość gruźlicy %	4	18	23	40	60	56	63	70	40
Śmiertelność gruźlicy %	100	100	80	70	67	60	68	50	69
Gruźlicy wyleczonej %	0	0	0	0	7	10	17	33	8·5
Gruźlicy utajonej %	0	0	4·5	17	30	34	35	53	17

Do podobnych wyników wiedzie statystyka Sehlbacha z Wrocławia, oparta na 1423 sekcyach dzieci do lat 9; i tutaj stałe narastanie gruźlicy z miesiąca na miesiąc w pierwszym roku życia, z roku na rok w dzieciństwie — i, co zawsze jest ważne dla zapobiegania — równoległość śmiertelności z częstością sztucznego karmienia u dzieci. Wszystkie te statystyki, różne co najwyżej w drugorzędnych szczegółach, zgodnie wiodą do szeregu wniosków bardzo ważnych i dla pojmowania gruźliczego i dla walki z tem zakażeniem i wreszcie dla zagadnień rozpoznawczych, któremi nam się w dalszym ciągu wypadnie bliżej zająć.

Uderza nas przedewszystkiem ogromna częstość gruźlicy, wyższa znacznie, niż przywykliśmy przypuszczać. Zarzucano tym statystykom, że opierają się na materyale szczególnie niekorzystnym; na proletaryacie wielkomiejskim, szczególnie usposobionym do gruźlicy wskutek warunków swego bytu; ale materyał sekcyi prywatnych lub policyjno-sądowych, zebrany przez kilku wybitnych anatomopatologów, przedstawia liczby nie o wiele niższe, bo 70—80%. Dalej uderza zadziwiająca równoległość wzrastania częstości gruźlicy z wiekiem. Gruźlica wrodzona, t. j. przekazana w łonie matki, należy do wielkich rzadkości, choć badania nad gruźlicą łożyska, niezbyt rzadką u ciężarnych suchotnic, wskazują na to, że możliwość taka nie jest wyłączoną. Ciekawe jest pytanie, czy w ten sposób przekazane płodowi zarazki mogą się w nim utrzymać w stanie utajonym, nie wywołując zmian anatomicznych, aby przy nadarzonej sposobności w życiu pozapłodowem wywołać gruźlicę. Dotąd znany jest jeden tylko przypadek, któryby przemawiał za taką możliwością: u płodu matki gruźliczej Huguenin stwierdził obecność bakteryi gruźliczych we krwi, choć ani płód, ani łożysko nie okazywały zmian gruźliczych (mogły to być zarazki przeniesione, ale jeszcze nie osiedlone). Tutaj również wypada wspomnieć o głośnej swego czasu teoryi Behringa, że gruźlica jest zawsze prawie zakażeniem, pochodzącem z pierwszych miesięcy życia, że dostawszy się do ustroju oseska drogą przewodu pokarmowego, który u niego jest niedostatecznie jeszcze rozwinięty, trwa w nim w stanie utajonym aż do jakiegoś zakażenia ponownego w późniejszym wieku, aby wtedy z zarzewia wybuchnąć wielkim płomieniem. Statystyka Hamburgera pokazuje jednak nieprawdopodobieństwo tego niczem na razie nie popartego przypuszczenia; dowodzi ona, że właśnie w pierwszych miesiącach życia gruźlica jest zakażeniem bardzo ciężkiem, prawie bez wyjątku śmiertelnem — i że wogóle w tym okresie nie spotyka się nawet gruźlicy utajonej lub wyleczonej. Natomiast z pewnością możliwe jest istnienie gruźlicy utajonej poza pierwszym rokiem życia; spostrzeżenia Bartla, Lydyi Rabinowicz, Harbitza i innych pokazują, że właśnie w wieku dziecięcym dość często znaleźć można bakterye gruźlicze w gruczołach okazujących tylko nieswoisty przerost, a nie zawierających utkania gruźliczego, że tedy w rozwoju gruźlicy istnieje okres nieswoisty, t. j. »limfoidalny«, mogący trwać nawet długie lata. Badania bakteryologiczne lat ostatnich wykazały w najrozmaitszych zakażeniach możliwość takich zakażeń bezobjawowych, t. j. obecność bakteryi chorobotwórczych bez choroby — że tylko przypomnę głośną sprawę t. zw. roznosicieli duru, cholery, błonicy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Sam w dwóch pracach starałem się dowieść, że stan ten zawieszenia broni między zarazkiem a ustrojem, polega na wzajemnem przystosowaniu ustroju do działań chorobotwórczych zarazka, a zarazka naodwrót do działań bakteryologicznych ustroju, że tedy mamy tu do czynienia ze szczególnym przypadkiem współżycia czyli symbiozy. Naturalnie stan taki jest chwiejny — i osłabienie każdej strony łatwo może naruszyć tę sztuczną równowagę, wiodąc jużto do ostatecznego zabicia zarazka i do wyjałowienia ustroju, jużto do wznowienia choroby lub ukazania się jej, o ile dotąd zupełnie była utajona. Na podstawie tych doświadczeń jest też uzasadnionem, że niektórzy badacze w ostatnich czasach uważają gruźlicę za chorobę wieku dziecięcego, twierdząc, że się ją nabywa aż do lat 15—20, bo w tym wieku częstość gruźlicy dochodzi już do 90%, że gruźlica ta dziecinna już to wiedzie do śmierci, już to trwa dalej w stanie utajonym, aby w późniejszym wieku jużto przez naruszenie równowagi między ustrojem a zarazkiem, jużto przez ponowne zakażenie, przejść w okres ostry, w nawrót gruźliczy, który nazywamy suchotami. Suchoty są tedy nawrotem gruźlicy, rozwijającym się na podłożu ustroju już zakażonego i jako takie, są charakterystyczną chorobą wieku pokwitania i wieku dojrzałego — są niejako ostatnim aktem dramatu, który się rozpoczął w dzieciństwie (Hamburger). Pogląd ten uzyskał w ostatnim czasie podstawę doświadczalną w pracy Römera: badaczowi temu udało się uzyskać charakterystyczną rozpadową formę »suchot« u morskich świnek, którym po uprzedniem lekkiem zakażeniu wstrzyknął naraz większą ilość bakteryi gruźliczych.

Ale poza temi smutnemi prawdami, które przemawiają do nas z przedstawionych szeregów liczb, dadzą się z nich wysnuć i bardziej pocieszające wnioski. Pokazują one, że groza gruźlicy, wielka z pewnością i słuszna wobec jej częstości i znaczenia społecznego, nie jest jednak bezwzględną; pokazują, że jest ona chorobą uleczalną, i to bardzo często uleczalną, że ustrój niezupełnie wobec niej jest bezbronny, lecz że owszem często skutecznie ją zwalcza. I tu znowu statystyka według wieku przeprowadzona pokazuje, że im wcześniejszy wiek, tem cięższy przebieg gruźlicy, tembardziej jest gruźlica śmiertelną; w miarę przejścia do wyższego wieku śmiertelność spada ze 100% na jakie 30%. Znaczy to, że właśnie w wieku dziecięcym największy powinien być wysiłek zapobiegawczy i leczniczy, znaczy dalej, że wobec wszechobecnej niemal możliwości zakażenia wielką uwagę należy zwrócić na odporność ustroju, na warunki jego życia osobnicze i społeczne, bo w nich tkwi jeden z najpoważniejszych czynników rozstrzygających o nabyciu choroby i o jej przebiegu.

Naturalnie i co do leczenia statystyka ta daje odpowiedź zachęcającą, byle tylko leczenie to rozpoczęło się dość wcześnie, byle schwytało na gorącym uczynku zarazek, który co dopiero dostawszy się do ustroju, rozpoczyna w nim zgubne swe działanie. Wczesne rozpoznanie gruźlicy, oto klucz do skutecznego jej leczenia. Ale tu powstają pewne trudności właśnie na podstawie poglądów wyżej wyłuszczonych. Chodzi mianowicie o to, co właściwie mamy rozpoznawać, czy zmiany anatomiczne gruźlicze, czy obecność bakteryi w ustroju, czy wreszcie chorobę. Rozpoznanie kliniczne, — a o nie właśnie chodzi, — szuka oczywiście choroby; owe nieczynne zmiany, dowodzące przebytej gruźlicy, a tak częste u dorosłych według przytoczonych statystyk, są dlań obojętne, obojętne nawet są dlań bakterye gruźlicze, o ile są już zabite, o ile jako żywe nie są albo przyczyną obecnej choroby, albo zarodkiem przyszłej. Żąda tedy klinika od rozpoznania raz, aby najwcześniej wskazywało na istniejące lub grożące niebezpieczeństwo, powtóre zaś, aby wykazywało tylko prawdziwie czynne zmiany, nie zaś zmiany anatomiczne lub bakterye jako pojęcie morfologiczne, żąda, aby rozpoznanie było jak najczulsze, jako sygnał alarmowy, a równocześnie, aby nie było zbyt czułe, nie narażało bez potrzeby na często długotrwałe, a poważne zabiegi lecznicze. To ostatnie żądanie jest szczególnie ważne wtedy, gdy chodzi o rozpoznanie różniczkowe. Zależy tu na tem, aby utajone lub nieczynne minimalne ognisko gruźlicze nie narzucało jakiej sprawie na całkiem innem tle opartej etykiety gruźliczej. Pomiędzy temi dwoma trudnościami, jak między Scyllą a Charybdą muszą się prześlizgiwać wszystkie metody rozpoznawcze gruźlicy, przedewszystkiem zaś metody przyczynowe, których celem jest wykazanie samej przyczyny choroby, bezpośrednio lub pośrednio. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Nerking. **Uśpienie a lecytyna** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 29). Działanie środków usypiających według teoryi Meyer-Overtona, polega na tem, że środki te zostają związane przez lipoidy mózgowe. Środek usypiający ma tem silniejsze działanie, im łatwiej się rozpuszcza w tych substancyach tłuszczowatych. Po uśpieniu chloroformowem wykazał Rubow zwiększenie się ogólnej zawartości tłuszczu i lecytyny, podobnie Salkowski i Reicher. Z tych danych powziął N. myśl, czyby nie można skracać uśpienia, jakoteż usuwać jego skutków, przez wiązanie narkotyku zapomocą śródżylnych wstrzykiwań zawiesiny lecytyny. Już przy doświadczeniach nad śródżylnem usypianiem zapomocą uretanu, dokonanych przez N. wspólnie z Schurmannem, okazało się, że lecytyna zobojętnia np. działanie usypiające uretanu.

Obecnie przeprowadził N. dalsze doświadczenia. Lecytyna kupna, t. zw. »najczystsza«, nie nadaje się do wstrzykiwań, albowiem zawiera w sobie mieszaninę różnych substancyi, nieraz w stanie rozkładu! Z tego też powodu sporządzał lecytynę N. sam z mózgu i żółtek jaj, a w ostatnich czasach przekonał się, że stosunkowo dość jeszcze pewnym przetworem jest lecytyna wyrobu Poulenca z Paryża. Zawiesinę lecytyny wstrzykiwał N. zwierzętom jużto śródżylnie, jużto podskórnie lub śródotrzewnie i to 1—10%. Najsilniej działały wstrzykiwania śródżylne i tu wystarcza już zawiesina 1%, natomiast podskórnie używać należy 10%. Działanie lecytyny badał N. przy usypianiu i znieczulaniu chloroformem, eterem, morfiną, skopolaminą, nowokainą i stowainą na psach, królikach i szczurach. Skutek był widoczny. Zwierzęta budziły się z uśpienia chloroformowego znacznie prędzej od kontrolnych i były potem zaraz ruchliwe. Do zupełnego uśpienia potrzeba było zużyć u zwierząt, którym wstrzyknięto przedtem lecytynę, znacznie więcej narkotyku, niż u kontrolnych, i to tak, że i przy następnych doświadczeniach u tych zwierząt skutek był ten sam. Wstrzykiwania śródżylne lecytyny działały

znakomicie przy ożywianiu zwierząt w razie ustania oddechu wśród uśpienia. Podobnie wybitne działanie miały wstrzykiwania lecytyny przy zamroczeniu skopolaminą, przy usypianiu morfiną i t. p. Przy znieczulaniu rdzeniowem w razie kombinacyi z lecytyną, zwykle znieczulenie nie występowało zupełnie lub występowało znacznie później i znikało wtedy szybciej.

Doświadczenia te przeprowadza N. dalej i ma nadzieję, że da się z nich wyciągnąć korzyści praktyczne dla kliniki. Dotychczas już stwierdzone zostało na pewne, że wstrzykiwania lecytyny mają wielki wpływ na uśpienie i to w kierunku skracania uśpienia, prędszego powrotu świadomości i usuwania skutków szkodliwych. Ponieważ lecytyna czysta, a taki jest preparat Poulenca, nietylko nie jest dla człowieka szkodliwa, ale nawet pożyteczna, przeto nic nie stoi na przeszkodzie, by wstrzykiwań tych próbować i u ludzi. *Klęsk.*

Hörmann. **Doświadczenia nad uśpieniem przy sztucznie zmniejszonem krążeniu.** (*IX Zjazd niem. Tow. położn.-ginek.*). Swego czasu podał Klapp sposób wykonywania uśpienia przy sztucznie zmniejszonem krążeniu, a to przez podwiązywanie kończyn. Doświadczenia w klinice Döderleina na tem polu wypadły bardzo pomyślnie. Zużywa się przy tym sposobie znacznie mniej środka usypiającego, bo pół chloroformu, a $^1/_3$ mniej eteru, niż zwykle. Chorzy budzą się po uśpieniu bardzo szybko. W jednym przypadku ustania oddechu po odwiązaniu opasek i wpuszczeniu krwi obfitującej w bezwodnik kwasu węglowego z kończyn, cucenie udało się bardzo szybko. Podwiązanie trwające nawet $1^3/_4$ godziny nie wywołuje innych zaburzeń, jak tylko (po zdjęciu opasek) drętwienia, mrowienia i t. p. sensacye przez czas pewien. Przeciwwskazaniem są jedynie wielkie żylaki kończyn, zresztą używać można tego sposobu zawsze bez obawy, a działanie jego jest bardzo korzystne. *A.*

Braun. **Znieczulenie miejscowe wykonywane w szpitalu i uwagi nad jego techniką.** (*Beitr. z. klin. Chirurgie* T. 62 III). B. do znieczulenia miejscowego używa $^1/_2$% nowokainy z małym dodatkiem suprareniny (45 mg na 100 ctm³ rozczynu). Nie wstrzykuje nigdy prawie w linie cięcia, lecz wstrzykuje naokoło miejsca operacyi, ew. w pnie nerwowe. Tak np. przy wolu znieczula kolejno warstwowo, wbijając igłę powyżej górnego końca cięcia skórnego, t. j. powyżej górnej granicy gruczołu, potem ponad mostkiem, dalej na zewnątrz i na wewnątrz od cięcia. Nawet i wole podmostkowe można w ten sposób operować. Również udaje się łatwo znieczulenie przy operacyi przepukliny sposobem Bassiniego. Chodzi tu głównie o znieczulenie nerwów: sromowo-udowego, biodrowo-pachwinowego i biodrowo-podbrzusznego, a są one dostępne niedaleko górnego przedniego kolca kości biodrowej. Najpierw wstrzykuje B. rozczyn na 3 palce nad kolcem, potem w podstawę moszny poniżej zewnętrznego otworu pachwinowego. Z punktu pierwszego znieczula warstwowo mięśnie, a z drugiego sam kanał i powrózek nasienny; w końcu wstrzykuje naokoło całego pola operacyjnego. Zużywa się na to 75—100 cm³ płynu; w 10 minut po wstrzyknięciu przystąpić można do operacyi. Znieczulenie miejscowe nadaje się też bardzo przy operacyach na częściach płciowych męzkich, stawach, przy odejmowaniu kończyn itp. Przy operacyach na ręce znieczula D. nerw łokciowy w łokciu, przy operacyi na palcu wstrzykuje środek znieczulający okrężnie w podstawę członka palca. *K.*

Woithe. **Bakteryologiczne badania katgutu.** (*Med. Klinik.* 1909. Nr 26—27). Ogłoszone w ostatnich czasach prace Kuhna nad katgutem mogłyby zupełnie odstręczyć wszystkich od tego materyału do szycia. W. przeprowadził z polecenia rządu szczegółowe badania w fabrykach katgutu i w przeciwieństwie do Kuhna twierdzi, że o ile katgut wyrabiany jest ze świeżych kiszek i (jak to się dzieje np. w berlińskiej fabryce Wiessnera) czysto, to nie zawiera zwykle chorobotwórczych drobnoustrojów. Nadto sposób odkażania Claudiusa, t. j. umieszczanie nitek na 5—7 dni w rozczynie: *jod 10,0, kal. jodat. 10,0, aquae ad 1000,0* odkaża w zupełności katgut. W. zgadza się z Kuhnem, że rząd powinien objąć nadzór nad fabrykacyą katgutu, sprzeciwia się natomiast temu, by przy wyrobie stosować aseptykę (bo nie da się ona przeprowadzić w fabrykach), lecz zaleca antyseptykę. Wnioski swe streszcza W. następująco: 1) Katgut sporządzany być powinien pod kontrolą rządu z kiszek świeżych zdrowych zwierząt, za takie przez weterynarzy uznanych; kiszki powinny być przecięte wzdłuż na dwoje przed oczyszczeniem. 2) Napawanie materyału przed kręceniem nitek jodem lub srebrem, proponowane przez Kuhna, niszczy materyał, podnosi jego cenę, jest szkodliwe dla robotników, a zbyteczne jest o tyle, że odkażenie następowe Claudiusa wystarcza zupełnie. 3) Do płynów konserwujących dodawać należy więcej antyseptyków, np. lizoformu. 4) Nitek po fabrykacyi nie należy parafinować, bo to przeszkadza działaniu następowego odkażania. 5) Fabrykacyę katgutu należy oddzielić zupełnie od fabrykacyi strun muzycznych. 6) Fabryki katgutu powinny mieć ubikacye jasne, wielkie, robotnicy powinni być pouczeni o ważności zadania i do pracy zdejmować ubranie, a wkładać płaszcze czysto wyprane. 7) Na opakowaniu powinna być umieszczona firma fabryki, sposób przyrządzenia, ewentualnie wyjałowienia katgutu. *K.*

Kantorowicz. **Leczenie zaczynowe i przeciwzaczynowe spraw ropnych.** (*Münch. med. Woch* 1909. Nr 28). K. ogłasza dalsze doświadczenia kliniczne nad leczeniem zaczynowem spraw ropnych. Przedewszystkiem omawia wyniki »oziębiania« ropienia »gorącego« przez wprowadzanie do tkanki płynów, zawierających przeciwzaczyn ciałek ropnych, a więc płynu z wodniaka jądra, surowicy krwi, płynu przesiękowego z jamy brzusznej i t. p. Przy ostrych sprawach ropnych ograniczonych leczenie to oddaje znakomite usługi. Przez nakłucie, wyciągnięcie ropy i wstrzyknięcie w to miejsce przeciwzaczynu uzyskać można nieraz w 2—4 dni zupełne wyleczenie. Natomiast przy sprawach rozlanych, głębokich, leczenie to pozostaje bez skutku, być może dlatego, że niemożemy tu wywołać bezpośredniego zetknięcia się przeciwzaczynu z zaczynem. Dotychczasowe chirurgiczne leczenie ropienia jest właściwie tylko pomaganiem naturze. Wypuszczając ropę, nie działamy właściwie »leczniczo« w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż zostawiamy dalsze losy sprawy działaniu ustroju, a zwłaszcza niszczenie drobnoustrojów. Dlatego też nacięcie nierzadko nie wstrzymuje wcale dalszego posuwania się zakażenia. Może być, że z czasem będziemy umieli zakażenia i ropienia także »leczyć«. Leczenie zaczynowe spraw »zimnych« gruźliczych polega na tem, że przez podanie zaczynu pobudzamy tkankę do wessania »zimnej« ropy. Podobnie, lecz znacznie słabiej, działa jodoform. Jako zaczynu używał K. poleconej przez Jochmanna i Baetznera trypsyny, mającej wielkie pokrewieństwo z naturalnym zaczynem ciałek białych. Wstrzykiwał rozczyn 1—2%; zwykle potem nie zbiera się już w ognisku gruźliczem ropa, lecz płyn rzadki, brunatny, a następnie surowiczy. Wcale dobre wyniki osiągnął K. przy leczeniu zaczynem trypsynowym ropni gruczołowych i podskórnych miejscowych i opadowych. Po wstrzyknięciu trypsyny w gruczoł tworzy się naokoło wał granulacyjny, zmniejszający się potem w miarę dalszych wstrzykiwań, za tem idzie zmniejszanie się wydzieliny i zmiana jej z ropnej na surowiczą. Nieraz już w 10—14 dni uzyskać można wyleczenie; pozostaje nieco dłużej tylko nieznaczny naciek w tem miejscu. Leczenie trypsyną jest natomiast bezskuteczne przy sprawach kostnych, to znaczy, że ropnie opadowe udaje się wyleczyć, ale główne ognisko w kościach pozostaje nadal. W końcu próbował K. leczyć zewnętrzne owrzodzenia proszkiem trypsyny i pankreatyniny. Przez zasypywanie takim proszkiem uzyskać można oczyszczenie się wrzodu ze złogów włóknikowych i t. p., natomiast nie ma to leczenie wielkiego wpływu na gojenie. Jako przeciwzaczyn stosować można także leukofermantynę, uzyskaną przez uodpornianie koni trypsyną. Rozczynów trypsyny (1—2%) w 0,8% soli kuchennej używać najlepiej z dodatkiem $^1/_2$% karbolu. Rozczyn taki po 24 godzinach staje się napewno jałowym. *K.*

Beck. **Rozpoznanie i chirurgiczne leczenie przetok i zimnych ropni.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 62. II). B. wykonał dalsze badania nad podanym przez swego brata K. Becka sposobem rozpoznawania i leczenia przetok zapomocą wstrzykiwania do nich zawiesiny bizmutowej. B. leczył w ten sposób 192 chorych i otrzymał w 64% wyleczenie, w 28·5% polepszenie; w 6% nie było skutku; 1·5% zmarło. Zwłaszcza nadaje się ten sposób, podług autora, do leczenia przetok gruźliczych. B. używa obecnie dwóch rodzajów pasty bizmutowej. Do celów rozpoznawczych i w początkach leczenia, t. j. tam, gdzie istnieje obawa zastoju wydzieliny, używa B. pasty, złożonej z 33 części bizmutu, 5 części wosku, 5 części parafiny (topl. 49°) i 60 części waseliny. Wstrzykiwać należy bardzo powoli, a potem powinien chory pewien czas zachowywać się spokojnie. Ewentualnie po tygodniu powtarza się wstrzyknięcie. B. nie radzi wstrzykiwać więcej, niż 100 gr. pasty. Często występują wśród leczenia podniesienia ciepłoty, wydzielanie bizmutu z moczem i rąbek naokoło dziąseł. B. wstrzykuje pastę w razie, gdy w wydzielinie znajdują jeszcze drobnoustroje. W ten sposób leczy także zimne ropnie po zrobieniu małego nacięcia. *K.*

Schenk. **O znaczeniu strącania się lecytyny przy nowotworach złośliwych.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 28). Porges i Meier wykazali, że surowica krwi przy cierpieniach ki-

łowych posiada własność strącania lecytyny z rozczynów koloidalnych. Odczyn ten spotykamy jednak i przy innych schorzeniach. Odczyn ten często np. występuje w gruźlicy i w ogóle w stanach charłaczych. Stumme zwrócił uwagę, że odczyn ten spotykamy niezmiernie często przy nowotworach złośliwych, co potwierdzili Weil i Braun. Chodzi tu oczywiście o przypadki, gdzie na pewno wyłączyć można kiłę, gruźlicę i inne zakażenia. Przy nowotworach odczyn ten wywołują niweczniki, powstałe wskutek zakażenia (np. przy owrzodzeniu guza) lub może wskutek działania samych komórek guza. Gdyby odczyn ten istotnie przy złośliwych nowotworach był stały, zyskalibyśmy przez to bardzo ważny czynnik rozpoznawczy (przy guzach ukrytych), a następnie sprawdzian, czy np. operacya była doszczętną, czy nie. Badania S. dotyczyły przypadków raka macicy, mięsaków i mięśniaków macicy. Odczyn wykonuje się w ten sposób, że lecytynę czystą Mercka rozciera się w moździerzu z 0·85% rozczynem soli kuchennej, następnie przesącza i znowu rozcieńcza rozczynem soli. Do 1 cm^3 zawiesiny lecytyny dodaje się 0,3—0,5 cm badanej surowicy, a do rurki kontrolnej takąż ilość rozczynu soli i wstawia na kilka godzin do cieplarki. Otóż według badań S. odczyn nie jest wcale typowy. Występował on głównie u chorych wycieńczonych, tak dobrze przy raku, jak i przy mięśniakach, natomiast w początkach raka odczyn był stale ujemny, wobec czego S. odmawia temu odczynowi wszelkiej wartości rozpoznawczej przy nowotworach. *A.*

Zylberlastówna. **Przypadek tężca o przebiegu przewlekłym.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1909. Nr 25—26). Tężec przewlekły jest bardzo rzadkiem cierpieniem; opisano zaledwo kilka podobnych spostrzeżeń. Przypadek autorki, spostrzegany na oddziale chorób nerwowych Dra Flataua w Warszawie, dotyczył 27-letniej dziewczyny, która nagle prawie zauważyła trudności w otwieraniu ust. Cierpienie zaczęło zwolna ogarniać i inne mięśnie. Oprócz tego zjawiały się kurcze bolesne, po kolei w pewnych okolicach ciała. Chora w czasie tego była tak sztywna, że można ją było stawiać na ziemi prostą, jak lalkę drewnianą. Od 6 tygodni chora pociła się silnie, a regularność ustała. Po 5 tygodniach cierpienie doszło do najwyższego napięcia tak, że jedynie ruchy gałek ocznych pozostały nietknięte i powstał brzuszny typ oddychania. Potem zwolna zdrowienie. Rozpoznanie mogło się wahać pomiędzy tężcem, a nagminnem zapaleniem opon, lecz do rozpoznania zapalenia opon brakło zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych, porażeń mięśni, wymiotów i bolów głowy, nie było też zamroczeń i podniesień ciepłoty. Badanie bakteryologiczne nie wykazało ani w płynie mózgowo-rdzeniowym, ani we krwi drobnoustrojów tężca, co tłómaczyć sobie należy niewielką ilością i słabą jadowitością drobnoustrojów w danym przypadku, małą ilością toksyn i długim okresem, oddzielającym badanie płynu i surowicy od chwili wybuchu choroby. Zapewne toksyny zostały już wtedy w całości zaabsorbowane przez tkankę nerwową. W przypadkach, opisanych w literaturze, tężec trwał 50—100 dni, często występował miejscowo i przeważnie kończył się wyzdrowieniem. *K.*

Doc. Oberst. **O uszkodzeniach prądem elektrycznym.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 26). Uszkodzenia prądem elektrycznym należą obecnie do coraz częstszych. Wydarzają się one w fabrykach, u techników i robotników przy instalacyach elektrycznych, a także u publiczności na ulicach w razie przerwania się przewodów, co często wydarza się w zimie, gdy spadnie duży śnieg. Uszkodzenia wtedy są jeszcze o tyle gorsze, że wilgoć ułatwia przechodzenie elektryczności w ciało ludzkie. Prąd elektryczny w instalacyi świetlnej poniżej 250 wolt zazwyczaj nie wywołuje jeszcze uszkodzeń, chyba że warunki są dla prądu korzystne, jak wilgoć i t. p. Prócz napięcia wielkie znaczenie ma siła prądu. Powyżej 10—30 amperów niebezpieczeństwo jest już wielkie. Wielką rolę odgrywa tu także opór ciała w miejscu wejścia i wyjścia. Skóra dłoni stawia opór bardzo wielki (około 200.000 ohmów) narządy wewnętrzne znacznie mniejszy (np. wątroba 900 o., mięśnie 1500 i t. p.). O działaniu prądu w ciele ludzkiem pouczyły tracenia skazańców w Ameryce zapomocą elektryczności. Krótkie jednorazowe włączenie prądu o wysokiem napięciu np. 18.000 wolt nie zawsze wywoływało natychmiastową śmierć i z tego powodu zastosowano kilkakrotne zmiany napięcia. Wyniki sekcyjne są prawie zawsze ujemne. Skutek działania elektrycznego występuje w pierwszym rzędzie w układzie nerwowym. Następuje utrata przytomności, drgawki, trwałe lub przejściowe porażenia i zaburzenia czynnościowe. Często zjawiają się w następstwie stany podniecenia i ubytki pamięci. Najwybitniejsze są zmiany, wywołane termiczno-elektrolitycznem działaniem prądu. W miejscu wejścia i wyjścia powstają zwęglenia i strupy oparzelinowe lub białe, pergaminowate ogniska na skórze, która nieraz jest w wielu miejscach przedziurawiona, jak od postrzału śrutem. W substancyi szarej nerwowej spotyka się krwotoki. Przyczyna śmierci nie jest zawsze jednakowa. Czasem wywołuje śmierć porażenie oddychania, innym znów razem porażenie serca. Przy udzielaniu pomocy w pierwszym rzędzie starać się należy o przerwanie prądu. Należy zawsze pamiętać, że ratujący naraża się przytem sam na niebezpieczeństwo i dlatego najlepiej usuwać druty suchymi drewnianymi drągami lub deskami. W razie ustania czynności serca i oddechu należy zaraz przystąpić do sztucznego oddychania, które pobudza zarazem czynność serca. Niektórzy radzą na podstawie doświadczeń na zwierzętach drażnić serce po otwarciu klatki piersiowej prądem do 240 wolt lub bez otwarcia silnie napiętymi prądami. (Batelli, Schuhmacher). *A.*

Laryngologia i otyatrya.

Hajek. **Ostry ropniak błędnika kości sitowej z wysadzeniem gałki ocznej.** (*Zeitschr. f. Laryng.* T. I. str. 629). Podczas ostrego nieżytu nosa bez gorączki pojawiło się znaczne wysadzenie gałki ocznej prawej, bez obrzęku powiek, bez nieżytu spojówek i bez ograniczenia ruchomości gałki. Badanie stwierdziło ropienie, wychodzące z komórek sitowych, okazujących w pewnem miejscu przy badaniu zgłębnikiem elastyczną podatność. Przy otwarciu kości sitowej od wnętrza nosa, wylała się obfita ilość treści ropnej i w tej chwili ustąpiło wysadzenie gałki ocznej, a ropienie z komórek kości sitowej wkrótce potem ustało. Wysadzenie gałki ocznej musiało mieć przyczynę w znacznem rozdęciu komórek kości sitowej w przebiegu ostrego zapalenia ropnego; po odpłynięciu ropy, ustały natychmiast objawy, wywołane rozdęciem komórki sitowej. *A. B.*

Haenisch. **Anatomia patologiczna i etyologia „czarnego języka".** (*Fraenkels Arch.* T. XX. Str. 430). Autor sprawdzał badania co do istoty tak zwanego »czarnego języka« i potwierdza zresztą dziś już chyba zgodnie przyjętą przyczynę w przeroście i zrogowaceniu brodawek nitkowatych. Znajdowane przytem grzybki są przypadkowe i nie mają nic wspólnego z przyczyną tego cierpienia. Podjęcie w przyszłości dalszych badań w tym kierunku należy ostatecznie uważać za zbyteczne. *A. B.*

Dan Mac Kenrie. **Ułożenie chorych po operacyach usznych.** (*Arch. internat. de laryng.* 1909. Nr 3). Szczególnie po operacyi doszczętnej dobre sączkowanie jest konieczne. Na to wpływa bardzo korzystnie ułożenie chorych na stronę operowaną, przez co ułatwiony odpływ wydzieliny skraca znacznie czas trwania gojenia. Ponieważ przy tem ułożeniu chorych założone tampony już wkrótce przemakają, dlatego pierwsza zmiana opatrunku musi nastąpić już drugiego dnia. Aby w tem ułożeniu chorym było wygodniej leżeć, zaleca K. odpowiednią poduszkę z otworem o średnicy 13—14 cm w odległości 11 cm od dolnego brzegu poduszki; w ten otwór kładą chorzy operowane ucho. W końcu zaleca K. ułożenie podobne przy wszystkich sprawach ropnych ucha, aby w ten sposób ułatwić odpływ wydzieliny. *A. B.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie siedleckie.

Zebranie organizacyjne

członków siedleckiego Towarzystwa lekarskiego odbyło się dnia 9 maja 1908 r. w Sali Towarzystwa Muzycznego w Siedlcach. Obecnych było członków lekarzy 21, pp. farmaceutów 6 i gości 4, w ich liczbie delegaci warszawskiego Towarzystwa lekarskiego Br. Sawicki i Bohd. Korybut-Daszkiewicz i delegat gremium redakcyjnego »Gazety lekarskiej« kol. redaktor Jan Pruszyński.

Zebranie krótkiem przemówieniem zagaił kol. E. Wiszniewski z Siedlec, poczem na przewodniczącego powołano kol. Antoniego Michałowskiego z Żelechowa, na asesorów: kol. Ignacego Maluszyckiego z Siedlec i kol. Zygmunta Michałowskiego z Radzynia, na sekretarza kol. St. Wąsowskiego z Siedlec.

Historyę powstania Towarzystwa streścił w imieniu organizatorów kol. Wąsowski. Jest ona następująca:

»Myśl założenia w Siedlcach Towarzystwa lekarskiego na wzór innych miast prowincyonalnych rzucił pierwszy kol. Kazimierz Ciągliński w lutym 1902, kiedy liczne grono kolegów żegnało ustępującego inspektora lekarskiego kol. Ignacego Maluszyckiego. Idea znalazła ogólny poklask, grono kolegów-Siedlczan zaczęło krzątać się koło stworzenia i zatwierdzenia ustawy. Ustawa, wzorowana na zasadzie normalnej rządowej z r. 1869, oraz na ustawach Towarzystw lekarskich w Warszawie, Suwałkach i Częstochowie, rozesłana została kolegom z całej gubernii i po zaaprobowaniu jej przez większość, złożona została na ręce p. Gubernatora Subbotkina dnia 22 maja 1902 r. Niestety jednak los nie pozwolił kolegom otworzyć Towarzystwa: p. Subbotkin zażądał bowiem, aby prezesem Towarzystwa był z urzędu inspektor lekarski, zaś wiceprezesem tylko członek z wyboru z pośród kolegów w Siedlcach zamieszkałych. Porobione zostały przez urząd lekarski i inne jeszcze zmiany, ale wszystkie one nikły w porównaniu z tą najważniejszą. Naturalnie organizatorzy nie mogli zgodzić się na ten punkt, nie obniżając wogóle wartości instytucyi naukowej.

Rozpoczęto nowe próby; więc w czerwcu 1902 roku złożono znów podanie o zastosowanie do gubernii Siedleckiej ustawy Towarzystwa Radomskiego, już przez ministeryum zatwierdzonej. Dopiero 22 listopada 1904 ustawa została zatwierdzona przez ministra Durnowa, ale i tu los nie okazał się łaskawym dla organizatorów: do § 42 bowiem dodano maleńki dopisek: »Dyskusye na posiedzeniach Towarzystwa, a także mowy i referaty na uroczystem zebraniu Towarzystwa powinny być wygłaszane w języku rosyjskim«. Dopisek ten obrócił w niwecz wszystkie dobre zamiary organizatorów i zmuszał ich do zaniechania wszelkich marzeń o Towarzystwie.

Zaczęto jednak wyważać otwarte drzwi, dowodzić, komu należy, że jedynym językiem jakiegokolwiek Towarzystwa, złożonego z Polaków, może być tylko język polski. Dnia 3 maja 1905 roku wysłano więc do p. Ministra podanie, żądając zniesienia tego dopisku. (Podanie to, jako wielce charakterystyczne, mowca przytacza). Motywy w istocie rzeczy były błahe, okazały się jednakowoż o tyle przekonywającymi, że dopisek ów został zniesiony i otwarcie Towarzystwa stało się tylko kwestyą czasu.

Czasy jednak (r. 1905 i 1906) nie należały do tego rodzaju czasów, kiedy możnaby było spokojnie oddawać się pracy naukowej. Organizm społeczny trawiony był gorączką polityczną. Trzeba było być jednostką głęboko zdrową — właściwie apolityczną, aby nie dać się unieść wichrowi wydarzeń. Taka drobnostka, jaką wydawało się wtedy Towarzystwo lekarskie, nie mogła zyskać przychylnego serca ogółu kolegów, i dlatego otwarcie Towarzystwa zostało na razie zaniechane. Dopiero rok 1907 dał asumpt kolegom do zajęcia się sprawą Towarzystwa, tembardziej, że przykład kilku innych Towarzystw lekarskich pozwalał stawiać smutne horoskopy dla działalności przyszłego Towarzystwa. Organizatorzy w odezwie, rozesłanej w czerwcu roku 1907, odwołali się do opinii kolegów w tej sprawie, zaś dnia 7 listopada zsumowali opinie kolegów. Kwestyonaryusz rozesłano 53 kolegom, odpowiedzi nadesłano 46. Za bezwzględnem otwarciem Towarzystwa było głosów 37, przeciwnych 7; nie odpowiedziało 6, zaś 3 odpowiedziało na temat wogóle pracy i zrzeszeń lekarskich, nie odpowiadając wprost.

Prace przygotowawcze, jakoto: wydrukowanie ustawy, złożenie jej w urzędzie lekarskim, uzyskanie pozwolenia na zebranie — również wybranie odpowiedniego dla większości kolegów czasu — wszystko to sprawiło, że dopiero dnia 25 kwietnia rozesłano kolegom zaproszenia na zebranie organizacyjne. Oprócz tego oddzielnemi kartami zawiadomiono wszystkie Towarzystwa lekarskie na prowincyi o dniu zebrania z propozycyą wysłania delegatów. Zawiadomiono również i redakcye pism lekarskich na prowincyi i w Warszawie, a oprócz nich z prośbą o wzmiankę najbardziej poczytne pisma codzienne warszawskie«.

Po odczytaniu niniejszego referatu zabrał głos kol. E. Wiszniewski na temat »Cele i zadania Towarzystw lekarskich na prowincyi«, po nim serdecznie w imieniu swojem i warszawskiego Towarzystwa lekarskiego przemawiali kol. B. Daszkiewicz i Br. Sawicki.

Zebranie organizacyjne oznaczyło składkę roczną dla członków na 12 rb., zebrań postanowiło urządzić w ciągu roku dwanaście; zebrania te mają się odbywać w pierwszy piątek po pierwszym każdego miesiąca i rozpoczynać się o godzinie 7-ej wieczór.

Sprawozdanie za rok pierwszy istnienia Towarzystwa od 9 maja 1908 r, do 1 maja 1909 r.

Na pierwszego prezesa powołało zebranie organizacyjne kol. Anastazego Sawickiego, na wiceprezesa kol. Józefa Szawelskiego, na członków zarządu: kol. Wiszniewskiego, kol. Wierzejskiego, Maluszyckiego i Wąsowskiego. Do komisyi rewizyjnej kol. Szamotę z Węgrowa, kol. Polkowskiego z Sokołowa i kol. Podoskiego z Łukowa. Wskutek nagłej śmierci kol. prezesa w dniu 14 czerwca 1908 r. zarządzono nowe wybory, przyczem powołano kol. Szawelskiego na prezesa, na wiceprezesa kol. Adama Jarosińskiego ze Sterdyni; zaś z członków zarządu kol. Maluszycki przyjął na siebie obowiązki skarbnika, a kol. Wąsowski sekretarza i bibliotekarza.

Wobec tego, że wśród członków Towarzystwa było na zasadzie § 4 ustawy — 10 farmaceutów, powołało zebranie w lipcu ubiegłego roku do zarządu prowizora farmacyi, p. Alfonsa Wierzbiętę, właściciela apteki w Siedlcach

W dniu założenia Towarzystwo liczyło ogółem członków 42, w tem lekarzy 33, weterynarzy 2, farmaceutów 7. W ciągu roku sprawozdawczego przybyło nowych członków 11, w tem lekarzy 2, weterynarzy 1, prow. farmacyi 8. Zmarło członków 3: pierwszy prezes T. kol. Anastazy Sawicki — 14 czerwca 1908, kol. Dymitr Bukareff — 17 lipca 1908 i kol. Stefan Zielonko dnia 12 marca 1909 r. Wystąpił z Towarzystwa kol. L. Walewski wskutek wyjazdu do innej gubernii. Przeto w dniu 1. maja 1909 r. Towarzystwo liczyło 50 członków: lekarzy 33, weterynarzy 2, farmaceutów 15.

W roku sprawozdawczym poza zebraniem organizacyjnem odbyło się 11 posiedzeń T. (razem 12), organizacyjne (uroczyste) d. 9 maja 1908 r., później 5/VI, 3/VII, 7/VIII, 4/IX, 2/X, 6/XI, 4/XII 1908 r., 8/I, 5/II, 5/III i 2/IV 1909 r. Na każdem posiedzeniu obecnych było przecięciowo 19 członków. Niestety, taką wysoką liczbę zawdzięcza Towarzystwo w głównej mierze członkom w Siedlcach zamieszkałym, bardzo pilnie uczęszczającym na zebrania. Koledzy zamiejscowi trochę niedopisują pod tym względem, pomimo dość dobrej komunikacyi z Siedlcami. Nadto w posiedzeniach uczestniczyło 8 gości w różnym czasie.

Na zebraniach wygłoszono: 2 referaty inauguracyjne na posiedzeniu w d. 9 maja u. r. przez delegatów kol. J. Pruszyńskiego »Z dziedziny organoterapii« i kol. B. Korybut-Daszkiewicza »O zapaleniu miedniczek nerkowych u dzieci« — i 19 referatów w ciągu roku na zwykłych posiedzeniach Towarzystwa. Z tych 19 referatów koledzy z Warszawy wygłosili 4 referaty, zaś referatów 15 wygłosili członkowie Towarzystwa.

Referaty wygłosili: 1-szy kol. A. Jarosiński ze Sterdyni: »O kamicy żółciowej«, 2-gi Sitkowski z Radzynia »O intubacyi« (druk. w Czas. lekarskiem), 3-ci Jarosiński: »Pozycya lekarza na prowincyi« (druk. w Czas. lek.), 4-ty Br. Sawicki z Warszawy: »Sigmoiditis et perisigmoiditis«, 5-ty Szamota z Węgrowa: »Ulcus ventriculi rotundum«, 6-ty kol. Wąsowski z Siedlec »O szczepionkach przeciwcholerycznych«, 7-my Wiszniewski z Siedlec: »Appendicitis«, 8-my Sztejn z Siedlec »O surowicy przeciwpłoniczej zapobiegawczej i leczniczej«, 9-ty Sitkowski: »Sprawozdanie z działalności szpitala w Radzyniu z r. 1908«, 10-ty kol. Leśniowski z Warszawy: »W sprawie kamieni w moczowodach«, 11-ty Jarosiński: »Chorea hereditaria tarda«, 12-ty Wiszniewski: »Przyczynek do powikłanych złamań czaszki«, 13-ty Zieliński z Warszawy: »O szablonowem stosowaniu niektórych zabiegów leczniczych«, 14-ty zbiorowy referat kol. Jarosińskiego i prowizora Wierzbięty: »Diazoreakcya Ehrlicha i jej znaczenie kliniczne«, 15-ty kol. Barszczewski z Warszawy: »Rentgenodyagnostyka w chorobach organów wewnętrznych«, 16-ty kol. Sitkowski: »Przyczynek do patologii dusznicy bolesnej«. Nadto na posiedzeniu specyalnie poświęconem Darwinowi wygłosili referaty: 17-ty kol. Jarosiński: słowo wstępne, biografia i bibliografia D., 28-ty kol. Szawelski z Siedlec: »Historya biologii do Darwina« i 19-ty kol. Jarosiński: »Wpływ teoryi ewolucyi na rozwój wiedzy ludzkiej«.

Przedstawiono 2 chorych: jednego cierpiącego na *chorea hereditaria tarda* (kol. Jarosiński) i jednego na *chorea minor* (kol. Wąsowski). Oprócz tego kol. Jarosiński przedstawił bardzo dużo kamieni żółciowych różnej formy i wielkości, znalezionych w kale osób, leczonych przez niego na kamicę żółciową; kol. Leśniowski wyjętą nerkę z powodu ropnego zapalenia miedniczek przy kamicy; kol. Wiszniewski — zoperowany przedziurawiony wyrostek robaczkowy i kol. Sawicki — resekowaną pętlę esowatą. Względnie obfity dorobek umysłowy w roku sprawozdawczym zawdzięcza Towarzystwo energii i zapałowi do pracy

kilku kolegów-członków Tow., jak i względnej bliskości Warszawy, wobec czego mogliśmy więcej, niż inni, korzystać ze światłych rad, wskazówek i prac kolegów warszawskich. Podnieść należy z najżywszem uznaniem tę szlachetną a bezinteresowną pomoc, jaką młodocianemu Towarzystwu okazywali koledzy z Warszawy: kol. Br. Sawicki, A. Leśniowski, B. Korybut-Daszkiewicz, pomoc, wyrażającą się w dojeżdżaniu do Siedlec, szczerem interesowaniu się sprawami Towarzystwa i popieraniu w miarę sił i możności wszelkich zamierzeń Zarządu. Należy się podziękowanie i uznanie kol. J. Pruszyńskiemu i Kol. Ed. Zielińskiemu za odczyty i kol. Barszczewskiemu za odczyt o rentgenodyagnostyce, wspaniale ilustrowany przezroczami i za serdeczne zainteresowanie się sprawami Towarzystwa.

Z działalności Towarzystwa, wykraczającej poza zakres komunikowania sobie wzajemnego spostrzeżeń i prac, wymienić należy: opracowanie przez kol. Jarosińskiego kwestyonaryusza o gruźlicy, który w grudniu zeszłego roku rozesłany został do wszystkich kolegów w gubernii. Dalej — wobec grożącej jesienią cholery sprowadzono z Instytutu Medycyny Doświadczalnej z Petersburga 400 flakonów surowicy przeciwcholerycznej, przygotowanej na sposób Kollego. Cholera jednak nie doszła do nas i szczepionki leżą niezużytkowane (zaszczepiło sobie ją tylko dwie osoby). Postanowiono poza godzinami posiedzeń Tow. — w dnie posiedzeń urządzać kursy repetycyjne dla kolegów na zamówione tematy, a na te kursy zapraszać kolegów specyalistów z Warszawy. Postanowienie to nie przybrało jeszcze form realnych, jest jednak zamiar wprowadzić je w życie w tym roku jeszcze.

Było i jest zamiarem Towarzystwa — z członków-prowizorów farmacyi utworzyć oddzielną autonomiczną sekcyę farmaceutyczną. Dla tej przyczyny na zebraniu w d. 3 lipca 1908 r. wybrany został do zarządu prowizor farmacyi Wierzbięta, któremu Zarząd poruczył zająć się utworzeniem sekcyi. Niestety — ogół członków farmaceutów siedleckich wypowiedział się przeciw temu. Może szerszy ogół pp. farmaceutów zmieni to postanowienie i sekcya farmaceutyczna zostanie utworzoną.

Dnia 2 kwietnia, pragnąc łącznie z całym światem cywilizowanym uczcić pamięć K. Darwina, Zarząd Towarzystwa urządził uroczyste posiedzenie dla członków Tow. z udziałem publiczności. Na estradzie wśród zieleni ustawiono portret Darwina, nabyty przez Towarzystwo; prelegenci: kol. Jarosiński, kol. Szawelski i prof. Szkoły Podlaskiej p. Chełmiński dali całokształt teoryi ewolucyi. Publiczność (głównie młodzież) dopisała dość licznie i obchód został przyjęty przez ogół bardzo przychylnie.

Co się tyczy prac Zarządu, to w roku sprawozdawczym odbył on 24 posiedzenia, poświęcone sprawom administracyjnym i opracowaniu porządków dziennych. Ruch korespondencyi obejmował NN. 864, w tem wpłynęło 101, zaś wysłano 763.

Lokalu własnego Towarzystwo nie posiadało. Przez cały rok postanowiono wynajmować salę w Towarzystwie Muzycznem Siedleckiem. Mieszkanie własne ma być wynajęte od 1. lipca b. r.

Biblioteka. Zawiązkiem dość znacznej biblioteki Towarzystwa była biblioteka po zmarłym w Wągrowie kol. Wyszomirskim; wdowa po nim ofiarowała w 1903 r. tę bibliotekę mającemu się utworzyć Towarzystwu lekarskiemu. Składa się ona z 326 tomów dzieł przeważnie niemieckich, wśród których jest sporo zupełnie nowych (około 65 tomów). Pierwszy prezes Towarzystwa kol. Anastazy Sawicki testamentem zapisał towarzystwu całą swoją bibliotekę, mikroskop Zeissa i maleńką podręczną pracownię analityczną. Biblioteka ta obejmuje około 725 tomów dzieł lekarskich i około 100 tomów dzieł treści naukowej, ale nie lekarskich. W liczbie książek lekarskich około 300 tomów zajmują roczniki pism lekarskich polskich i rosyjskich. Wskutek ciasnoty pomieszczenia i braku odpowiednich szaf biblioteka do dziś dnia nie mogła być skatalogowaną. Oprócz tego znaczniejsze dary ofiarowali kol. Ciągliński Kazimierz, kol. Korybut-Daszkiewicz, kol Krassowski i inni. W roku sprawozdawczym na zasadzie postanowienia zebrania ogólnego prenumerowano z pism lekarskich tylko »Czasopismo lekarskie« (obecnie »Przegląd lekarski«) i »Wraczebną Gazetę«. Postanowiono natomiast kompletować bibliotekę rocznikami pism lekarskich (po skończeniu roku). Postanowiono również zakupić dla Towarzystwa »Encyklopedyę Realną Nauk Lekarskich«, co uczyniono.

Dochody Towarzystwa od 9.V 1908 do 1.V 1909 wynosiły 489·75 r. (w tem składki członków 460 rb.), wydatki zaś 281·05 rb.; pozostałość na rok następny wynosi 208·70 rb.

Sekretarz: *Dr Stanisław Wąsowski.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kielcach.

Posiedzenie z dnia 24 października 1908.

Obecnych 8 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i podpisano.

2) Kol. Prezes zwraca uwagę na **pyocyanazę** Emmericha, która jest substancyą, znajdującą się w hodowli lasecznika zielonej ropy i ma własność zabijać wszelkie bakterye, opiera się jej tylko prątek Kocha.

3) Kol. Kosieradzki przedstawił chorą z **przewlekłem zapaleniem rdzenia**, u której brak zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki stolcowej

4) Kol. Schenk przedstawił chorego chłopca, mającego lat 14. Zachorował przed 4 tygodniami, według słów matki dostał silnego rozwolnienia, po paru dniach stolce z dużą domieszką krwi, przytem boleści, ciągłe parcia na stolec; potrochu stan się poprawił o tyle, że krew w stolcach przestała się ukazywać, czyszczenie jednak nie ustawało — natomiast chory zaczął puchnąć. W szpitalu znalazł się w 3. tygodniu swojej choroby. W pierwszych dniach pobytu chory pod wieczór miewał gorączkę do 38°, przy rannej ciepłocie nieprzekraczającej 36,6 (*typus remittens*); w płucach, sercu zmian żadnych, twarz lekko obrzękła, na stopach obrzęki dość znaczne, w jamie brzusznej cokolwiek płynu; stolców 3—4 dziennie, płynnych, z dużą zawartością śluzu, zielonkawych, bez krwi; język lekko obłożony — bolów żadnych, mocz bez białka. W dalszym ciągu obserwacyi — obrzęki szybko się powiększają i dziś znaczna puchlina brzuszna, kończyny dolne całe obrzękłe, również ręce, twarz; mocz, badany przez kol. Kosieradzkiego, wykazuje ślady białka, parę ziarnistych wałeczków. Zachodzi pytanie, jakiego pochodzenia są obrzęki w danym przypadku, czy można przyjąć zapalenie nerek, wobec tego, że kilkakrotnie badany mocz białka właściwie nie zawierał; w końcu drugiego tygodnia, kiedy obrzęki dosięgły wysokiego stopnia, mocz wykazuje zaledwie ślady białka i parę wałeczków ziarnistych. Kol. Szenk przytacza analogiczne przypadki z praktyki prywatnej; — skłonny jest przyjąć w danym przypadku zubożenie krwi w białko wskutek przebytej dysenteryi za *primum movens* danej sprawy obrzękowej. Biegański w swojej dyagnostyce przyjmuje istnienie pierwotnych obrzęków (*hydrops essentialis*), szczególniej po płonicy, a także wprost od wpływów atmosferycznych (przeziębienia), przyczem zmian w sercu lub w układzie krwi niema; od czego zależne obrzęki, jednak nie podaje.

Sekretarz: *Dr A. Ryttel.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Który lekarz jest „starszy“? Bardzo często przy sekcyach sądowych zachodzi pytanie, który z lekarzy jest »starszy« (»der Ältere« przepisów). Bywa to nieraz powodem niemiłych sporów, jedni bowiem sądzą, że tu wiek odgrywa rolę, inni znów, że liczba lat po promocyi. Rozstrzygnięcie tego jest konieczne, jak o tem świadczy między innemi artykuł kol. Lewintera w Nrze 15. »Głosu lekarzy« i sądzimy, że Izby lekarskie powinnyby zająć się tą sprawą. Według naszego zdania określenie »starszy« w pojęciu, że tak powiemy prawnem, odnieść należy do długości lat praktyki, a jedynie tam, gdzie ta różnica jest bardzo mała, np. kilku tygodni lub miesięcy, a lekarze sami przy sekcyach na kolejną zmianę zgodzić się nie chcą, starszy wiekiem kolega ma prawo do »starszeństwa«. Że wiek sam nie może odgrywać tu głównej roli, jak sądzi np. kol. Lewinter, udowodnić nie trudno. W urzędach wiek nie odgrywa żadnej roli, ale jedynie lata służby, a te u lekarzy liczą się dopiero od doktoratu, a nie np. wstąpienia na uniwersytet i t. p. W tem też zapewne znaczeniu użyto wyrazu »starszy« w przepisach urzędowych o sekcyach sądowych, choć możnaby to określenie rozumieć także i w ten sposób, że »starszy« jest ten lekarz, który dłużej już działa jako lekarz sądowy (a więc poniekąd »urzędowy«). Zresztą bezwątpienia w naszym zawodzie nieraz dość trudno określić, kto jest »starszym« jako lekarz. Jeden kolega jest wprawdzie 15 lat po doktoracie, ale np. przez

8 lat nie zajmował się wcale praktyką, tak że dopiero właściwie od 7 lat »służba« jego się liczy. Drugi znów jest np. 9 lat lekarzem i przez ten czas praktykował pilnie w szpitalach. Jasną jest chyba rzeczą, że ten drugi powinienby być uważany za starszego, choć właściwie jest młodszy i wiekiem i latami po doktoracie od pierwszego. Nie mając żadnych urzędowych rang, muszą lekarze iść wśród tych różnych niepewnych danych i kolizyi jedynie drogą etyki i wzajemnych ustępstw; niestety nie zawsze dochodzi do porozumienia i zgody! *N.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 1. VIII. do 7. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 1 † —), płonicy 25 † 2 (8 † —), odry 15 † 1, duru brzusznego 1, czerwonki 2, gorączki połogowej 3 (3). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. VIII. do 7. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 3 † 1), płonicy 8 † 3 (w tem obcych 1 † 2), odry — † 1 (— † 1), duru brzusznego 3 † 1 (2 † —), czerwonki 1 † — (1 † —), róży 1, jaglicy 2.

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Cesarz zamianował dyrektorem szpitala św. Łazarza Dra Józefa Krzyszkowskiego.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie liczyło z końcem r. 1908 członków honorowych 9, czynnych 278, korespondentów 64, przybranych 3. W ciągu r. 1908 odbyło Towarzystwo 28 posiedzeń klinicznych, na których odbyło się 36 odczytów (najwięcej z medycyny wewnętrznej: 11) i 28 demonstracyi; na posiedzeniach bywało średnio 60 członków. Bilans funduszów i majątku Towarzystwa zamknięto w stanie biernym i czynnym kwotą 366850 rb.; własny majątek Towarzystwa wynosi 146094 rb.; dochody i rozchody w funduszu własnym wynosiły 6672 rb.; dom Towarzystwa dał 12497 rb. dochodu, ale wymagał 15027 rb. wydatku. Na »Pamiętnik Towarzystwa«, rozchodzący się w 427 egzemplarzach (poza zaborem rosyjskim jest wszystkiego 2, wyraźnie dwóch prenumeratorów!!) wydano w r. 1908 — 2049 rb.; na bibliotekę, obejmującą 27709 numerów inwentarza — 1085 rb.; na pracownię, w której pracowało 7 lekarzy — 640 rb.

— Dla upamiętnienia 25-letniego jubileuszu działalności zawodowej Dra Bronisława Sawickiego wydało grono jego uczniów i współpracowników księgę jubileuszową, obejmującą na 366 stronicach folio prace naukowe 21 autorów.

Z różnych stron. Bezczelność reklamy fabrykantów specyfików maluje fakt, że berlińska firma Norris Zahn i Sp. w ogłoszeniach w warszawskiej »Nowej Gazecie« nadużywa nazwiska Prof. Boasa, podając go jako rzekomego wynalazcę reklamowanego przez siebie przetworu »Norridal«. Prof. Boas, protestując przeciwko temu nadużyciu w »Deutsche med. Wochenschrift« (Nr 30), prosi lekarzy polskich, aby, o ile się o tym proteście dowiedzą, nadużycie należycie napiętnowali.

— Skutki trzęsienia ziemi w Messynie ze stanowiska lekarskiego omawia w »Münchener med. Wochenschrift« (Nr 26) Prof. Galli. Zwłoki znajdowano często w ułożeniu, zastygłem niejako za życia, jak to wydarza się i na polu bitew tam, gdzie śmierć następuje bardzo nagle. U wielu osób spostrzegano po trzęsieniu zboczenia psychiczne. Jak głęboko psychicznie zadziałać może trzęsienie ziemi, dowodzi spostrzeżenie na Prof. Parmigiani, który sam opowiada, że o ile dawniej ze stanowiska estetyki uważał za piękniejsze domy wysokie, o tyle obecnie tylko nizkie i szerokie. Głód znosili mieszkańcy po trzęsieniu bardzo łatwo po 2 tygodnie i dłużej. De Sandoo badał wpływ trzęsienia ziemi na nerki u 340 osób. W 40·31% znalazł zwiększenie chlorków i wysoki ciężar gatunkowy; zmiany te trwały do 2 tygodni. Wiele inteligentnych osób opowiadało, iż po trzęsieniu ziemi spostrzegło zaraz, że mocz był mętny i zawierał obfity osad. U 8·21% zranionych w głowę wystąpił cukromocz (3—5%), trwający do tygodnia. Wśród zranień chirurgicznych przeważały stłuczenia i rany, zwłaszcza darte. Często występował (zwykle koło 8 dnia) tężec. *N.*

Mianowani: Dr T. Kolisko ordynatorem szpitala św. Ducha w Warszawie;

Dr Dubreuilh profesorem dermatologii w Bordeaux.

Zmarli: ginekolog Prof. Runge w Göttingen, ginekolog Prof. Rosthorn w Wiedniu.

Dr med. Stanisław Bucelski, starszy ordynator zakładu dla obłąkanych w Tworkach, zmarł w Bizorendzie (gub. kieleckiej). Piśmiennictwo polskie wzbogacił kilku poważnemi pracami, drukowanemi przeważnie w »Gazecie lekarskiej« (O zmianach w komórkach nerwowych przy bezwładzie postępującym 1890, Czynniki wywołujące bezwład postępujący u mężczyzn 1900, Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące 1903, wreszcie Dzieje zakładu dla obłąkanych w Tworkach 1903, 1905/6);

Redakcya otrzymała: Riviere: 1) Traitement des tumeurs malignes par la scintillation alto-fréquente. 2) Fulguration et cytolyse alto-fréquente du cancer. »Ann. d'électrobiologie« 1909. — Runge: Ub. die Pathogenese der Prostatahypertrophie. »Mitth. aus d. Grenzgeb.« 1909. — Serkowski: Domowe sposoby badania produktów spożywczych (tablica). Wydanie III. Warszawa 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ A FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.
MECHANOLECZNICZY
ZAKŁAD ZANDEROWSKI
(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).
LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.
Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.
APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.
POKOJE DLA CHORYCH. 125
ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.
Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Collargol Konsekwentnie przeprowadzone leczenie collargolem (wlewania, wstrzykiwania) leczy przy dostatecznem dawkowaniu wiele przypadków najcięższego **zakażenia ogólnego.**

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani **lek ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.**

Xeroform Bezwzględnie nietrujący, niedrażniący, dający się wyjałowić **proszek do posypywania ran.** Środek swoisty przy **sączących wypryskach, wrzodzie goleni, oparzeniach.**

Creosotal „Heyden", Duotal „Heyden", dawno wypróbowane środki lecznicze przy wszystkich chorobach zakaźnych dróg oddechowych.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 a

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 E. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA jest jedynie prawdziwą solą **KARLSBADU** Zastrzega się przed falsyfikatami 121

Reichenhall,
willa Schönheim
ord. jak corocznie 315
Dr W. Sadowski.

Pomiędzy wszystkimi niezliczonymi, w handlu znajdującymi się środkami przeczyszczającymi żaden chyba nie został tak łatwo i szybko wprowadzony, jak



KALIFORNIJSKI SYRUP FIGOWY „CALIFIG"

(nazwa prawnie strzeżona)

który przez swą nieszkodliwość, pewne i łagodne działanie może być panom lekarzom jako ulubiony także w praktyce kobiecej i dziecięcej

przyjemny środek przeczyszczający

polecany. Sposób użycia przy każdej flaszce. 235 a

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kor. 3. – za $^1/_1$ fl., Kor. 2. – za $^1/_2$ fl.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Próbki dla lekarzy bezpłatnie i opłatnie.

EVIAN-LES-BAINS (Francya) źrodło Cachat przeciw przewlekłej dnie, chorobom nerek i moczu, zaburzeniom narządów trawienia, kamieniom wątrobowym i żółciowym. Najidealniejsza woda stołowa (J. Simon). Otrzymać można we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych. 92

Karlsbad Mühlbrunnstrasse „Rafael". 324 **Dr Jan Latinik** ordynuje od maja do października.

Resorbina rtęciowa
szara i czerwona

9 d $33^1/_3\%$ & 50%

Próbki i piśmiennictwo na życzenie.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmaceut. Abteilg. Berlin S. O. 36.

Najczystsze leczenie wcieraniem

Bez zapachu

Nie wala bielizny.

Ordynacya:

Ad tubam graduatam

Rurki szklane z podziałkami

à 15 i 30, 25 i 50 gr.

$33^1/_3\%$ 50%

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, niežycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 **Główny skład i wyrób**
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: **żelazo, mangan, wapień, potas, chininę,** fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum". Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4.
Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: **oryginal Matula.** Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i **próbki dla Panów Lekarzy** gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.**

Rok XLVIII. Kraków, dnia 21. sierpnia 1909. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ze szpitala OO. Bonifratrów w Krakowie.

O doświadczeniach z gryseryną.

Podał

Dr Jan Frączkiewicz,

Prymaryusz oddziału chorób wewnętrznych.

(Dokończenie).

Widzimy zatem, że nawet przy tak rozpaczliwym stanie chory, którego śmierci można się było lada dzień spodziewać, żyje i sądzę, że utrzymuje go tylko apetyt, podtrzymywany gryseryną; a poprawa po stronie lewej także zasługuje na uwagę.

U chorych z gruźlicą kości i gruczołów, oprócz wewnętrznego podawania gryseryny stosowałem gryserynę i miejscowo w postaci mięszanki gryserynowo-glicerynowej, 10%—20%, wstrzykując 2 do 5 g. do przetok i obrzęków. Leczyłem przeważnie chorych, których chirurdzy z powodu znacznych zmian chorobowych operacyjnie leczyć nie chcieli.

Jeden z tych chorych miał 2 zimne ropnie na grzbiecie i kilkanaście (17) przetok na obu kończynach górnych i dolnych, na żebrach. Chory ten w rozpaczliwym poprostu stanie leczony był przez 4 tygodnie wstrzykiwaniami dwa razy w tygodniu i opuścił szpital z tak znaczną poprawą, że sam mógł chodzić; niestety jednak później się nie pokazał. U pewnej chorej ropień zimny mostka po jednorazowem wstrzyknięciu mieszanki gryserynowej znikł bez śladu. U innego znów chorego ropiejące gruczoły szyjne po trzykrotnem wstrzyknięciu zupełnie się zagoiły bez przetoki.

Sądzę, że kilka tych moich spostrzeżeń przy gruźlicy zewnętrznej zasługuje na uwagę i że wartoby gryseryny w tym kierunku częściej próbować. Mnie, jako interniście przypadki takie nie tak często nasuwają się do leczenia; tych kilka było bardzo powikłanych; przy mniej posuniętej sprawie należałoby spodziewać się chyba lepszych jeszcze wyników.

Wspomnieć muszę o jednej chorej, która oprócz zmian w szczycie prawym miała również gruczoły limfatyczne na szyi zajęte; jeden z nich operowano; drugi był bolesny i czasami zwiększający się. Chora obecnie w stanie znacznie lepszym odbywa leczenie klimatyczne i donosi mi, że gruczoł na szyi nie jest bolesny i stale się zmniejsza, gdy jednak nie zażywała gryseryny przez 4 tygodnie, gruczoł się powiększył i bolał. Obecnie po kilku tygodniach zażywania gryseryny gruczoł znów się zmniejszył i jest niebolesny.

Ogółem na podstawie moich doświadczeń twierdzić mogę, że gryseryna w gruźlicy działa w znacznej większości przypadków korzystnie; jednak tego korzystnego działania gryseryny nie tłomaczę sobie oczywiście odkażaniem drogą wewnętrzną, jak tego chce p. Griese, Dr Küster, Mahner-Mons i Dörschlag, gdyż w takim razie wszystkie przypadki bez wyjątku musiałyby okazywać poprawę, a następnie być wyleczone, lecz raczej przypuszczam, iż gryseryna działa korzystnie na przewód pokarmowy, a może i na wymianę materyi i tą drogą wywołuje poprawę stanu ogólnego i zwiększenie się przez to odporności ustroju na jad gruźliczy; ogniska gruźlicze mogą ulegać wtedy w warunkach dla ustroju korzystniejszych zwykłym zmianom wstecznym i tą drogą, po dłuższym przeciągu czasu i leczenia spodziewaćby się można wyleczenia przypadków z I i II okresu.

Na dowód, że w przypadkach wyraźnego polepszenia się stanu chorych działała korzystnie raczej gryseryna, aniželi inne czynniki, jak spokój, leżenie, światło, ciepło, powietrze i odżywianie, przytoczyć mogę stwierdzony na 10 chorych fakt, że w czasie umyślnego przerwania leczenia gryseryną przez przeciąg kilku tygodni, uzyskane poprzednio zapomocą gryseryny niewątpliwe polepszenie zaczynało znikać, chorzy tracili apetyt, kaszleli więcej, odpluwali obficiej i t. p., a w kilku przypadkach zaczęli także gorączkować.

Obecnie zamierzam łączyć leczenie gryseryną z leczeniem tuberkuliną. Postanowiłem przeprowadzić najpierw porównawcze badania wszystkich prób rozpoznawczych, jak próby Calmetea, Pirqueta, próby przez nakłucie i wstrzyknięcie podskórne, a następnie użyć tuberkuliny starej w celach leczniczych. Jeśliby się okazało, że gryseryna zwiększa odporność chorych na tuberkulinę, jak to na zasadzie dotychczasowych prób przypuszczam, to kto wie czy gryseryna w leczeniu gruźlicy nie okaże się pożyteczniejszą, niż zrazu przypuszczano.

Już teraz powiedzieć można, że gryseryna korzystną jest w leczeniu gruźlicy, chociażby z tego względu, że obniża ciepłotę ciała u gorączkujących, a wiemy, że gorączka jest przeciwwskazaniem do leczenia tuberkuliną. Należy przeto gorączkujących doprowadzić leczeniem gryseryną do stanu bezgorączkowego, a następnie dopiero rozpocząć leczenie

tuberkuliną i w tym kierunku zamierzam dalsze przeprowadzić badania.

Podawałem także gryserynę w 12 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc i opłucnej i u tych chorych, bez wyjątku prawie, zauważyć można było korzystny wpływ gryseryny. W jednym z tych przypadków, który przybył w pierwszym dniu zapalenia, przebieg był znacznie skrócony, gorączka stała nie trwała 48 godzin, poczem w przeciągu dwóch dni ciepłota stopniowo *(per lysim)* opadła do stanu prawidłowego. Wyzdrowienie postępowało szybko. Być może; że gryseryna nie wywarła tu szczególnego wpływu, zdarzają się bowiem zapalenia płuc o skróconym przebiegu; w każdym razie przypadek ten dowodzi, że gryseryna nie przeszkadza i takiemu pomyślnemu przebiegowi; wyłączyć się jednak nie da, że korzystny ten przebieg zależał może i od działania gryseryny.

Wszystkie 12 przypadków zapalenia płuc zakończyły się pomyślnie, zupełnem wyleczeniem, na uwagę jednak zasługuje, mojem zdaniem, że z wyjątkiem jednego wszystkie skończyły się wyleczeniem bez powikłań. Zwracało nadto uwagę i to, iż z wyjątkiem dwóch przypadków gorączka opadała stopniowo (*per lysim*), a w dwóch tylko przełomowo *(per crisim)*. Chorzy nieraz jeszcze w stanie gorączkowym odzyskiwali już apetyt i dopominali się o posiłek, nigdy też nie byli bardzo osłabieni; a rozejście się nacieku i ozdrawianie postępowały szybciej może, niż zwyczajnie.

Jeden przypadek był, jak wspomniałem, powikłany, i to cierpieniem rzadkiem, bo ropniem płuca lewego. Chory ten przybył w siódmym dniu rozległego zapalenia lewostronnego, w dziewiątym dniu nastąpiło przesilenie — po trzech dniach jednak ciepłota podniosła się do 39° C., później do 40·3° C., przybierając tor przerywany (*intermittens*); rano ciepłota bywała 37·4—37·8. Badaniem można było stwierdzić w linii pachowej lewej tylnej na wysokości dolnego kąta łopatki wielką bolesność między żebrami i odgłos opukowy bębenkowy na przestrzeni małej dłoni i na tem miejscu brak rzężeń rezolucyjnych. Sądziłem, że tworzy się wysięk ograniczony; nakłucie próbne dało wynik ujemny, po tygodniu przy coraz większych bolach w boku lewym, chory odpluł przy kaszlu najpierw plwocinę z domieszką krwi, a później znaczną ilość cuchnącej ropy. Chory przez cały czas zażywał po 0·3 gryseryny dwa razy dziennie; potem gorączka opadła i chory czuł się podmiotowo lepiej, przedmiotowo stan zadowalniający; odgłos opukowy prawie zupełnie wyjawniał. Po dziesięciu dniach chory począł znów gorączkować, blizko do 40° C., gorączka miała tor przerywany, przedmiotowo nie dało się nic wykryć. Po siedmiu dniach znowu krew i ropa w plwocinie, a następnie przebieg coraz pomyślniejszy. Chory wyzdrowiał. Drugi ropień musiał być mniejszy i w głębi płuca ukryty, a może międzypłatowy.

Korzystny wpływ gryseryny w zapaleniu płuc w 12 przypadkach nie mógł być przypadkowy; wpływ ten da się wytłómaczyć, ale znowu nie przez »odkażanie wewnętrzne« jak chcą autorzy, którzy dotychczas pisali o gryserynie, lecz raczej następująco. Głównym składnikiem gryseryny jest jod. Wiemy, że jod podawany wewnętrznie wydziela się błonami śluzowemi i to głównie narządu oddechowego; nieżyty dróg oddechowych górnych przy jodzicy są charakterystycznym objawem. Przypuścić przeto należy, że i tu (przy podawaniu gryseryny) jod wydziela się przez błony śluzowe może w stopniu mniejszym, lecz w stanie innym, skutecznie działającym, może »in statu nascendi« i to byłoby tłomaczenie dość proste i kto wie, czy nie słuszne.

Doświadczenia ścisłe w tym kierunku przeprowadzają pracownie kliniczne w Berlinie, Wrocławiu, Gracu i Budapeszcie; co z tych badań wyniknie, nie chcę uprzedzać; być może, że znajdzie się inne racyonalniejsze tłómaczenie.

Duru brzusznego leczonego gryseryną przytoczyć mogę trzy przypadki. Przebieg był prawidłowy nie przedstawiający nic szczególnego; powikłania nie było żadnego ani w czasie duru, ani w okresie zdrowienia. Zwracam jednak uwagę, że u chorych, którzy przy durze mają skłonność do biegunki, gryserynę podawać należy ostrożnie, a nawet równocześnie z makowcem w dawkach po 0·02—0·03, aby nie wywołać zbyt częstych wypróżnień, a tem samem osłabienia chorego, lub też przez wzmożony ruch robaczkowy jelit nie wywołać krwotoku, lub pęknięcia jelita. Z obserwacyi tych trzech przypadków w każdym razie wnosić można, iż gryseryna w durze nie wywiera szkodliwego wpływu.

Podawałem także gryserynę w dwóch przypadkach przewlekłego zapalenia nerek dla przekonania się, czy gryseryna nie działa szkodliwie na nerki. Ani podmiotowy, ani przedmiotowy stan chorych się nie pogarszał; ilość białka przez czas podawania nie uległa zmianie, korzystnie jednak działała gryseryna o tyle tylko, iż apetyt chorych znacznie się poprawił.

Przy nieżycie pęcherza moczowego, podawana w 2 przypadkach, wywarła gryseryna wpływ korzystny, u jednego z tych chorych, nawet bardzo pomyślny. U tego chorego zachodziło podejrzenie co do gruźlicy pęcherza moczowego. U drugiego chorego wpływ gryseryny nie był może lepszy, niż innych dotychczas polecanych środków, jak urotropiny, helmitolu i t. p.

Używałem gryseryny także i zewnętrznie trzy razy przy rozpadających się rakach (2 razy sutka, raz skóry) nie nadających się do operowania. Wstrętnie przedtem cuchnąca wydzielina zwolna stawała się znacznie mniej dla chorych i otoczenia przykrą, krwawienie prawie ustawało, jeżeli nowotwór pokrywało się gazą, nasmarowaną maścią gryserynową 10%—20%. Nowotwory jednak szły zwykłym torem, powiększały się i sprowadziły śmierć dwóch chorych. Jeden chory z rakiem skóry jeszcze żyje; oprócz powyższych ulg ma ten chory i tę ulgę, że obecnie bóle są znacznie mniejsze, co i przy rakach sutka zauważyłem tak, że chore te prawie morfiny nie używały. Nie można więc mówić o uleczalności nowotworów zapomocą gryseryny, jak to czynią najgorętsi jej zwolennicy, lecz trzeba ją uważać środek odkażający, który cierpienie łagodzi i czyni je mniej przykrem dla chorego i otoczenia.

Bardzo natomiast korzystne okazało się działanie gryseryny przy opatrunkach ran ropiejących, zanieczyszczonych. Posypywałem rany proszkiem gryseryny i przykładałem gazę posmarowaną 10% maścią gryserynową lub wyjałowioną waseliną; rany szybko i bezboleśnie się goiły, a rany te bywały głębokie, zadane przeważnie nożami rzeźnickimi; miałem sposobność do opatrywania ich dość często jako lekarz kasy chorych czeladzi rzeźników i masarzy.

Aby stwierdzić, jakie skutki okażą się przy zażywaniu gryseryny u ludzi zdrowych podawałem gryserynę trzem osobom, nie okazującym przedmiotowo żadnych zmian, a mającym tylko pewne podmiotowe dolegliwości; u wszyst

kich stwierdziłem bardzo wybitną poprawę apetytu, stolec wolny; żadnych ubocznych przykrych skutków chorzy ci nie odczuwali, ani też przedmiotowo nie można było nic stwierdzić. Po sześciotygodniowem zażywaniu stwierdziłem przybytek wagi ciała od 1 do $3^1/_2$ kilograma. Wynik ten przypisuję z jednej strony działaniu gryseryny na przewód pokarmowy przez poprawę apetytu i uregulowanie trawienia, z drugiej strony korzystnemu działaniu gryseryny na przemianę materyi.

Na podstawie zatem moich spostrzeżeń ogółem powiedzieć mogę:

1) Gryseryna jest lekiem nieszkodliwym.
2) Gryseryna bez wyjątku prawie poprawia apetyt, reguluje czynność przewodu pokarmowego, i to, wedle mego przypuszczenia, jest jedną z głównych jej zalet.
3) Gryseryna u gorączkujących wywołuje powolne opadanie ciepłoty ciała do stanu prawidłowego.

Nie twierdzę, że gryseryna jest lekiem przeciwgorączkowym, takim np. jak chinina, przetwory salicylowe, pyramidon, antypiryna, nie wywołuje ona bowiem nagłego obniżenia ciepłoty ciała po zażyciu. Widoczną natomiast jest różnica u dłużej gorączkujących, a zażywających gryserynę stale, u których ciepłota ciała powoli, może nie z dnia na dzień, ale z tygodnia na tydzień wyraźnie się obniża.

4) Gryseryna w cierpieniach płuc i dróg oddechowych działa korzystnie, zmniejszając kaszel, ułatwiając wykrztuszanie, wpływając korzystnie na wymianę materyi, wogóle stwarzając korzystniejsze warunki poprawy, a następnie i wyleczenia.
5) Gryseryna, jako środek zewnętrzny, użyta w proszku, maści lub w postaci mieszanki do wstrzykiwań działa wybitnie odkażająco i przyspiesza znakomicie gojenie się.

Gryseryna zasługuje więc na bliższe zajęcie się nią, a jak doniesiono mi w ostatnich dniach, na jednej z klinik w Gracu miano stwierdzić, że gryseryna wywołuje wybitną leukocytozę u zażywających ją; w takim razie przypuszczenie moje, że gryseryna wywiera korzystny wpływ na wymianę materyi byłoby poniekąd uzasadnione. Tem bardziej należałoby rzecz ściśle naukowo zbadać, a może gryseryna zajęłaby stałe miejsce w naszym skarbcu terapeutycznym.

Piśmiennictwo. 1) Griese: Absolute Heilung der Tuberculose auf dem internen Desinfectionswege. 2) K. Küster: Ueber erfolgreiche Behandlung der Schwindsucht und anderer schwerer Infectionskrankheiten durch ein neues inneres Desinfectionsmittel: »Griserin« (Berl. klin. Wochenschrift Paźdz. 1904). 3) K. Küster: Die Heilbarkeit des Krebses durch Griserin. 4) Mahmer-Mens: Bemerkungen zu der Arbeit Petruschkis: Kann durch »Griserin« eine »innere Desinfection« bewirkt werden? (Allg. Med. Central-Zeitung 1905. Nr 7). 5) M. Steiner: Zur Griserinbehandlung (Repet. der prakt. Med. 1905 Nr 4). 6) K. Küster: Das Griserin als Vorbeugungsmittel. 7) K. Küster: Die Petruschkyschen Versuche mit Griserin. 8) K. Kobert: Betrachtungen und Versuche über das frühere und das heutige Griserin. (Terapeut. Rundschau Nr 15. 1908). 9) E. Apaty: Hygiene und Kosmetik des Mundes, Prophylaxis der Mund- u. Zahnifection. 10) Schomburg: Beitrag zum therapeutischen Wert des Griserin. (Berl. klin. Wochenschr. 1905 Nr 1). 11) Petruschky: Kann durch Griserin eine innere Desinfection bewirkt werden? (Berl. klin. Wochenschr. 1904. Nr 50).

Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie. (Kierownik Prof. O Bujwid).

O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy.

Sprawozdanie poglądowe [1]).

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Dwie są zasadnicze drogi, na których można dojść do takiego rozpoznania przyczynowego, t. z. można albo wprost wykazać obecność bakteryi gruźliczych w wydzielinach, wydalinach lub tkankach ustroju zakażonego przez t. z. bakteryoskopię, albo też można wykazać obecność zakażenia gruźliczego na podstawie biologicznej, t. j. na podstawie swoistych odczynów ustroju na zakażenie. Temi to metodami, a raczej ich postępami w ciągu ostatniego dziesiątka lat wypadnie się nam teraz bliżej zająć.

Obecność bakteryi gruźliczych w produktach ustroju zakażonego można wykazać jużto przez wstrzyknięcie morskiej śwince, która jest najczulszym odczynnikiem na nie, jużto przez zabarwienie ich różniczkowe. Doświadczenie na zwierzęciu na ogół czulsze jest, niż barwienie; wykazuje często obecność bakteryi tam, gdzie ich w preparatach, nawet licznych, znaleść nie można, ma natomiast tę ujemną stronę, że każe kilka tygodni co najmniej czekać na odpowiedź. Przed rokiem mniejwięcej polecił Bloch u świnek, którym się wstrzykuje podejrzany materyał podskórnie na podbrzuszu, rozgniatać między palcami odpowiedni gruczoł pachwinowy; przez takie sztuczne stworzenie miejsca mniejszej odporności bakterye mają się w tym gruczole rozwijać szybciej i bujniej; już po 10—14 dniach gruczoł jest wyraźnie obrzękły, i można, wyciąwszy go, wykazać w skrawkach obecność bakteryi gruźliczych. Kontrola tych doświadczeń przez Dieterlena i Webera pokazała jednak, że nietylko bakterye gruźlicze, ale i inne kwasoodporne (b. łoju napletkowego), a nawet gronkowce w tych warunkach wywołują obrzęk gruczołu, a nadto, że nie zawsze w obrzękłym gruczole można stwierdzić obecność bakteryi, że tedy koniecznie trzeba wyczekać dalszy rozwój sprawy aż do śmierci świnki, lub też w dalszym okresie ją zabiwszy, zbadać w kierunku postępowego zakażenia gruźliczego. Metoda tedy, choć w pewnych pomyślnych przypadkach może rozpoznanie przyspieszyć, nie zawsze jest pewna, a tam zwłaszcza, gdzie jak w plwocinie materyał jest nieczysty, wymaga szczególnej ostrożności w ocenie. Inną modyfikacyę podali Nathan-Larrier i Griffon: wstrzykiwają oni badany materyał do gruczołu piersiowego morskiej świnki świeżo po porodzie i po 8—10 dniach znajdują bakterye gruźlicze w znacznej ilości w mleku. Dotąd zdaje się nie kontrolowano jeszcze tej oryginalnej metody. To też trudno na razie o jakikolwiek o niej sąd.

I wykazywanie bakteryi w preparatach napotyka wielokrotnie na znaczne trudności; pomijając już przypadki gruźlicy zamkniętej nawet tam, gdzie istnieje ognisko otwarte, wydzielanie bakteryi jest niestałe, często skąpe, plwocina stanowi mieszaninę wydzieliny nietylko z miejsc swoiście schorzałych, ale i z miejsc dotkniętych ubocznym nieżytem. Nadto wiemy, że w ogniskach chorobowych toczy się zacięta walka między ustrojem, a zarazkami, to też nawet w przypadkach gruźlicy postępowej pewna ilość bakteryi ulega działaniom bakteryobójczym ustroju, a dzieje się to jeszcze łatwiej w sprawach początkowych, póki siły obronne nie są jeszcze wyczepane, lub w gruczołach chłonnych, które rozporządzają szczególnie skutecznymi środkami obrony. Otóż takie bakterye uszkodzone przez ustrój tracą zdolność swoistego barwienia się, i przez to mogą ujść oku badającemu, jak się o tem przekonamy w dalszym ciągu. Nowsza dyagnostyka bakteryoskopiczna stara się właśnie zaradzić tym dwom czynnikom, udaremniającym rozpoznanie; t. j. skąpej ilości bakteryi i zmianie ich właściwości barwnych. Do pierwszego celu zmierzają metody, które zagęszczają bakterye gruźlicze w badanym materyale, a zatem metody wzbogacenia. Starają się one uzyskać osad z plwociny, moczu, stolca albo ropy, które poprzednio muszą zostać ujednostajnione, aby umożliwić opadanie cząstek stałych dowolne lub odwirowanie ich w osad. Można w tym celu albo działać rozcieńczonym ługiem, albo su-

[1]) Wykład wygłoszony w Tow. lek. krak. dn. 12 maja 1909 jako pierwszy z cyklu wykładów o gruźlicy.

blimatem, albo gotować materyał ewentualnie z dodatkiem ługu; albo też użyć rozpuszczającego działania mleka wapiennego. W nowszych czasach Sachs-Mücke polecił w tym celu wodę utlenioną 3%, która wywiązując tlen, rozrywa cząstki plwociny, i w ten sposób ją ujednostajnia; metoda ta spotkała się w nowszej literaturze z wieloma pochwałami. Dilg poleca dodać do plwociny zalkalizowanej 25% rozczynu soli i odwirować: bakterye gruźlicze jako lżejsze znajdą się wtedy nie w osadzie, ale w górnych warstwach płynu. Najlepszą zdaje się być metoda, podana w ostatnim czasie przez Uhlenhutha, a polegająca na rozpuszczającem działaniu, t. z. antyforminy, t. j. zasadowego rozczynu podchlorynu sodowego. Do badanej plwociny dodaje się 15—20% antyforminy, i pozostawia na 24 godzin w pokoju lub cieplarce, potem odwirowany osad przemywa się dwukrotnie rozczynem fizyologicznym. Antyformina już w słabych rozcieńczeniach rozpuszcza tkanki, komórki i bakterye, natomiast nie narusza bakteryi kwasoodpornych nawet w mocnych zgęszczeniach i po długim czasie, osad tedy zawiera obok resztek tkankowych same bakterye gruźlicze. Na 113 plwocin, w ten sposób badanych, Mayer w 85 przypadkach miał wyniki ujemne, w 14 dodatnie oboma metodami a w 14 ujemne zwykłą metodą, a dodatnie antyforminową. Zdaje się na podstawie tych badań, że ta metoda jest metodą przyszłości, gdyż daje wyniki bardzo pomyślne, a może być stosowana do badania zarówno plwociny, jak ropy, kału lub krwi. Specyalnie do badania krwi podał przed kilku laty osobną metodę Jousset. Skrzep krwi trawi on zapomocą trypsyny, a osad odwirowany z płynu strawionego bada na bakterye. W nowszych czasach Philibert stosuje tę metodę, t. z. inoskopii z tą zmianą, że do trawienia używa zwykłego ługu sodowego. Autorowie francuscy i przy pomocy tej metody w szeregu przypadków gruźlicy uogólnionej lub prosówkowej wykazali obecność bakteryi we krwi. W pewnych przypadkach wreszcie możnaby może próbować wzbogacenia biologicznego, przez to, że się wstawia podejrzany materyał do cieplarki (37° C.) na 2—4 dni; bakterye, o ile wogóle są obecne, mogą się wtedy rozmnożyć i przy pomocy wzbogacenia mechanicznego (antyformina) łatwiej być wykazane.

Inny znowu szereg metod, jak już powiedzieliśmy wyżej, zmierza do tego, aby wykazać także bakterye uszkodzone działaniem ustroju, naszym metodom barwienia niedostępne. Barwienie bakteryi gruźliczych jest odczynem mikrochemicznym, polegającym na ich kwaso- i alkoholo-odporności. Podstawą tego odrębnego zachowania są właściwości osłonki bakteryi gruźliczych, złożonej z ciał białkowatych i woskowatych, która to osłonka zdaje się także być przyczyną dość znacznej odporności bakteryi tych wobec działań bakteryobójczych ustroju. Uszkodzenie tej osłonki, które jest warunkiem skutecznego zadziałania ustroju na bakterye, może sprawić, że kwaso-odporność ich maleje lub znika, choć bakterye zachowały jeszcze całość morfologiczną. Obok kwasoodporności bakterye nasze odznaczają się też gramoodpornością, t. j. że zachowują zabarwienie sposobem Grama mimo działania alkoholu: obie właściwości, jak pokazują moje badania, pozostają ze sobą w dość ścisłym związku. Przy metodzie Grama, rzadziej przy zwykłych metodach można zauważyć, że bakterye składają się z ziaren mocniej gramoodpornych, barwiących się czarno-fioletowo, i z substancyi łączącej te ziarna, słabo gramo-odpornej, szaro-fioletowawej. Otóż przy dalszym rozpadzie bakteryi gruźliczych, laseczki rozpadają się na poszczególne ziarna, które z początku są jeszcze kwasoodporne i gramoodporne, w dalszym zaś ciągu tracą kwasoodporność, i dają się tylko zabarwić metodą Grama. Doświadczenia Mucha stwierdziły jednak ciekawy fakt, że jeszcze i w tym okresie ziarna te zachowują zdolność wzrostu i zjadliwość, t. j. że n. p. z ropy, która przy zwykłem barwieniu nie pokazuje bakteryi, a w której dopiero specyalne metody stwierdzają obecność ziarenek gramo-dodatnich, udaje się uzyskać hodowle baktery, i że ropą taką można zakazić świnki. Mamy tu tedy do czynienia albo z objawem t. zw. merotomii, t. j. rozkawałkowania bakteryi na części, zdolne do dalszego życia, albo z jakiemiś specyalnemi formami przetrwalnemi. Pierwszy okres, w którym mamy tylko cząstki bakteryi jeszcze kwasoodporne, Spengler nazwał odłamkami bakteryi (Bazillensplitter), drugi okres ziarenek, odbarwianych przy zwykłej metodzie, a gramo-dodatnich opisał Much, mogą być tedy nazwane ziarenkami Mucha. Formy te nie są w rzeczywistości zdobyczą lat najnowszych, bo już opisywał je Schroen, jako zarodniki lub ziarna, a uczeń jego d'Arrigo w bardzo pięknej pracy z r. 1900 opisał obecność ziaren obok typowych bakteryi, lub i bez nich w gruczołach chłonnych, gdzie, jak powiedzieliśmy, walka toczy się najżywiej, i gdzie takich form najczęściej można się spodziewać. Otóż wszystkie nowsze modyfikacye metod barwienia gruźlicy świadomie lub nieświadomie zdążają do tego, żeby rozszerzyć zakres skuteczności tych metod, żeby wykazać obecność takich uszkodzonych bakteryi lub ziaren. Zdawna już było wiadomo, że można bakterye gramo-ujemne uczynić gramo-dodatniemi, o ile się je mocniej zabarwi przez dłuższe barwienie, przez ogrzewanie barwika, przez zastosowanie dwóch zapraw, zamiast jednej, przez przedłużone zadziałanie lub ogrzanie płynu Lugola, wreszcie przez to, że się odbarwia słabszymi odbarwiaczami. Otóż wszystkie te metody w najróżniejszych modyfikacyach mogą służyć do tego, żeby uszkodzone bakterye gruźlicze, lub ich formy ziarenkowe zabarwić. Ja sam, wychodząc ze swych badań nad metodą Grama, znalazłem trzy metody wzmocnione, które mogą wykazać obecność bakteryi tam, gdzie ich nie wykazują metody zwykłe; przy pierwszej barwi się gencyanę karbolową wśród ogrzewania, dalej działa płynem Lugola ogrzanym przez kilka minut, a wreszcie odbarwia odbarwiaczem Günthera. Przy drugiej barwi się ogrzaną fuksynę karbolową, następnie ogrzanym płynem Lugola, a odbarwia odbarwiaczem Günthera. Przy trzeciej miejsce płynu Lugola zajmuje zgęszczony wodny kwas pikrynowy. Zapomocą tych metod udało mi się kilkakrotnie wykazać obecność bakteryi w plwocinach i w gruczołach chłonnych morskich świnek, które dały wynik ujemny przy zwykłem barwieniu, a nadto zabarwić w ten sposób bakterye uszkodzone w kwaso-odporności przez rozmaite zadziałania chemiczne (kwasy, środki odtłuszczające). Z innych metod wymienię metodę Tarchettiego i nowszą metodę pikrynową Spenglera: co do metody Spenglera podaje Kürthi, że na 206 badanych plwocin w 166 metoda pikrynowa wykazała większą ilość bakteryi, niż Ziehl-Güntherowska, w 36 ta druga dała wyniki ujemne, zaś pikrynowa dodatnie. Bardzo polecenia godną zarówno dla preparatów rozsmarowanych, jak dla skrawków, jest metoda Hermana, i ona wykazuje często więcej bakteryi, niż zwykła, często wykazuje je tam, gdzie zwykła zawodzi, ma nadto barwić także odłamki Spenglera i ziarenka Mucha. Sam stosowałem ją ostatnimi czasy dość często, używając do podbarwiania słabej fuksyny, i podobnie, jak Wirths bardzo z niej byłem zadowolony. Wreszcie Much dla wykazania swych ziarenek podał trzy metody, które wszystkie są wzmocnionemi metodami Grama, a z których zwłaszcza druga daje bardzo ładne obrazy i zasługuje na uwzględnienie. Ostatni tydzień wreszcie przyniósł pracę, zrywającą zupełnie z dotychczasowemi tradycyami, które do barwienia bakteryi używały barwików zasadowych; Gasis użył tedy barwika kwaśnego eozyny, i wykazał, że jak bakterye zabarwione barwikami zasadowymi są kwasoodporne, tak naodwrót zabarwione barwikiem kwaśnym są zasadoodporne w odróżnieniu od innych bakteryi. Ponieważ właściwość ta niezależna jest od ciał woskowatych osłonki, a tylko od ciał białkowatych ciała bakteryjnego, więc być może, że i uszkodzone bakterye dadzą się w ten sposób zabarwić, i że w metodzie Gasisa uzyskaliśmy nową, a wartościową metodę barwienia różniczkowego. Bądźcobądź w przypadkach wątpliwych należy obok metod zagęszczania bakteryi w materyale badanym i razem z niemi stosować jednę lub kilka z powyżej podanych metod, zwłaszcza, gdy chodzi n. p. o ropę lub o gruczoły chłonne, gdzie zwykłe metody często zawodzą. Z drugiej jednak strony trzeba zaznaczyć, że właśnie te metody wymagają dużo krytyki przy ocenie wyników, i dlatego tylko w ręku doświadczonych pracowników mogą dawać wyniki pewne.

W każdym jednak razie, nawet o ile metody bakteryoskopiczne dalej zostaną udoskonalone, niewątpliwie pozostanie szereg przypadków, w których mogą zawieść, albo też wobec zamkniętych ognisk nie mogą znaleźć zastosowania. Innemi słowy metody te zbyt mało są czułe dla wymagań kliniki, a zakres ich zastosowania jest ograniczony, dlatego też w nowszych czasach punkt ciężkości rozpoznawania przyczynowego gruźlicy przesuwa się coraz bardziej ku metodom biologicznym, które z odczynu ustroju na zakażenie starają się wysnuć wnioski rozpoznawcze. Najbliższą i najdogodniejszą taką metodą wydawało się z początku rozpoznawanie surowicze na podstawie własności aglutynacyjnych, czyli zlepnych surowicy chorych. Znakomite wyniki rozpoznawcze próby Widala w durze i chorobach pokrewnych kazały się spodziewać, że ta metoda i w gruźlicy da wyniki pewne i łatwe. Zasadniczą trudność przedstawiały właściwości hodowli gruźliczych zbitych, bo zlepionych przez wosk osłonek i nie dających jednostajnej zawiesiny, koniecznej dla prób zlepnych. To też z radością powitano doniesienie Arloinga i Courmonta, którym udało się uzyskać hodowlę jednostajnie zmąconą, nadającą się do prób, i którzy twierdzili, że obecność właściwości zlepnych w surowicy ludzkiej dowodzi

zakażenia gruźliczego. Metoda ich znalazła entuzyastyczne przyjęcie w pracowniach francuskich i włoskich, które po części i dotąd jeszcze trwają w swym zapale, natomiast spotkała się za słuszną, a surową krytyką u fachowców innych narodowości. Sam wraz z Kellerem zajmując się tą metodą, stwierdziłem, że metoda w klinicznem znaczeniu nie jest swoistą, t. j. że odczyn występuje zarówno u zdrowych, jak gruźliczych, i to zarówno w przypadkach klinicznych, jak sekcyjnych; we wszystkich tych grupach można było uzyskać odczyn dodatni w 70—80% przypadków. Wobec tego, że surowica noworodków odczynu nie daje, należy przypuścić, ze odczyn w teoretycznem znaczeniu jest swoistym wyrazem oddziaływania ustroju na zakażenie, że jednak oddziaływają zarówno gruźlice jawne, jak utajone, jak wreszcie i znaczna część nieczynnych przez dość długi czas po przebyciu zakażenia. Można tedy wobec jakiegoś niejasnego przypadku gorączkowego na podstawie dodatniego odczynu przyjąć poczynającą się gruźlicę bez objawów fizycznych, gdy tymczasem możemy mieć do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego obok zabliźnionego nieczynnego ogniska w szczycie płuca, i temu to ognisku zawdzięczamy odczyn. Innemi słowy dla celów klinicznych odczyn zdaje się być zbyt czuły, nie pozwala różniczkować gruźlicy czynnej od nieczynnej, i jako taki nie powinien być stosowany dla celów rozpoznawczych.

Bardzo ograniczona jest też mojem zdaniem wartość rozpoznawcza drugiej metody, która ostatnimi czasy, — może niezupełnie słusznie, o ile chodzi o cele kliniczne, — uzyskała znaczny rozgłos. Mówię o t. z. metodzie opsonicznej, czyli przysposobnej Wrighta. Metoda ta ze względów teoretycznych bardzo ciekawa i stanowiąca znaczny postęp techniczny, przedstawia niestety wiele punktów zaczepnych dla krytyki, o ile chodzi o jej zastosowania kliniczne. Wright twierdzi, że gdy u zdrowych wskaźnik przysposobny (opsoniczny) surowicy wobec bakteryi gruźliczych waha się między 0·8—1·2, to u chorych podlega on bardzo wybitnym wahaniom; że tedy wartości poniżej 0·8 lub powyżej 1·2 dowodzą obecności gruźlicy. Otóż przedewszystkiem technika badania wskaźnika, operując wielu czynnikami bardzo zmiennymi i trudno dającymi się ustalić, przedstawia bardzo znaczne możliwości błędów; mniejsza lub większa gęstość zawiesiny, jednostajność tej zawiesiny, stan ciałek białych i stan surowicy, grubość pipet włosowatych, czas trwania próby, drobne szczegóły techniczne przy rozsmarowywaniu preparatów — oto wszystko czynniki, które bardzo wydatnie mogą wpływać na wyniki liczenia, podległego nadto błędowi osobistemu badacza. W przypadku bakteryi gruźliczych wchodzi w rachubę jeszcze i ta okoliczność, że niełatwo z nich uzyskać zawiesinę jednostajną o dobrze odosobnionych bakteryach, że nadto pewna część bakteryi w powszechnie używanym preparacie Merckowskim jest uszkodzoną w swej żywotności, i źle się barwi, uchodząc przez to badaczowi; znowu poważne i nieobliczalne źródło błędów. To też nie zdziwimy się, jeśli z ust »entuzyasty opsonicznego«, Bussego, usłyszymy, że metoda ta daje co najwyżej wielkość błędu 20%; w rzeczywistości jest to liczba bardzo poważna, bo zdrowy osobnik ze wskaźnikiem 1·1 może przez to uzyskać przez zesumowanie drobnych błędów technicznych 1·3 i być policzony między gruźliczych; taksamo mając 0·9, spadnie na 0·7, t. j. znowu między gruźliczych. Nadto wiemy, że właśnie u chorych gruźliczych, zwłaszcza chodzących, wskaźnik może okazywać znaczne wahania, z pod normalnego przejść w nadnormalny. Otóż niewątpliwie część badanych chorych w chwili badania w tej podróży z góry na dół lub naodwrot może się znajdować na przestrzeni wartości prawidłowych, t. j. między 0·8 a 1·2, i w ten sposób wprowadzić w błąd rozpoznanie. Wreszcie zaznaczamy, że według Wrighta nizki wskaźnik znajduje się nietylko u tych, co już zakażeniu ulegli, ale może też być wyrazem zmniejszonej odporności swoistej, czyli usposobienia do zakażenia, a to przecież są rzeczy dla kliniki bynajmniej nie identyczne, — sprawy, które koniecznie trzeba rozróżniać w celach rozpoznawczych i leczniczych. Wreszcie źródłem błędów może się stać dla rozpoznania fakt, stwierdzony przez Hartocha i Willim, jakoteż przez Moro i Potpeschnigga, że w różnych ciężkich zakażeniach zawartość dopełniaczy (aleksyn), a równolegle z nimi i przysposabiaczy (opsonin) spada dla różnych bakteryi, i to nietylko dla zarazków, wywołujących dane zakażenie, i może w ten sposób wprowadzić w błąd badacza.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Jehn. **W sprawie współżycia** (*parabiosis*). (*Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap.* VI. 1). Doświadczenia nad współżyciem przeprowadzono w ten sposób, że dwa króliki łączono jamami brzusznemi. Zwierzęta potem żyły nieraz do 50 dni. Zwykle jedno zwierzę rozwijało się słabiej od drugiego. Jodek potasu wstrzyknięty u jednego zwierzęcia, wydzielał się u drugiego 3-go dnia. Gdy jednemu zwierzęciu wycięto nerki, albo podwiązano moczowód, żyło ono potem znacznie dłużej, niż to zwykle bywa, poczem oba zwierzęta ginęły na mocznicę. *A.*

Sauerbruch i Heyde. **Dalsze doświadczenia nad współżyciem zwierząt ciepłokrwistych, nad niedrożnością jelit i mocznicą.** (*Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther.* VI. 1.). S. i H. łącząc zwierzęta, łączyli także ich narządy, np. nerki, jelita i t. p. i spostrzegali zupełne przygojenia się. Zwykle jedno zwierzę rozwija się kosztem drugiego. Przez odłączenie można temu zapobiedz i zwierzę podupadłe w odżywieniu powraca do sił. Sztucznie wywołana niedrożność jelit odbija się u drugiego zwierzęcia podniesieniem się ciepłoty, zjawiającem się w 20—36 godzin. Co do mocznicy, to S. i H. spostrzegali zupełnie podobne objawy, jak Jehn i sądzą, że mocznicę wywołuje zła przemiana materyi, wywołana brakiem odnowy, a sprawiająca tworzenie się połączeń trujących. *A.*

Morpurgo. **Operacyjnie wywołane współżycie** (*parabiosa*) **dwóch białych myszy.** (Akad. lek. Turyn 15/1 1909). M. połączył dwie białe myszy w ten sposób, że wywołał połączenie krążenia obydwóch i w przeciwieństwie do dotychczasowych spostrzeżeń udało mu się utrzymać zwierzęta przy życiu, pomimo, że usunął jednej myszy najpierw jedną, a w 20 dni drugą nerkę. Po kilku dniach niedomagania (zwłaszcza u myszy nieoperowanej) powróciły oba zwierzęta do zupełnego zdrowia. Mocz wydzielała mysz nieoperowana w podwójnej ilości; mocz ten zawierał białko. U drugiej pary (samica w ciąży i samiec) po połączeniu wydała samica na świat 9 młodych i 3 z nich karmiła. Sutki rozwijały się u samicy prawidłowo, u samca nie było żadnych zmian w gruczołach mlecznych. Fakt ten świadczy, że substancye, wywołujące podrażnienie gruczołów mlecznych, w ustroju męzkim nie działają wcale. *A.*

Allers. **W sprawie substancyi działającej przysadki mózgowej.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 29). W tymczasowem doniesieniu zdaje A. sprawę ze swych badań nad substancyą działającą przysadki mózgowej. Pod wielu względami przypomina ona adrenalinę, działa bowiem podnieciająco na ciśnienie krwi, rozszerza źrenicę oka żaby i wstrzyknięta podskórnie u królika, wywołuje cukromocz. Jednakże, jak to badania autora wykazują, nie jest ona identyczna z adrenaliną, wobec czego prób biologicznych (wpływ na źrenicę i ciśnienie krwi) nie można uznać za znamienne wyłącznie dla adrenaliny, a jedynie dodatni wynik próby oksydacyjnej i jodowej jest dla adrenaliny typowy. *A.*

Glaessner i Pick. **Badania nad wzajemnym wpływem trzustki i nadnerczy.** (*Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Ther.* VI. 2). Do swych doświadczeń używali G. i P. soku trzustkowego z urazowej przetoki trzustki u człowieka i soku z trzustki psa z przetoki operacyjnej. Wstrzykiwania soku trzustkowego (4—20 cm) i adrenaliny (1—3 cm rozczyn 1. p. m.) u królika i psa nie wywołują, wykonane równocześnie, cukromoczu, a więc działanie wydzielin gruczołów niejako się wzajemnie zobojętnia. Adrenalina wstrzyknięta psu z przetoką trzustkową, wywoływała w wielkich dawkach wstrzymanie wydzielania soku trzustkowego, a równocześnie silny cukromocz. W soku trzustkowym, zwłaszcza po pożywieniu mięsnem, wykazać można tak u człowieka, jak i u psa, substancyę, działającą rozszerzająco na źrenicę żaby. Nadnercza u psa z przetoką trzustkową okazywały wybitne zmiany (brak komórek chromochłonnych), a wyciąg z nich utracił zdolność podnoszenia ciśnienia krwi. *A.*

Pedyatrya.

E. Weill i G. Mouriquand. **O błoniczem zapaleniu spojówek po odrze.** (*Archives de médecine des enfants.* Nr. 2. 1909). Obok zwykłego błoniczego zapalenia spojówek, które od czasu stosowania surowicy ma zejście zwykle pomyślne, istnieje postać tegoż zapalenia, zawsze ciężka, a często śmiertelna: jest to zapalenie poodrowe. Rozwija się ono najczęściej u dzieci

małych (poniżej 4 lat) bądź w początkach odry (3—4 dni), bądź po zupełnem zniknięciu wysypki (w 2 i 4 tygodnie), często jednocześnie stwierdzić można zajęcie nosa, niekiedy jednak wszelkie inne błony (nosa, krtani i gardła) są zupełnie wolne. Zapalenie spojówek rozwija się szybko i odznacza się wybitnem obrzmieniem powiek, błonami wrzekomemi zarówno na powiekach, jak na spojówkach gałki ocznej, wreszcie wczesnem owrzodzeniem, a często i przedziurawieniem rogówek. Im wcześniej w przebiegu odry występuje to powikłanie, tem gorsze jest rokowanie: surowica (wstrzykiwania podskórne, podspojówkowe i wkraplanie do oczu) zupełnie zawodzi i w 40—50% przypadków następuje zejście śmiertelne (najczęściej wskutek zapalenia płuc); w 20—25% przypadków grozi zupełna utrata oczu, w 10—18% zaburzenia wzroku; w przypadkach, kiedy zapalenie spojówek rozwija się później (w 10—15 dni po zniknięciu wysypki) bywa powrót do stanu prawidłowego, choć i w tych przypadkach surowica działa niedostatecznie; zejście pomyślne wynosi 16—30%. *W. Jasiński.*

Prof. V. Hutinel i L. Rivet. **Ciężkie przypadki posocznicy w przebiegu cierpień skórnych u małych dzieci; przyczynek do sprawy zakażeń szpitalnych.** (*Arch. de méd. des enf.* Nr. 1. 1909). W 9 przypadkach wyprysku (głównie twarzy i głowy) u dzieci w wieku od 6 do 14 miesięcy (jedno 2-letnie), przyjętych do szpitala w stanie zupełnie dobrym, występowały niedługo po przyjęciu (3 razy już po kilku godzinach, w innych przypadkach po 24—30—36 godzinach, raz w 6 dni po przyjęciu) groźne objawy w postaci nadmiernego wzniesienia ciepłoty (41° do 42° i wyżej), bladości skóry, przyspieszenia tętna, drgawek itp. W 6 przypadkach zejście było śmiertelne, w 3 nastąpiło wyzdrowienie po kilkodniowych wahaniach ciepłoty. Badania pośmiertne narządów wewnętrznych wykrywały tylko nieznaczny naciek tłuszczowy wątroby; w skrawkach z tkanek drobnoustrojów nie stwierdzono. Badanie bakteryologiczne krwi (w 8 przypadkach) dwukrotnie dało wynik ujemny, 1 raz wykryto gronkowca złocistego, 5 razy paciorkowce (diplo-streptococci), z tych w jednym przypadku stwierdzono paciorkowca w hodowli bezpowietrznej. Omawiając istotę choroby w podanych przypadkach, autorzy odrzucają teoryę przerzutową i toksyczną, — nie podzielają też poglądów, przypisujących zejście śmiertelne w tych przypadkach zmianom w mięśniu sercowym lub w wątrobie i nerkach, natomiast przychylają się całkowicie do teoryi zakaźnej. Skóra stanowi wrota zakażenia, otoczenie zaś szpitalne dostarcza materyału zakaźnego; u dzieci starszych sprawa ogranicza się przytem do powierzchownego ropienia, — u młodszych (około roku), szczególnie dotkniętych krzywicą i mało odpornych, występują groźne objawy posocznicy. Szybki przebieg tych postaci zależy bądź od jadowitości zarazka, bądź też da się tłómaczyć nadwrażliwością (anaphylaxia), jaka wytworzyć się mogła u osobników, dotkniętych przewlekłem cierpieniem skórnem i znajdujących się niejako pod stałym wpływem gronkowców, paciorkowców lub innych drobnoustrojów. Szybkim przebiegiem choroby tłómaczyć należy brak zmian w narządach wewnętrznych, ujemne zaś wyniki badania krwi zależą bądź od małej ilości drobnoustrojów, bądź też od warunków badania (niekiedy wynik dodatni daje tylko hodowla bezpowietrzna). Przypadki wyprysku u dzieci do roku wymagają przeto zupełnej aseptyki, podobnie jak opatrunki chirurgiczne; należy też możliwie odosobniać je w celu zabezpieczenia od wtórnych zakażeń na przeludnionych oddziałach. *W. Jasiński.*

E. W. Mitchell i J. C. Oliver. **O wrodzonem przerostowem zwężeniu odźwiernika wraz z opisem dwóch przypadków.** (*Archives of Pediatrics.* Nr. 11. 1908). Zwężenie odźwiernika bywa dwojakiego rodzaju: przerostowe i kurczowe; zdarza się współdziałanie tych dwu przyczyn. Postać pierwszą spotyka się najczęściej u dzieci dobrze zbudowanych i odżywionych. Do najwcześniejszych objawów należą wymioty, które występują albo wkrótce po urodzeniu, albo po upływie dwóch do sześciu tygodni. Wymioty powtarzają się albo po każdem karmieniu, albo po kilku; nie ustępują po żadnym zabiegu; oddana zawartość żołądka zwykle dobrze przetrawiona, czasem z domieszką żółci. W dalszym przebiegu występuje postępujące wyniszczenie; brzuch zapadnięty, nadpępcze wypuklone, widać ruch robaczkowy żołądka z lewej strony w prawą, stolec zaparty. W niektórych przypadkach wyczuwa się guz w okolicy odźwiernika. Kurcz odźwiernika cechują; większa łagodność objawów, powolniejsze wyniszczenie, oraz przemijające okresy polepszenia, zależne od leczenia. Leczenie polega na unikaniu pokarmów gęstych. Najodpowiedniejsze karmienie piersią. W razie niemożności należy się zwrócić do środków zastępczych. Za każdym razem dawać dziecku małe ilości pokarmu, wskazane też są lawatywy odżywcze. Nieraz połykanie zdaje się wywoływać kurcz odźwiernika; w takim razie pokarm wprowadza się do żołądka przez zgłębnik przez nos. Wielkie też usługi oddaje płukanie żołądka rozczynem sody 1—2 razy dziennie. Wreszcie można stosować makowiec, atropinę, kokainę. Jeżeli pomimo tych zabiegów wymioty nie ustępują, dziecko traci wagę, wówczas zwlekać z operacyą nie można. Pierwsze spostrzeżenie autorów dotyczy dziecka, które zaczęło wymiotować dopiero w czwartym tygodniu; w szóstym wystąpiły charakterystyczne objawy zwężenia odźwiernika. Ponieważ wewnętrzne leczenie było bezowocne, więc przystąpiono do operacyi (w 50, dniu po urodzeniu). Okazało się, że odźwiernik miał zbitość niemal chrząstkową, ściany żołądka zgrubiałe i sztywne. Utworzono przetokę żołądkowo-jelitową. Ciepłota po operacyi podskoczyła do 39°, tętno niemiarowe 180 na minutę; 15 godz. po operacyi zaczęto dawać mleko, łyżeczkę co godzina. Na trzeci dzień stolce prawidłowe. Rana zagoiła się bez powikłań. W czwartym miesiącu po operacyi waga wzrosła w trójnasób. Przyp. drugi: Dziecko dobrze zbudowane i odżywione zaczęło wymiotować w trzecim tygodniu. Niebawem wystąpiły charakterystyczne objawy zwężenia. Po trzytygodniowych bezowocnych zabiegach wewnętrznych dziecko operowano tak, jak pierwsze. Pomimo mniej pomyślnego aniżeli w pierwszym przypadku przebiegu pooperacyjnego (rozejście się rany, wypadnięcie jelit), zejście było pomyślne. Chory wyszedł ze szpitala w 5 tygodni po operacyi. *S. Dulewicz.*

Ira S. Wile. **Błonica po wycięciu migdałków i wyrośli gruczołowatych.** (*Archiv. of Pediatrics* Nr 11. 1908). Jest rzeczą wiadomą, że po wycięciu migdałków rana pokrywa się zazwyczaj nalotami, przypominającymi błonicę. Przypadek autora dowodzi, że naloty te są nieraz objawem istotnej błonicy. Chora 17-letnia nazajutrz po wycięciu migdałków i wyrośli gruczołowatych ma silny ból gardła. Następnego (3-go) dnia występują naloty, C. 38,4°, tętno 110, ból gardła się wzmaga; C. podnosi się do 40° C. (4 dzień), tętno 120. Rozpoznano wtórne zakażenie paciorkowcem (5 dzień). Chora osłabiona, wysięk z nosa niezabarwiony krwią (6 dzień), naloty rozszerzają się na gardło i nos (7 dzień), kilka plamek białawych na dziąsłach u dolnych siekaczy. W hodowli otrzymano z błon prątki błonicy. Chorej wstrzyknięto (następnego dnia nad ranem) 10000 jednostek antytoksyny; po pewnym czasie dawkę powtórzono, jednak bez skutku: obrzęk gardła wzmógł się, stwierdzono powiększenie gruczołów podżuchwowych i szyjnych. Nazajutrz (8 dzień) dano 1200 j. Pomimo to wystąpiły objawy osłabienia serca i chora zmarła. Badania bakteryologiczne wydzielin z gardła, wykonane przed śmiercią, wykazały obecność prątków błonicy i paciorkowców. Przez cały czas choroby nie było cuchnienia z ust. *S. Dulewicz.*

S. Furio. **Przyczynek do nauki o spazmofilii u dzieci.** (*La Pediatria.* Luty 1909). Autor omawia szczegółowo przypadek drgawek u 11-miesięcznego dziecka, co do których rozpoznanie wahało się między tężyczką a rzucawką (eclampsia) i nie zostało wogóle ustalone. Autor sprzeciwia się twierdzeniu, jakoby rozpoznanie różniczkowe tych dwu postaci drgawek należało do tak łatwych zadań, jak to utrzymuje większość innych autorów. Za tężyczką przemawiał w omawianym przypadku dodatni wynik zastosowanego leczenia chlorkiem wapnia. Autor podawał sól tę dziecku w ilości 0.5 p. d. i osiągnął natychmiastową poprawę: drgawki ustąpiły odrazu, a napięcie mięśni w ciągu kilku dni. Leczenie tężyczki chlorkiem wapnia, wprowadzone przez Nettera, jest potwierdzeniem badań Sabasaniego i Questa nad wpływem soli wapnia na pobudliwość układu nerwowego i zaprzeczeniem teoryi Stölznera, podług której tężyczka wywołana zostaje przez zatrucie ustroju nadmiarem tych soli. *H. Rozenblatówna.*

Haendel i W. Schultz. **Odchylenie dopełniacza w surowicach dzieci chorych na płonicę.** (*Zeitschrift für Immunitätsforschung.* Grudzień 1908. T. I.). Przyczyną podjęcia pomienionych badań była chęć sprawdzenia wyników Mucha i Eichelberga, podawanych w wątpliwość przez cały szereg autorów, co do występowania odczynu Wassermanna w surowicach chorych na płonicę. Badając zachowanie się 48 surowic, pochodzących z dzieci w wieku 2—15 lat, chorych na płonicę, u których można było z zupełną pewnością wyłączyć zarówno wrodzoną, jak nabytą kiłę, względem wyciągu wątroby kiłowej, autorzy stwierdzili wprawdzie w większości przypadków zahamowanie hemolizy, jednakże nie tak bezwzględnie we wszystkich przypadkach, jak w doświadczeniach z surowicami kiłowemi. Inaczej zachowywały się te same surowice w obecności wyciągu z wątroby również z przypadków płonicy: z 31 badanych u 24 wystąpił odczyn

Wassermanna, natomiast surowice kiłowe z wyciągiem wątroby z przypadków płonicy odczynu często nie dawały. Dane te przemawiają podług autorów za swoistością odczynu Wassermanna zarówno przy kile, jak przy płonicy, powinny być jednak potwierdzone przez dalsze badania. *H. Rozenblatówna.*

P. H. Römer. **Wchłanianie antytoksyn surowicy i mleka przez jelita.** (*Zeitschrift f. Immunitätsforschung.* Styczeń 1909. Praca autora jest dalszym ciągiem badań Salyego, Bertareliego i innych, oraz dawnych jego własnych nad zdolnością ustroju do wchłaniania antytoksyn drogą przewodu pokarmowego i została podjęta w celu sprawdzenia na zwierzętach wyników, otrzymanych przez Salyego w doświadczeniach u osesków. Wyniki, otrzymane przez autora, potwierdzają dane Salyego: antytoksyny, zawarte w mleku klaczy, uodpornionej biernie przeciw tężcowi i wraz z mlekiem wprowadzone do przewodu pokarmowego źrebięcia, zostają wchłonięte w stosunkowo znacznej ilości ($^1/_{10}$ wszystkich antytoksyn), natomiast tesame antytoksyny, zmieszane »in vitro« z mlekiem matki, nie zostają zupełnie wchłonięte przez jelita. Dowodzi to, że gruczoł mleczny posiada pewne własności, sprawiające, że antytoksyny mogą zostać przyswojone przez ustrój i drogą jelit, własności, których istota jest jeszcze zupełnie tajemnicza.

Z pracy swej wysnuwa autor kilka praktycznych wskazówek w sprawie karmienia niemowląt, przy którem powinno się przedewszystkiem uwzględniać biologiczne własności mleka wzgl. pokarmu matki, gdyż mleko, jako martwy związek, może istnieć dla chemika, ale nie dla pedyatry. *H. Rozenblatówna.*

Prof. Feer. **Przyczynek do kliniki i leczenia ustrojowego wyprysku osesków.** (*Münch. med. Wochsr.* Nr 3, 1909, str. 113). Wraz z Marfanem dzieli autor wyprysk osesków na: 1) mokry, skorupowaty wyprysk głowy (nasz ognipiór); — spotyka się go przeważnie u tłustych, przekarmionych dzieci i osesków; 2) suchy, rozsiany wyprysk całego ciała przeważnie u sztucznie żywionych, nieraz mizernych dzieci. Wyprysk osesków nie jest, podług autora, jak zresztą uważa to i wielu innych pedyatrów, chorobą tylko skóry, lecz objawem zaburzeń w wymianie materyi, które Czerny nazywa skazą wysiękową (»exsudative Diathese«), Escherich-Paltauf stanem limfatycznym (»status lymphaticus«), Neubauer limfatyzmem. Często zdarza się przy wypryskach nagła, niewytłómaczona nawet zakażeniem krwi śmierć, tak zwany »Eczem-Tod«. Miejscowo zaleca autor ogólnie przyjęte proste zabiegi: Odmoczenie strupa przy pomocy okładu ogrzewającego, następnie okłady z rozczynu octanu glinu dla zmniejszenia wydzielin powierzchni, potem jakąś maść gojącą: cynkową, 2—5% thigenolową, bizmutową, pastę Lassara. Przy rozsianym wyprysku kąpiele siarczane (30—50 gr, na kąpiel). Daleko ważniejsze jest zwalczanie zaparcia stolca i odżywianie, a w pierwszej linii zmniejszenie u przekarmionych ilości pokarmu. U osesków starszych (6—12 miesięcy) zauważył autor polepszenie po przejściu na odżywianie mieszane z dodawaniem mączki, pure, jarzyn, soku owoców. Zainteresowany twierdzeniem Finkelsteina, że sole serwatki wywołują wyprysk, przeprowadził autor doświadczenia z zupą Finkelsteina. W niektórych przypadkach przeważnie u dzieci I. kategoryi nastąpiło polepszenie, jednakowoż takie samo polepszenie zauważał autor przy odżywianiu dzieci z wypryskiem serwatką. Wobec tego autor uważa, że wyprysk wywołują nie sole serwatki, lecz połączenie obfitych soli z serwatki z większą ilością tłuszczów, to jest mleko jako całość. Jaja i mięso uważa autor za stanowczo szkodliwe. Do artykułu dołączono wyciągi z 27 historyi chorób. *Miecz. Michałowicz.*

Ad. Würtz. **Stosowanie kamfory u osesków przy zatruciach wskutek nieodpowiedniego odżywiania.** *Münchener medizinische Wochenschrift.* 1909, Nr 3, str. 135). Wobec tego, że po wstrzyknięciu fizyologicznego rozczynu soli serce nieraz zatrzymuje się, radzi autor nie ograniczać się w przypadkach wielkiego wycieńczenia chorego jedynie do wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli, lecz wstrzykiwać energicznie kamforę. Ustrój dziecięcy doskonale znosi kamforę Jedno z dzieci otrzymało n. p. w ciągu dziesięciu dni 59 strzykawek. Autor wstrzykuje oliwę kamforową co 3 godziny od ½ do 1 strzykawki w 10% roztworze. *Miecz. Michałowicz.*

Carl Hart. **Skłonność szczytów płuc do zakażenia gruźlicą oraz prawo usadowienia się pierwszego (gruźliczego) ogniska w płucach.** (*Münch. med. Wochschr.* Nr 3. 1909). Autor, prosektor szpitala Augusty-Wiktoryi w Schönebergu-Berlinie, twierdzi na zasadzie obserwacyi zgodnie z W. A. Freundem, że szczyty płuc znajdują się często w warunkach niedogodnych dla ruchów oddechowych wskutek zwężenia górnego otworu klatki piersiowej w następstwie nieprawidłowego, często spotykanego skrócenia jednego, lub obu pierwszych żeber. Zwężenie owo ustala się po ostatecznem stwardnieniu chrząstek, to jest po przejściu przez okres dojrzewania. U dzieci dlatego tak rzadko spotykamy gruźlicę szczytów, że płuca, jak twierdzi autor, nie rozrosły się w tym stopniu, by się wtłoczyć do wązkiego pierścienia pierwszego żebra. W porównaniu do wysokiego szczytu płuc u dorosłego, szczyt płuc u dziecka przedstawia się płasko. O ucisku szczytu płuc dziecka nie może być zatem mowy w warunkach fizyologicznych. *Miecz. Michałowicz.*

Geihsler. **Przyczynek do leczenia wyprysku natury ogólnej w wieku dziecięcym.** (*Münch. m. Woch.* 1909. Nr 8, str. 387). Autor zastosował w 2 przypadkach wyprysku u dzieci metodę odżywiania bezsolnego (Finkelstein Med. Klin. 1907 Nr 37). W pierwszym przypadku 6-letnie dziecko otrzymywało 1—2 gr. soli kuchennej dziennie. Pożywienie składało się z 1½ litra mleka, w tem ¼—⅕ śmietanki, sucharka, 2 jajka, 200 gr. jarzyn, 70 gr. mięsa, około 40 gr. masła i owoców. Chory, poczynając od 6 tygodnia życia, cierpiał stale z przerwami i nawrotami na uporczywy wyprysk, wyleczył się bez uciekania się do środków miejscowych; waga ciała wzrosła przytem o 2 kilogramy. W drugim przypadku u 2½ letniego dziecka, które z nawrotami cierpiało na wyprysk, w ciągu 3 tygodni osiągnął autor zupełną poprawę po zastosowaniu odżywiania bezsolnego. Pożywienie, składające się z ½ litra mleka, 60 cm³ śmietanki, z herbaty z kwiatu lipowego, z jajka i z niewielkiej ilości mięsa, z jarzyn, kleiku, bułki, wielkiej ilości masła. W tem ani odrobiny soli. Miejscowo stosowano tylko puder. *Miecz. Michałowicz.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie przemyskie.

Posiedzenie d. 25 czerwca 1909.

Kol. Ślęk przedstawia chorych operowanych w szpitalu, jakoteż uzyskane drogą zabiegu operacyjnego preparaty anatomo-patologiczne.

I. Pięcioro chorych operowanych z powodu **zapalenia wyrostka robaczkowego.**

a) Trzy służące szpitalne, operowane w pierwszych kilku godzinach po wystąpieniu napadu ostrego. U chorych tych znaleziono podczas operacyi prócz silnego przekrwienia całego wyrostka, licznych wybroczyn, świeżych zlepów, — stare zrosty. Chore ostrych napadów tak dolegliwych, jak obecny, nie przechodziły, jednak dłuższy czas cierpiały na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. *b*) Studenta po wycięciu wyrostka, operowanego w 4 tygodnie po wystąpieniu powtórnego napadu. Pierwszy napad przed rokiem. Chory, przywieziony w drugim tygodniu choroby, w stanie bardzo groźnym. Wyrostek w tym przypadku był spiralnie skręcony naokoło osi kilkakrotnie, podobnie jak ogon świński. *c*) Chorą, operowaną w pierwszych 13 godzinach od wystąpienia ostrego napadu. Pierwszy napad przed rokiem trwał 3 tygodnie. Operowano natychmiast, przypuszczając przedziurawienie. Wyrostek robaczkowy w połowie zgorzelinowy, zielonkawym nalotem pokryty. Koniec sieci zgrubiały, zgorzelinowy, jak również w kątnicy 2 miejsca pokryte nalotami zielonawymi. Prócz tych zmian znaczna ilość posoki. Sieć zresekowano, miejsca pokryte nalotami na kątnicy oczyszczono i pokryto szwem po odjęciu wyrostka. Ranę częściowo zaszyto, częściowo wytamponowano.

II. Trzy **wyrostki robaczkowe** z chorych, którzy już opuścili szpital uleczeni: *a*) Wyrostek w ⅓ dolnej przedziurawiony, w którem to miejscu sieć zalepiła otwór, ale była bardzo lekko przyczepiona do wyrostka, tak, że przy nadzwyczaj delikatnem pociągnięciu dawała się oddzielić. Operowany w 8 dniu choroby, w którym zaczęła się żółtaczka. *b*) Wyrostek robaczkowy, który w końcu przewężony znacznie i przekrwiony, zawierał gniazdo glistnic (*ascaris vermicularis*). Operowany w pierwszych 34 godzinach. *c*) Wyrostek w połowie zgorzelinowy, którego dolną część zatykał kamień wielkości orzecha laskowego. W dolnym końcu, rozszerzonym gruszkowato, znaleziono około 20—30 gramów ropy (*empyema pr. ver.*). Nawiązując do przedstawionych przypadków, podnosi prelegent, że należy operować każde zapalenie wyrostka robaczkowego i to o ile możności natychmiast, gdyż obraz chorobowy i ogólne wejrzenie chorego,

nieraz stoją w odwrotnym stosunku do zmian patologicznych, toczących się w wyrostku, a pomimo skrupulatnego badania nie możemy nigdy rozstrzygnąć, jak choroba postępować będzie i jaki będzie przebieg. Prelegent podnosi przytem, że procent śmiertelności, przy operowaniu w pierwszych godzinach nie przenosi 1—1$^1/_2$%. Zdania zaś Thomayera, jakoby przy zapaleniu wyrostka robaczkowego nikt nie umierał, spostrzeganie kliniczne nie potwierdza.

III. Przypadek **ran postrzałowych trzew brzusznych.** Student, postrzelony 4 tygodnie temu kulą flobertową w brzuch, powyżej spojenia łonowego. Znaleziono 4 otwory w jelitach cienkich, 2 w pęcherzu i 2 w kiszce stolcowej. Operowano w 4 godziny po wypadku. Mimo 2 otworów w pęcherzu chory oddawał mocz czysty. strumieniem, zupełnie prawidłowo. Piątego dnia po operacyi odeszły z moczem przez cewkę moczową kawałki ubrania i bielizny. Podczas operacyi znaleziono znaczną ilość moczu w jamie brzusznej. Chory opuszcza szpital zupełnie uleczony.

IV. Preparat **mięsaka migdałka** lewego z przerzutami w gruczołach i mięśniu mostkowo-obojczykowo-sutkowym, operowany sposobem Rydygiera jun. Prelegent podnosi zalety tego cięcia, które daje znakomity dostęp do pola operacyjnego. Chory operowany przed 7 miesiącami ma się po dzień dzisiejszy zupełnie dobrze.

V. Preparat **wola,** operowanego w dniu dzisiejszym; wole wielkości jaja gęsiego sprawiało nadzwyczaj wielkie dolegliwości w oddychaniu, z powodu usadowienia się pod mostkiem.

VI. **Kości czołowe** wyjęte u chorego, którego koń kopnął. Objawy ucisku mózgu i podwyższona ciepłota ustąpiły po zabiegu.

VII. Nie nadający się do operacyi **mięsak odbytnicy** u chorej 21-letniej z przerzutami w jamie brzusznej.

VIII. Chora z **rakiem nerki.**

IX. Chora i preparat anatomiczny **ropniaka jajowodu** po operacyi.

X. Chora po laparotomii z powodu **zwężenia jelit** i **przetoki kałowej,** pozostałych po operacyi, wykonanej rok temu w Gnieznie z powodu wyrostka robaczkowego. W jamie brzusznej znaleziono guz, wychodzący z jajnika prawego, otoczony silnymi zrostami i zepchnięty do miednicy małej. Odbytnica przesunięta na stronę prawą. Po oddzieleniu zrostów i oddzieleniu jelit, wydobyto guz w całości. Przyczyną przetoki kałowej była podwiązka jedwabna założona na kikut wyrostka robaczkowego. (Streszczenia własne).

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie dnia 5. maja 1909.

Przewodniczący kol. K. Jasiński. Sekretarz: E. Sonnenberg. Obecnych 36 osób.

Posiedzenie wypełniła całkowicie dyskusya nad odczytem kol. Sterlinga: **O posocznicy ze stanowiska medycyny wewnętrznej.** Dyskusya obracała się przeważnie około wartości poszczególnych metod i środków, stosowanych przy posocznicy. Biorący udział w dyskusyi wypowiadali swoje opinie na podstawie własnego doświadczenia.

Kol. Klozenberg mówił o wartości kollargolu. Kol. M. Cohn i Goldberg o stosowaniu kollargolu i o wartości wlewań fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Kol. Perlis o kollargolu i o adrenalinie.

Kol. Schoenaich zaznacza, że, chcąc ocenić działanie kollargolu, należy zastosować go wcześnie i w odpowiedniej dawce. Od kilku tygodni w szpitalu Anny-Maryi zaczęto systematycznie leczyć chorych na płonicę lawatywami z kollargolu. Gdy tylko po 4—6 dniach, przy wystąpieniu obrzmienia śledziony, zielonych wypróżnień, obrzmienia stawów i t. d. ciepłota nie spada i stan ogólny pogarsza się, chorzy zaczynają dostawac lawatywy z kollargolu. O wynikach, wobec małej dotąd liczby przypadków nic stanowczego powiedzieć nie można. Że w nawet bardzo ciężkich przypadkach posocznicy płoniczej może nastąpić samowyleczenie, o tem świadczą dwa przypadki, spostrzegane w szpitalu Anny-Maryi, z których w jednym, dotyczącym 14-letniej dziewczynki, objawy bardzo ciężkiej posocznicy, z utratą przytomności, wybitnem obrzmieniem śledziony, wątroby, stawów, wysoką ciepłotą, wystąpiły 9. dnia choroby i trwały do 24. dnia, gdy po otwarciu 4 powierzchownych ropni, powstałych na brzuchu i dolnych kończynach, ciepłota spadła i stan ogólny poprawił się. W drugim przypadku, dotyczącym 3-letniego chłopca, objawy również bardzo ciężkiej posocznicy z utratą przytomności, obrzmieniem śledziony i t. d. wystąpiły 10. dnia choroby i trwały do 23. dnia, gdy wystąpiły na zewnętrznej stronie obu ud ograniczone nacieki. Po przecięciu powstałych z owych nacieków ropni nastąpiło wyleczenie.

(Streszczenie własne).

Kol. Brzozowski mówił o wartości stosowania surowic: przeciwpaciorkowcowej i przeciwgronkowcowej oraz podkreślił potrzebę zwracania uwagi na odpowiedni wybór surowicy w każdym poszczególnym przypadku posocznicy, t. j. że należy stosować surowicę przeciwgronkowcową, gdy przyczyną są przeważnie gronkowce i surowicę przeciwpaciorkowcową, gdy przyczyną jest paciorkowiec. Nie dosyć ścisłe przestrzeganie wymienionych wskazań stanowi — zdaniem kolegi Brzozowskiego — przyczynę niepowodzeń. Kol. Kaufman zaznacza, że w zakresie położnictwa, pomimo znacznego rozwoju bakteryologii, zarówno wiadomości nasze o istocie zakażenia jak i leczenie go w ostatnich latach bardzo mało posunęły się naprzód. Zmieniła się raczej strona formalna, klasyfikacya i terminologia postaci chorobowych. W sprawie samozakażenia od czasu pamiętnych prac Döderleina oraz Króniga i Mengego nie ma również wybitniejszego postępu. Poznano dokładniej florę pochwy, nie wykazano jednak, o ile jest ona przyczyną zakażenia. Przeciwnie na zasadzie nauki o odporności nabiera wagi twierdzenie, iż ustrój potrafi przystosować się do przebywających w nim mikrobów, choroba zaś zakaźna jest skutkiem wtargnięcia nowych zarazków z zewnątrz. Następnie K., jakkolwiek przyznaje, iż wrzodziejące zapalenie osierdzia jest tylko jedną z postaci zakażenia septycznego sądzi, iż odrębność zapalenia wsierdzia utrzymać należy, ponieważ ma ono pewne szczególne cechy kliniczne (zachowanie się tętna i objawy psychiczne) i rokowanie inne gorsze mianowicie, niż inne postacie tego zakażenia. W sprawie leczenia K. jest zdania, iż o działaniu surowicy nic pewnego powiedzieć nie można bez względu na to, czy wstrzykiwania robiono wcześnie (jak podaje prelegent), czy też dopiero po wyczerpaniu innych środków.

Wreszcie kol. Silberstrom w dłuższem przemówieniu zwrócił uwagę na korzyści, wynikające z badania bakteryologicznego krwi przy posocznicy. Kol. S. szczegółowo opisał technikę badania krwi. Zdaniem kol. S. dodatnie wyniki badań otrzymuje się w przeszło połowie przypadków posocznicy, a badania mają znaczenie nietylko rozpoznawcze, lecz mają wartość z punktu widzenia rokowania i leczenia.

Kol. Sterling odpowiada: Dyskusya zajęła się przeważnie sprawą terapii, o której właśnie prelegent prawie że nic nie mówił. Inne zarzuty skierowane były przeciw pojęciu samozakażenia w położnictwie i o tem prelegent nie mówił. Samozakażenie w patologii chorób wewnętrznych odgrywa rolę niewątpliwą. Dla posocznicy jest ono ważne, bo tłomaczy powstanie objawu tego cierpienia bez istnienia ogniska pierwotnego. S. nie chce powtarzać motywów w odczycie wypowiedzianych. Złośliwe zapalenie wsierdzia dalej uważa S. za umiejscowienie posocznicy; powikłania przy zapaleniu wsierdzia, to przecież tylko nowe przerzuty, istniejące obok sercowych. Przykład oponenta, przytaczającego obraz zapalenia wsierdzia w przebiegu zakażeń posocznych, nie przeczy, ale potwierdza pogląd prelegenta. Dowód przeciw samozakażeniom, polegający na przytoczeniu faktu, że właśnie słabe zakażenie przez przygodne pasorzyty bakteryjne chronić ma ustrój od skutków zakażenia tą samą bakteryą, nie liczy się ani z ilością zarazka, ani ze zmiennością podłoża. W przemówieniu, poświęconem opisowi techniki badania krwi, upatruje S. błąd, polegający na używaniu wyrażenia: bakteryobójcze działanie krwi, zamiast właściwego i wyjaśniającego istotę spostrzeganych objawów, wyrażenia: bakteryolityczne działanie krwi. (Streszczenie własne).

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Posiedzenie z dnia 3. kwietnia 1909.

Przewodniczący kol. H. Fidler. Obecnych 16 członków. Przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawił 2 chore: 1) L. L., 66 lat mającą, u której z powodu dużej **torbieli jajnika,** wypełniającej całą jamę brzuszną, dokonał laparatomii. Wygojenie doraźne. Wyzdrowienie. 2) 32-letnią M. J. Ostatni peryod miała 27. XI. 1908. Przy pracy 6. I. 1909 poczuła

nagle silny ból w prawej stronie brzucha, który ustąpił dopiero po wstrzyknięciu morfiny. 24. I. 1909 znów pojawiły się bole z prawej strony brzucha w okolicy wyrostka robaczkowego. Chora przybyła do szpitala 3. II. 1909. Ciepłota dochodziła przez 4 dni do 38·5°. Przy badaniu dwuręcznem wyczuwa się nieco powiększoną macicę w prawidłowem położeniu. Przydatki — wobec wzdętego brzucha nie dają się wymacać. Rozpoznanie wahało się między ciążą jajowodową prawą, a zapaleniem wyrostka robaczkowego przy istniejącej ciąży. Gorączka wkrótce ustąpiła. 1. III. 1909 chora znów zaczęła narzekać na te same bole. Przy badaniu dwuręcznem daje się teraz wyczuć obok macicy z prawej strony guz niettwardy, nieco ruchomy, wielkości pomarańczy, niebolesny. Rozpoznano: **ciążę jajowodową prawą.** 8. III. 1909 laparatomia, cięcie Pfannenstiela. Sieć przyrośnięta do dna macicy. Nieduży krwistek przedmaciczny, który powstał wskutek pęknięcia prawego jajowodu. »Pars isthmica« prawego jajowodu znacznie rozszerzona, na górnej powierzchni pęknięcie 4 cm długości: w otworze tym sterczy guz krwawy wielkości dużej pomarańczy. Wycięto prawy jajowód i prawy jajnik zmieniony. Trzypiętrowy szew na ściany brzuszne. Wygojenie doraźne. (Streszczenie własne).

Kol. Rogoziński przedstawił chorą po dokonanej operacyi z powodu **peritonitis purulenta circumscripta e cholecystitide calculosa.**

1) Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto i podpisano.

2) Kol. H. Fidler wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Dr Teodorze Duninie: »Na biednej niwie naszego skołatanego życia, bujnie porosłej chwastem niewoli i przymusowego bezruchu, od czasu do czasu wystrzeli wspaniały kwiat, o kielichu pełnym talentu i oryginalnej twórczości. Wyniosły a dumny wśród pochylonej trawy leniwie wlokącej swój przyziemny żywot, spogląda śmiało w świetlane oblicze słońca wiedzy i prawdy, a czerpie soki z rodzinnej macierzy — z ojczystej swej ziemi. Takim kwiatem był przedwcześnie zmarły znakomity nasz lekarz i wielki obywatel ś. p. Dr Teodor Dunin. Żył lat 55. Żywot to krótki, lecz bogaty w treść: żywot pełen umiłowania wiedzy i piękna, niezmordowanej pracy, dążenia do nieustannego doskonalenia siebie i innych wokół siebie, żywot pełen dociekań i badań dla dobra cierpiącej ludzkości i głębokiej a ofiarnej miłości dla kraju. Nie będę tu wyliczał długiego szeregu Jego prac naukowych. Znajdziecie je, Szanowni Panowie, w naszych pismach fachowych. Lecz, co ważniejsza, chcę tutaj przypomnieć i uwypuklić Jego działalność dydaktyczną i społeczno-lekarską. Ś. p. Dunin, obdarzony potężną indywidualnością umysłową, bystrym zmysłem spostrzegawczym i głębokim krytycyzmem, wykształcony w pracowniach naszych uczonych tej miary, co Hoyer, Nawrocki i Brodowski, późniejszy uczeń Charcota i znawca wszystkich niemal kuźni naukowych na Zachodzie, stanął do warsztatu pracy na skromnem stanowisku ordynatora szpitala Dzieciątka Jezus. Zastał oddział zaniedbany i pozbawiony wszelkich środków naukowych: dość powiedzieć, iż po swoim poprzedniku odziedziczył on jedynie fartuch i młotek. Zmarły, pojmując całą doniosłość nowoczesnych sposobów badania, stworzył w szpitalu własnymi środkami pracownię naukową, w której w szeregu lat spędzał lwią część swego czasu. Dzisiaj pracownia ta, w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus, zaopatrzona wybornie, śmiało stanąć może obok najlepszych pracowni zachodnich, zakładanych i utrzymywanych kosztem państw i bogatych uniwersyteckich miast. Zmarły, dzięki swemu talentowi podniósł znaczenie oddziału do poziomu wzorowych klinik obcokrajowych. Tam też gromadził koło siebie zastępy współpracowników, uczniów i słuchaczy, a, dając im stałą zachętę, wyszukując tematy, przysporzył wiedzy lekarskiej wogóle, a naszej w szczególności, szereg prac naukowych pierwszorzędnego znaczenia. W tym czasie, gdy warszawskie kliniki uniwersyteckie dzięki specyalnym warunkom naszym, nie dawały młodzieży, chętnej do pracy, żadnego kierunku i niczego nie uczyły, gdy na katedrach profesorskich butnie się rozpierało nieuctwo i politykomania, oddział ś. p. Dunina kształcił pokolenie nietylko naszych uczonych, lecz i dzielnych lekarzy-praktyków. Dunin sam własnymi środkami i własną pracą zapełniał tą olbrzymią lukę w nauczaniu, jaka powstała w społeczeństwie naszem po ostatecznem jego rozbiciu. Dunin też, rzec można bez przesady, stworzył szkołę lekarską w całem tego słowa znaczeniu. Mówiłem to przedwcześnie, niestety, zgasłemu na otwarciu naszego Towarzystwa lekarskiego, które zaszczycił swą obecnością w charakterze delegata Tow. lekarskiego warszawskiego, jako jego Prezes. W osobie Dunina, jako przewodnika, ponieśli niepowetowaną stratę nietylko Jego najbliżsi współpracownicy, lecz i my wszyscy, cośmy się tylko dorywczo z Nim stykali bądź na naradach, bądź w Jego oddziale. Gdyby temu człowiekowi danem było przemawiać z katedry do licznego szeregu słuchaczy, stałby się nietylko ozdobą wszechnicy, lecz obdarzyłby społeczeństwo swoje daleko znaczniejszym zastępem dzielnych lekarzy. Stało się inaczej — nie Jego w tem wina«.

»Zmarły, pojmując całą doniosłość dobrych urządzeń społeczno-lekarskich, chcąc dźwignąć wysoce u nas zaniedbaną sprawę leczenia suchotników w odpowiednich uzdrowiskach, dążył całą siłą swej mocy duchowej i niespożytej energii, dzielnie wspomagany w tem przedsięwzięciu przez godną siebie Małżonkę, do stworzenia uzdrowiska w naszym kraju, tak biednym, a tak potrzebującym podobnej instytucyi. Gromadził też środki, pobudzając ofiarność publiczną, która pospieszyła na wezwanie znakomitego lekarza, wreszcie sam z własnej szkatuły znaczną przeznaczył sumę, aż d. 29. listopada r. z. oddał w ręce społeczeństwa swe ukochane dziecko, swój twór i swój pomysł — uzdrowisko w Rudce. Gdy się pytano ś. p. Dunina przed operacyą, czemu się jej nie poddał przed 2 laty, odrzekł: »A któż mi zaręczy, żebym wtedy operacyę przetrzymał? Cóżby się stało z Rudką?« Te słowa najlepiej charakteryzują zmarłego: dla ukochanej idei, dla dobra społecznego, ś. p. Dunin nie wahał się poświęcić swego zdrowia i życia. To też uzdrowisko w Rudce — to wiekopomny czyn Dunina, wielkiego obywatela lekarza — zawsze przypominać winno społeczeństwu naszemu postać swego twórcy i znaleść poparcie ofiarnego ogółu. Działalność zmarłego zakreślała jeszcze szersze koła. Na stanowisku prezesa Towarzystwa lekarskiego warszawskiego prowadził to najstarsze u nas Towarzystwo naukowe w sposób świetny. Gdy powstała Macierz Szkolna, a w niej Koło imienia Chałubińskiego, ś. p. Dunin powołany został na przewodniczącego i gorąco zajmował się zarządem szkółki, której był opiekunem i kierownikiem. Towarzystwo Naukowe Warszawskie powołało zmarłego na rzeczywistego członka. On też opracował plan działalności Towarzystwa, zdumiewający szerokością poglądów społeczno-naukowych i pełen obywatelskiego ducha. Stowarzyszenie lekarzy polskich powołało ś. p. Dunina na swego przewodniczącego, dając Mu w ten sposób dowód swego wysokiego uznania«.

»Oto jak różnorodna, a zarazem owocna była działalność zmarłego! Społeczeństwo nasze przez śmierć ś. p. Dunina poniosło niepowetowaną stratę, a my lekarze dzielnego przewodnika, który imię polskiej medycyny rozsławił po szerokim świecie. Wielkich bojowników, czy to myśli, czy też czynu, naród każdy czcić powinien! Uczcijmy i my godnie pamięć lekarza-obywatela, który wystawił sobie pomnik trwalszy od spiżu. Dajmy i my swój wdowi grosz na uzdrowisko w Rudce, które słusznie powinno nosić imię swego twórcy. A teraz powstańmy, by w danej chwili tym aktem dać choć skromny wyraz naszego dla zmarłego hołdu i żalu z powodu bolesnej straty«.

Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie ze swych miejsc oraz złożyli na sanatoryum w Rudce 91 rb.

3) Kol. przewodniczący otwarł dyskusyę nad **Projektem organizacyi związku zawodowego lekarzy przy Tow. lek. radomskiem.** Rozpatrzono §§ 15, 16 i 17 »Projektu«, przyczem dwa ostatnie paragrafy (16 i 17) postanowiono wykreślić zupełnie.

Posiedzenie d. 22. maja 1909.

Przewodniczący kol. Kaz. Wędrychowski. Obecnych 24 członków i 2 gości.

1) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Raszkes przedstawił preparat i opisał **włókniakomięśniaka macicy.** Chora H. W., lat 48, nigdy nie rodziła. Peryody zjawiały się regularnie co 4 tygodnie, od roku bardzo obfite. Przed 5 miesiącami zauważyła guz w brzuchu. Guz ten rósł bardzo prędko i dochodził do pępka, ruchomy, niebolesny. Przy badaniu dwuręcznem okazuje się, że guz o nierównej powierzchni, twardy, znajduje się w związku z macicą i wypukla znacznie tylne sklepienie. Wobec bardzo szybkiego wzrostu guza R. postanowił go usunąć: dokonano cięcia brzusznego w linii środkowej i nadpochwowej amputacyi macicy. Guz wychodził z tylnej ściany macicy. Gojenie prawidłowe oprócz nieznacznego ropienia w dwóch szwach. (Streszczenie własne).

3) Kol. Fidler przedstawił 6 chorych, leczonych w ciągu 5 miesięcy **tuberkuliną Beranecka.**

Posiedzenie dnia 26. czerwca 1909 r.

Przewodniczący kol. Fidler. Obecnych 8 członków.

Przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawił

chorą Z., u której dokonał przed 3 miesiącami **operacyi Schauty-Wertheima.** Chora, mająca 72 lata, cierpiała od kilkunastu lat na całkowite opadnięcie macicy. Po zagojeniu znacznych owrzodzeń na części pochwowej macicy R. dokonał zabiegu w ten sposób, że wszył trzon macicy między pęcherz moczowy, a przednią ścianę pochwy, z której wyciął 2 duże płaty — w końcu dokonał kolpoperineoplastyki. Gojenie doraźne. Chora pomimo swego podeszłego wieku czuje się wybornie i zdolna jest do pracy fizycznej.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto i podpisano.

2) Przyjęto do wiadomości, iż w pierwszej połowie października r. b. odbędzie się w Warszawie I. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich.

3) Przyjęto w poczet członków rzeczywistych Towarzystwa kol. Piotra Olszewskiego z Opoczna.

4) Rozpatrzono i uchwalono redakcyę § 15, 18 i 19 »Projektu organizacyi związku zawodowego lekarzy przy Towarzystwie lek. radomskiem«.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Cavete! Państwowy Związek organizacyi lek. austr. przypomina, że bojkotowaną jest m. i. posada lekarza gminnego i lekarza kasy chorych fabryki sody hr. Larischa w Piotrowicach na Śląsku cieszyńskim obok szeregu posad w innych krajach austr., wymienionych w poprzednich ogłoszeniach Związku. *R.*

IV. walne zebranie Towarzystwa międzynarodowego prasy lekarskiej odbędzie się w Peszcie 27. i 28. sierpnia przed Zjazdem lekarskim. Referaty główne objęli:

Dejace (Belgia): Zadania międzynarodowego Towarzystwa prasy lekarskiej.

Dawson-Williams (Anglia): O stworzeniu stale funkcyonującego międzynarodowego biura dla zjazdów lekarskich.

Schwalbe (Niemcy): Ogłaszanie tegosamego artykułu w kilku czasopismach.

Blondel (Francya): Założenie centralnego biura celem wydawania streszczeń prac oryginalnych w trzech językach.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 8. VIII. do 14. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: płonicy 16 † 2 (w tem obcych 5 † —), odry 13 (—), duru brzusznego 6 (3). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. VIII. do 14. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 4 † 1), płonicy 4 (2), odry 3 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 7 † 1 (3 † 1), czerwonki 2 † 2 (2 † 2), cholery dziecięcej 5 † 5 (1 † 1), tężca 1 † 1 (1 † 1), ospówki 1 (—). *Dr Janiszewski.*

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Peszcie.

Polski Komitet Zjazdu zamknął swe czynności przedzjazdowe — we wszystkich sprawach należy się zwracać wprost do głównego Komitetu w Peszcie, który wszystkie agendy skupił w swem wyłącznie ręku. — W czasie Zjazdu postara się Komitet polski, by było utworzone osobne biuro polskie, jako punkt zborny dla uczestników Polaków.

Prezes: *Wicherkiewicz.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego«, Prof. Dr Ciechanowski, wyjechał z Krakowa na kilka tygodni. Kierownictwo redakcyi objął Prof. Dr St. Dobrowolski (Podwale 2), do którego należy się zwracać we wszystkich sprawach redakcyjnych.

— Kursa dla lekarzy odbędą się na Wydziale lekarskim krakowskim w grudniu r. b. Szczegółowy program kursów podamy w jednym z następnych numerów w dziale ogłoszeń.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Fabryka kołaczyków kąpielowych Dra Sedlitzkyego w Hallein otrzymała przez rządy austryacki i węgierski patenty na kąpiele z kwasem węglowym marki »Ozonal«.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"

Przetwór leczniczy składający się: z Kali jod. 0·05 Ferratin 0·10 Calc. glycer. phosph. aa. 0·10 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"

polecane są z dobrym skutkiem przy błednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p. Daw. dz.: dla dzieci 2—4 szt., dla dorosłych 6—9 szt. Tylko w oryginal pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 Korony 50 halerzy. 215 c

Rp. Pastill. Jodo-Ferrat. comp. „Jahr" scat. origin.

Wyrób i główny skład
w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

Gastrosan Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych **objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym** z ich następstwami przy **dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania** i przy **nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.**

Salit szybko uśmierzający ból i leczący **środek do wcierania** przy **cierpieniach gośćcowych.** Salit znosi skóra w **stanie nierozcieńczonym.**

Novargan Z powodu braku działania drażniącego także wyżej zgęszczonych rozczynów nadaje się szczególniej do leczenia **ostrego wiewióra.**

Injectio Dr Hirsch: rozczyn gotowy do użycia do **zupełnie niebolesnych** podskórnych i śródmięśniowych **wstrzykiwań rtęci.**

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 b

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 F. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., ELBERFELD.

GYNOVAL

(isoborneolowy ester kwasu isovalerianowego)

Przetwór walerianowy z typowem działaniem waleriany.

Najlepiej znoszony środek nerwowy i uspokajający

w perełkach żelatynowych à 0,25 g.

Wskaz.: stany **nerwowe wszelkiego rodzaju** (histerya, neurastenia, nerwowa bezsenność, nerwowe zaburzenia sercowe, nerwice naczyń, pseudodyspepsia etc.); **Dolegliwości** w przebiegu **miesiączkowania, ciąży, climacterium.** 7 u

Dawka: 3—4 razy dziennie perełkę zazwyczaj w godzinę **po** jedzeniu zażyć; przeciw bezsenności wieczorem przed spaniem dwie perełki przyjąć.

Rp.: Gynoval 0,25 capsul. gelatin. Nr XXV. „Opak. oryg. Bayer" K. 2·—.

Zastępca na Austro-Węgry:

FRIED. BAYER et Co. Wien, I. Biberstrasse 15.

Alkohol — **Dra Emmerich'a Sanatoryum B. Baden** — Morfina

zał. 1890 dla chorych nerwowych, morf. i alkoholików. Łagodn. sposób odzwycz. od morf. Bez przymusu, bez strzykawki. Odzwycz. od alhol. wedł wypróh postęp. Prosp. bezpł. Właść. i kier. lekarz **Dr A. Meyer.** 350

Dla uspokojenia nerwów i pobudzenia snu

Bromural

(α-monobromisovalerianylowy mocznik)

Dawki: jako środek uspokajający 0,3 g. kilka razy dziennie; jako lekki środek nasenny 0,6 g. przed pójściem spać jako proszek lub w kołaczykach.

Rp. 1 rurka oryg. kołaczyków bromural. (Knoll) po 0,3 No XX. 13 a

KNOLL et Co., Ludwigshafen am Rhein.

WIELKĄ OSZCZĘDNOŚĆ

osiąga się przez używanie Beiersdorfa białego przylepca kauczukowego „leukoplast", który z powodu swej lepkości, braku drażniącego działania i stałości, przewyższa wszystkie inne plastry i w przeważnej części zakładów leczniczych stale bywa używany.

Leukoplast przylepia się ściśle i silnie, nie rozmiękając przy dłuższem leżeniu na skórze, tak iż opatrunki nawet przy znacznem narażeniu nie przesuwają się.

14 c

Szczególnie cennem, oszczędnem i odpowiedniem jest stosowanie leukoplastu na szpulkach, dostarczanych we wszystkich używanych wielkościach.

Próbki, piśmiennictwo i wykazy bezpłatnie.

P. BEIERSDORF et Co., Hamburg 30.

P. T.

Na żądanie i z polecenia Towarzystwa ginekologicznego we Lwowie wyrabiam opatrunki P (położnicze) z moją firmą i polecam je WPanom Ginekologom:

Gaza odtłuszczona P sterylizowana
pudełko zawierające 5 metr.

Gaza jodofanowa 10% P
pudełko zawierające 5 metr.

Gaza jodoformowa 10% P
pudełko zawierające 5 metr. 212

Gaza vioformowa 10% P sterylizowana
pudełko zawierające 5 metr

Wata Brunsa w płatkach P sterylizowana
karton zawierający 250 i 100 gr.

Proszę żądać w aptekach lub u podpisanego.

M. L. Dobrowolski

Mag. farm. właściciel fabryki opatrunków chirurg. w Podgórzu.

FILIA WE LWOWIE CZARNECKIEGO 6.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, niedożycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: **oryginal Matula.** Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 28. sierpnia 1909. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Metoda genealogiczna w medycynie [1]).

Podał

Dr med. O. Hewelke.

Medycyna dla swych celów rozpoznawania i leczenia chorób, posiłkuje się pomocą najrozmaitszych nauk. W szeregu ich znajduje się i genealogia. Właściwie lekarz przy wypytywaniu się o choroby rodziców chorego, o t. zw. obarczenie dziedziczne — stoi już na gruncie genealogii, chociaż może nie zdaje sobie z tego sprawy; szczególniej zaś daleko zapuszczają się w jej dziedzinę psychiatrzy i neuropatologowie. Powodem, dla którego chcę na ten przedmiot zwrócić uwagę kolegów, jest pewien przewrót, jaki zaszedł w genealogii w ostatnich latach, który nie powinien ujść uwagi naszego świata lekarskiego. Na fakt ten i jego ważne znaczenie dla medycyny zwrócił uwagę znakomity patolog z Rostocku, Prof. Martius w końcowym zeszycie swego dzieła: »Die Pathogenese innerer Krankheiten«, ogłoszonym w roku bieżącym, a stało się to pod wpływem książki Ottokara Lorenza, wydanej w roku 1898 p. t.: »Lehrbuch der gesammten wissenschaftlichen Genealogie«. Uczony ten historyk może być uważany za odnowiciela i reformatora genealogii. Da się to tem łatwiej pojąć, jeżeli zważymy, że od stu lat przeszło [2]), od podręcznika Gatterera, nie została ogłoszona żadna systematyczna praca z tej gałęzi wiedzy, że więc przez wiek cały ugorowała ona zdala od potężnego ruchu umysłowego, jaki ożywiał wiedzę ludzką przez tak długi przeciąg czasu, że zwłaszcza nie przeniknęły do niej fale prądu przyrodoznawczego (teoryi ewolucyi), który tak zapładniająco zaznaczył się na całem myśleniu ludzkiem.

Lorenz określa w swem dziele stanowisko genealogii w nauce, jej stosunek do historyi, do nauk społecznych; wprowadza do niej podstawy naukowej biologii, wynajduje nowe metody badania. Dzięki temu genealogia, wykreślona niemal z szeregu nauk żywych i stanowiąca jakby jakiś przeżytek na podobieństwo alchemii i astrologii, a wreszcie zepchnięta do roli służebnicy próżności i pychy, staje przed nami, jako prawie nowa gałęź wiedzy, rozrywająca cisnące ją dotąd więzy kastowo-prawne i ofiarowująca swe usługi do badań nad najżywotniejszemi zagadnieniami rozwoju i bytu człowieka.

Oto określenie genealogii w pojęciu Lorenza: »genealogia w swem najpierwotniejszem pojęciu jest nauką o krzewieniu się (Fortpflanzung) rodzaju ludzkiego w jego przejawach osobniczych. Otrzymuje ona swą treść i swój charakter właściwy przez obserwacyę człowieka w jego stosunkach osobistych płodzenia i pochodzenia, oraz zmian jakim przytem podlega w swych fizycznych, duchowych i społecznych właściwościach. Poznawanie szczegółowe tych właściwości stanowi wprawdzie już przedmiot innych nauk samodzielnych, na ich pograniczu jednak genealogia zajmuje się badaniem tych przyczyn i wpływów, które odnoszą się do płodzenia i pochodzenia osobnika jako takiego«.

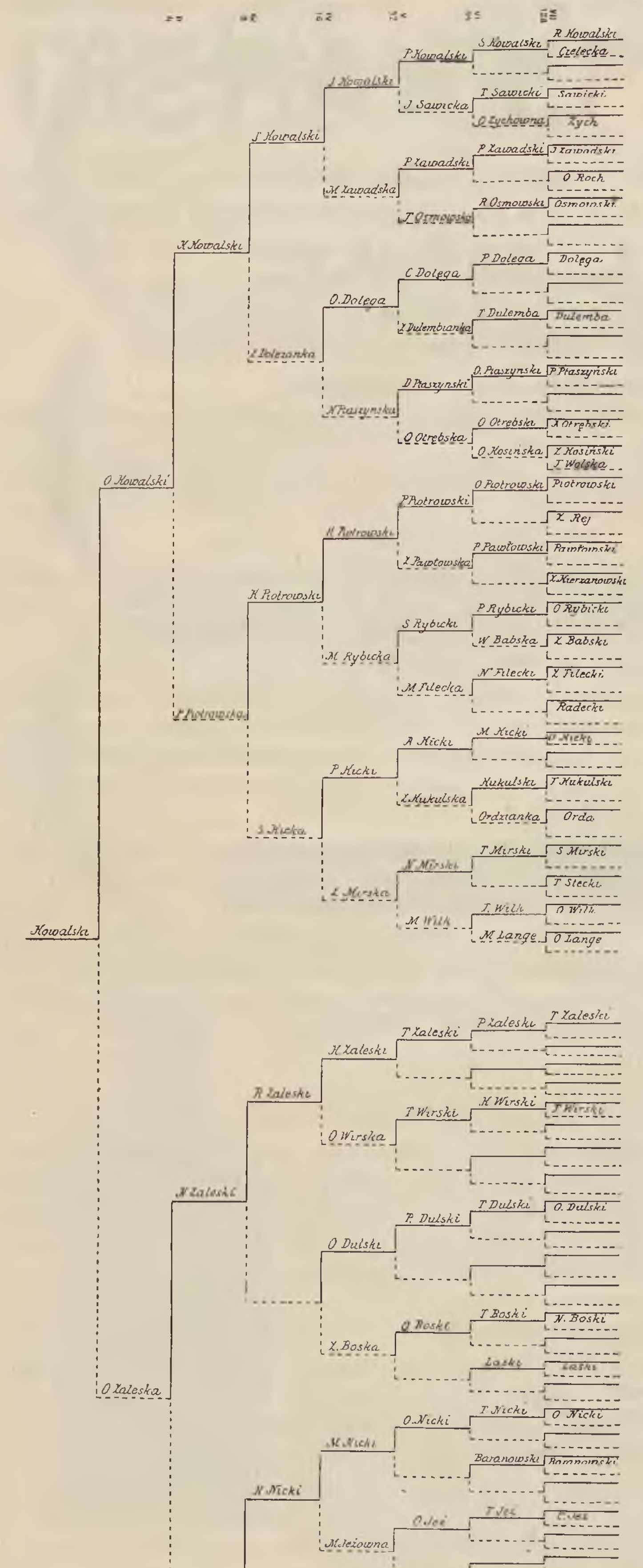
Nie mogąc przedstawić nawet w krótkości wszystkich pytań, jakie porusza Lorenz, ograniczymy się do zapoznania kolegów ze stroną metodologiczną badania genealogicznego, oraz z konsekwencyami, jakie stąd wynikają z konieczności dla odnośnych badań z zakresu medycyny.

Jak wspomnieliśmy, lekarz, rozpytujący się o choroby rodziców badanego chorego, a więc mający na myśli przechodzenie pewnych właściwości dziedzicznie, stoi na gruncie genealogii. Jednak zarówno przy badaniach w obrębie rodziny, jak i drzewa genealogicznego, uwzględniano dotąd tylko część tych wpływów, jakie są tu czynne, nie przekraczano właściwie poza próg skarbnicy, w której kryją się tajemnice zagadnień, jakie chciano rozwiązać. W dotychczasowych sposobach badania genealogicznego i w jego stronie dokumentalnej odbija się ustrój patryarchalny naszego społeczeństwa, a więc współczesnej rodziny i rodu. W ustroju tym kobieta gra rolę drugorzędną, rolę jakiegoś węzła przejściowego dla uprzywilejowanego pierwiastka męzkiego w wytwarzaniu szeregu pokoleń; to też pomijana jest ona w dokumentach genealogicznych, które przez to są dla celów biologicznych materyałem bardzo niedokładnym.

W najstarszych wyliczeniach genealogicznych mamy tylko szeregi mężczyzn, łączących jakiegoś potomka z pewnym przodkiem. »Abraham spłodził Izaaka, Izaak spłodził Jakóba« i t. d. i t. d. Kolumny i piramidy rodowodów rzymskich, jak i drzewa genealogiczne, na jakie się te spisy przekształciły w wieku odrodzenia, są to genealogie męzkie. Znacznie później zaczęto wprawdzie obok protoplastów męzkich pomieszczać i ich małżonki, ale córki i siostry

[1]) Odczyt w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem na posiedzeniu d. 18. maja 1909.

[2]) Patrz przedmowę do dzieła Lorenza.



nie bywały uwzględniane. Na pniu takiego drzewa, wyrastającego z kadłuba jakiegoś pożądanego protoplasty, znaczone jest potomstwo w prostej linii, na konarach linie boczne. Niekiedy protoplasta stoi na szczycie piramidy, a szeregi potomków spuszczają się ku podstawie [3]).

Dla badań biologicznych nawet najściślej przeprowadzone drzewo genealogiczne, przedstawiające wszystkich potomków danej pary, nie może mieć znaczenia z tego względu, że w dalszych generacyach zjawia się coraz większe pomieszanie wpływów dziedzicznych tych praojców z wpływami całych mas rodów, wlewających się przez małżeństwa, różnych w różnych generacyach. Jeżeli para małżeńska A. i E. doczekała się praprawnuków — to ci będą mieli w swej krwi $^1/_{16}$ krwi tych protoplastów, ale $^{15}/_{16}$ z innych rodów, o których nic nie wiadomo. Usuwa to możność jakichśkolwiek wniosków i wywodów ogólniejszej natury.

Aby módz wyzyskać należycie badanie genealogiczne dla celów biologicznych, trzeba się posiłkować, jak to zaproponował L o r e n z, — tablicami przodków (Ahnentafel).

Oto jest wzór takiej tablicy (zob. tabl.). Osobnik, którego warunki dziedziczne zamierzamy badać, stoi na dole, u wierzchołka przewróconego trójkąta; nad nim zaś wznoszą się szeregi generacyi jego przodków, liniami dłuższemi w miarę podnoszenia się ku podstawie, ponieważ każde wyższe pokolenie ma dwa razy więcej członków, niż poprzednie, a więc 2 rodziców, 4 dziadków, 8 pradziadów itd. w postępie geometrycznym 1 $\frac{2}{\text{I}}$ $\frac{4}{\text{II}}$ $\frac{8}{\text{III}}$ $\frac{16}{\text{IV}}$ $\frac{32}{\text{V}}$ $\frac{64}{\text{VI}}$ $\frac{1624}{\text{X}}$ $\frac{4096}{\text{XII}}$ $\frac{32768}{\text{XV}}$ $\frac{204857}{\text{XXX}}$

Tablica taka obejmuje całokształt możliwych wpływów dziedzicznych — innych być nie może.

Tablica, którą tu przedstawiamy, jest zmyśloną tablicą przodków fikcyjnego Kowalskiego, doprowadzoną do 7 pokolenia w górę; liczy ona w swej najwyższej linii 128 osób, a w całości swej obejmuje 255 osób. Gdybym chciał ją w tym samym rozmiarze doprowadzić do XII pokolenia, miałaby w górnym szeregu 4096 osób, a obejmowałaby w całości 8190 osób; nie zmieściłaby się zapewne na całej ścianie sali, a jednak byłaby to liczba matematyczna przodków, jaką każdy z obecnie żyjących miał w XVI wieku, a więc w niezbyt dawnej przeszłości historycznej.

(C. d. n.).

Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie. (Kierownik Prof. O. Bujwid).

O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy. Sprawozdanie poglądowe [1]).

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Jeżeli tak obszernie omawiam sprawę metody Wrighta, to dzieje się to nietylko ze względu na rzekomo rozpoznawcze jej znaczenie, ale także dlatego, że według Wrighta mają wyniki

[3]) W. Encyklopedya Il. w XII tomie podaje piękne drzewo rodu Połubińskich.

[1]) Wykład wygłoszony w Tow. lek. krak. dn. 12 maja 1909 jako pierwszy z cyklu wykładów o gruźlicy.

jego metody być także drogowskazem dla swoistego leczenia tuberkulinowego, one mają rozstrzygać o dawkowaniu, o częstości i potrzebie wstrzykiwań. Celem wstrzykiwań ma być podniesienie nizkiego wskaźnika do wartości nadnormalnych i możliwe utrzymanie go na tej wysokości. Pogląd taki naturalnie wtedy tylko mógłby zasługiwać na uwzględnienie, gdyby się dało stwierdzić, że rzeczywiście przysposabiaczom przypada wybitna rola w walce ze zakażeniem gruźliczem, że tedy wzmożenie tej własności może być uważane za zmianę uodpornienia ustroju przeciw zarazkowi. Przy ocenianiu bakteryożerności (fagocytozy) i jej znaczenia dla odporności zbyt niestety często zapominano o tem, że samo pochłonienie bakteryi przez pożeracze (fagocyty) nie rozstrzyga jeszcze sprawy, że tylko, o ile zarazki w pożeraczach ulegną rozpadowi lub strawieniu, aktowi temu będzie można przypisać pewne działanie ochronne. Rzeczywiście wpływ taki da się stwierdzić w zakażeniach paciorkowcami, dwoinkami zapalenia opon, ziarniakami tryprowymi, paciorkowcami lancetowatemi, bakteryami durowemi, okrężnicowemi, czerwonkowemi i pokrewnemi. Natomiast ani co do gronkowców, ani co do bakteryi gruźliczych licznym badaczom nie udało się nigdy stwierdzić, żeby wielojądrzaste ciałka białe, pochłonąwszy je, zdołały je zabić. Nie byłby to zresztą fakt odosobniony, bo widzimy w przypadkach trądu komórki wypełnione bakteryami nieuszkodzonemi i zapewne mnożącemi się w nich — widzimy u zwierząt padłych na różycę ciałka białe, napchane bakteryami dobrze się barwiącemi, które zapewne w nich się rozmnożyły. W plwocinie ludzkiej lub w ropie spotyka się wprawdzie czasem obrazy pochłaniania bakteryi przez ciałka białe wielojądrzaste — dotąd jednak nie można było stwierdzić związku z leczeniem naturalnem czy sztucznem, a Pfeiffer i Adler twierdzą nawet, że obrazy takie spotykali tylko w przypadkach ciężkich z wieloma bakteryami lub w takich, które uporczywie opierały się zabiegom leczniczym. Istnieją nadto doświadczenia bezpośrednio dowodzące, że pochłanianie bakteryi gruźliczych przez ciałka wielojądrzaste jest dla przebiegu zakażenia sprawą obojętną (Calmette, Breton i Petit u morskich świnek), jako też doświadczenia Bartla i Neumanna, które pokazują, że nawet kilkotygodniowe działanie ciałek wielojądrzastych na bakterye gruźlicze nie zmniejsza ani ich żywotności, ani zjadliwości. Natomiast cały szereg różnorodnych nowszych badań zdaje się dowodzić, że innemu składnikowi krwi, t. j. limfocytom, przypada ważna, jeśli nie rozstrzygająca rola w walce ze zarazkiem gruźliczym. Przemawia za tem obraz anatomiczny utkania gruźliczego, przemawia limfocytoza, charakterystyczna dla wysięków gruźliczych, przemawia rola ochronna gruczołów chłonnych w zakażeniach naturalnych i pracownianych, przemawiają przedewszystkiem sumienne i rozległe doświadczenia Bartla i Neumanna, którzy wykazali, że miazga gruczołów chłonnych, składająca się z limfocytozów, zmieszana z bakteryami gruźliczemi, po dłuższem zetknięciu osłabia ich zjadliwość tak dalece, że nie zakażają nawet morskich świnek, a w dalszym ciągu wiedzie nawet do ich obumarcia Klucz do wytłomaczenia tego odrębnego zachowania się bakteryi gruźliczych leży, być może, w ich osłonce woskowej: póki ona nie jest uszkodzona, względnie rozpuszczona, siły bakteryobójcze ustroju nie mają dostępu do bakteryi. Otóż ciałka wielojądrzaste zawierają w swem wnętrzu zaczyn trawiący ciałko (proteolityczny), i stąd może ich działanie zabójcze na różne bakterye, natomiast nie zawierają zaczynu rozpuszczającego tłuszcze; taki zaczyn natomiast udało się wykazać Bergelowi ostatnimi czasy w limfocytach, i jest to zaczyn rozpuszczający także i woski. Podobny zaczyn, rozpuszczający woskową osłonkę bakteryi gruźliczych znalazł też Metalnikow w sokach gąsienic mola *galeria melonella*, które odznaczają się znaczną odpornością wobec zakażenia gruźliczego. W każdym razie na podstawie tych faktów wydaje się więcej niż wątpliwem, czy przysposobne działanie surowicy chorych gruźliczych może być uważane za objaw odporności i raczej należy przypuszczać, że podobnie jak w durze i innych zakażeniach pod wpływem swoistych bodźców tworzą się zlepniki swoiste, pozbawione wszelkiego znaczenia dla odporności ustroju, tak i w zakażeniu gruźliczem wytwarzanie przysposabiaczy swoistych dla bakteryi gruźliczych jest zapewne tylko objawem ubocznym, nie dającym miary uodpornienia ustroju. Wnioskiem praktycznym, któryby wynikał z takiego poglądu, byłoby odrzucenie kontroli wskaźnikowej przy leczeniu tuberkulinowem, którego oczywiście krytyka powyższa bynajmniej nie myśli odrzucać. Do takiego wniosku dochodzą zresztą zwolna i sami zwolennicy Wrighta, którzy zaczynają przypuszczać, że możliwem jest skuteczne leczenie tuberkulinowe bez kontroli wskaźnikowej, a kierujące się wyłącznie objawami klinicznymi, występującymi po szczepieniach.

Wreszcie wypada z kolei zająć się najważniejszemi próbami biologicznemi rozpoznawczemi, próbami tuberkulinowemi, których rozmaite modyfikacye w ostatnich czasach tak wielki zyskały rozgłos. Odkryta przez Kocha w r. 1890, a nazwana w r. 1891 przez Bujwida tuberkuliną, pod wpływem niefortunnych doświadczeń ery tuberkulinowej niesłusznie została zarzucona zarówno jako środek leczniczy, jak i rozpoznawczy, i trzeba było długiej, a wytrwałej pracy nielicznych zwolenników, żeby po jakim dziesiątku lat zapewnić jej prawo obywatelstwa w zasobie rozpoznawczym leczniczym lekarza. Odczyny tuberkulinowe rozpoznawcze polegają na zjawisku nadwrażliwości albo ściślej mówiąc uczulenia. Przypuszczano dawniej, że między człowiekiem zdrowym a gruźliczym istnieją tylko ilościowe różnice wrażliwości na tuberkulinę, nowsze natomiast doświadczenia (Hamburger) przemawiają za tem, że zupełnie zdrowy człowiek jest na tuberkulinę zupełnie niewrażliwy, a przynajmniej znosi aż do 1 grama bezkarnie, natomiast gruźliczy oddziaływa już na ułamki miligrama, jest zatem pod wpływem zakażenia w swoisty sposób uczulony na działanie jadu gruźliczego. To uczulenie objawia się w całem szeregu odczynów na tuberkulinę; i tak przy wstrzyknięciu podskórnem występuje odczyn ogólny w postaci gorączki i objawów towarzyszących, odczyn miejscowy oddalony w miejscu ognisk gruźliczych jako przekrwienie lub stan zapalny, wreszcie odczyn ściśle miejscowy wzdłuż kanału wkłucia i w miejscu podskórnego magazynu tuberkuliny, t. j. odczyn wkłucia (Stichreaction), opisany przez Eschericha, Epsteina i innych, na który zwłaszcza ostatnimi czasy Hamburger zwrócił szczególną uwagę. Przy wprowadzeniu tuberkuliny w zadraśniętą skórę powstaje zapalny odczyn skórny Pirquetowski, przy wkropleniu jej do oka — zapalny odczyn spojówkowy, jako t. zw. odczyn oczny Wolff-Eisnera i Calmettea. Wreszcie ostatnimi czasy podał Moro nowy odczyn, polegający na tem, że przez wtarcie 60% maści tuberkulinowej u osobników gruźliczych uzyskuje się powstanie mniejszej lub większej ilości guzków przekrwionych w miejscu wtarcia. Nadto można wywołać odczyn tuberkulinowy, wprowadzając tuberkulinę na błonę śluzową nosa (Lafitte, Dupont, Molinier), przez usta (wyjątkowo, Freymuth), przez odbytnicę (Calmette i Breton), przez wdychanie (Kapralik i Schrötter, Bandelier), przez wlewanie do płuc (Jacob), do cewki moczowej (Oppenheim), do opłucnej (Micheli i Quarelli) — słowem nie ma drogi, na którejby tuberkulina nie mogła zadziałać swoiście na ustrój zakażony gruźlicą. Jak wiadomo, odkrycie nowych tych odczynów tuberkulinowych powodzią publikacyi zalało szpalty pism lekarskich, tak że niełatwo jest w tym nadmiarze faktów, niestety dość często bezkrytycznie gromadzonym i przedstawionym, zoryentować się i wydobyć zeń, co ma dla naszej wiedzy pozostać »κτῆμα εἰς ἀεί«. Co znaczą wszystkie te odczyny? jakie wolno z nich wysnuwać wnioski rozpoznawcze i jakie dla chorego rokowania? czy Pirquet, czy Calmette, czy może pierwotna próba tuberkulinowa? Oto są pytania zasadnicze, które każdemu cisną się na usta a na które postaram się pokrótce w miarę możności dać odpowiedź, nie wdając się w szczegóły natury technicznej, które łatwo znaleźć w licznych pracach z lat ostatnich.

A zatem przedewszystkiem — czy próba jest swoistą — czy dodatni jej wynik dowodzi zakażenia gruźliczego — czy ujemny pozwala je wykluczyć? Zacznijmy od najstarszej próby podskórnej. Tu spotykamy statystykę Becka, opartą na 2137 próbach; na 388 podejrzanych 85% wyników dodatnich — na 1749 klinicznie niegruźliczych 45% — ogółem 52·3% wyników dodatnich. Albo statystyka Fraenkla: 200 chorych z 83·5% wyników dodatnich, z pośród podejrzanych 92·1%, z pośród niepodejrzanych 56·1%. Albo statystyka Franza, dotycząca pułku bośniackiego: na 400 zdrowych rekrutów 61% wyników dodatnich, w innym roku 68%, w pułku węgierskim z rzadszą gruźlicą na 400 rekrutów 38%. Liczby te uderzają swą wysokością, a przez zestawienie z przytoczonemi powyżej statystykami Naegelego i Burkharda dowodzą, że tu znowu czułość odczynu jest zbyt wielka, że oprócz gruźlic czynnych pewien ułamek nieczynnych także oddziaływa, uniemożliwiając przez to stosowanie rozpoznawcze próby u dorosłych. Pomyślniej przedstawiają się wyniki u dzieci, u których, jak widzieliśmy, gruźlice utajone i nieczynne do pewnego wieku są rzadkie. Tutaj zgodność próby z danemi klinicznemi i sekcyjnemi jest dość wybitna. Poza tem trzeba też zaznaczyć, że ujemny wynik stanowczo nie wyklucza gruźlicy, gdyż pewna część niewątpliwych gruźlic, zwłaszcza w okresie schyłkowym lub przedzgonnym, daje odczyn ujemny.

(Dok. nast.).

Oceny i sprawozdania.

1. Darier: **Précis de dermatologie.** Paryż. Masson et Comp. 1909.

Podręcznik niniejszy, przeznaczony dla uczącej się młodzieży i lekarzy-praktyków, nie zawiera, stosownie do swego celu, rozdziałów teoretycznych; główną uwagę zwrócił autor na rozpoznanie i leczenie. W pierwszej części opisuje D. szczegółowo rozmaite jednostki postaciowe i objaśnia pojęcia ogólne tej części patologii. W drugiej daje obraz jednostek chorobowych, układając je wedle podziału etyologicznego, całkiem oryginalnego, z odpowiedniemi odnośnikami do części pierwszej. Autor, jeden z najwybitniejszych dermatologów francuzkich nowszych czasów, zapoznaje czytelnika jasno i przejrzyście ze swojemi teoryami, całkiem oryginalnie przez siebie zbudowanemi. Liczne fotografie chorób, jakoteż obrazów histologicznych (122), piękna szata zewnętrzna książki, jasność stylu, tak ważna dla czytających cudzoziemców, sprawia, że się książkę Dariera nie tylko z przyjemnością czyta, ale i często do niej powraca.

F. Krzysztalowicz.

Działalność c. k. Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie w roku 1908.

Na podstawie sprawozdania przedłożonego c. k. Ministerstwu spraw wewnętrznych w Wiedniu

opracował

Dr Leonard Bier,
starszy inspektor Zakładu.

Liczba wykonanych przez Zakład w r. 1908 badań i wydanych orzeczeń wynosiła 2133, wzrosła w porównaniu z rokiem ubiegłym o 572 (w r. 1907 o 168) czyli 36·6% i była mimo zmniejszonego personalu urzędniczego najwyższą, jaką osiągnął zakład w 12-letniej swej działalności. Najwięcej prób dostarczyły starostwa, bo 1360 (r. 1907 — 898), natomiast władze sądowe i w tym roku podobnie, jak w latach poprzednich nadesłały znacznie mniejszą ilość przedmiotów do badania — 259 (r. 1907 — 345). W porównaniu do lat ubiegłych pobrał zakład przez swych urzędników znacznie większą ilość prób bo 371 (r. 1907 — 171). Przyczyną zwiększenia ilości prób nadesłanych przez starostwa i pobranych przez Zakład, było rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych, wynikłe z konferencyi kierowników zakładów odbytej w marcu 1908. W szczególności zyskały zakłady rządowe przez rozporządzenie to aprobatę na rewizye wykonywane z własnej inicyatywy. Zmniejszanie się prób nadsyłanych przez sądy tłomaczyć należy nie tyle zmniejszeniem się zainteresowania sądów do ustawy z 16 stycznia 1896, ile raczej coraz mniejszą działalnością organów nadzorczych, nie mających praw organów nadzorczych po myśli § 2 wspomnianej ustawy (żandarmi, autonomiczne organa miejskie), a posługujących się celem uniknięcia kosztów badania sądami, dla których Zakład pracuje bezpłatnie. Dowód na ogół małego zainteresowania nadzorem nad żywnością pośród autonomii krajowej i gminnej posiada Zakład w zbyt małej ilości prób przesłanych przez władze autonomiczne — w całości prób 12! (w r. 1907 — 39). — Inne władze oraz osoby prywatne nadesłały prób 131 (r. 1907 — 103). — Mimo znacznie wobec r. 1907 zwiększonej liczby prób nadesłanych przez starostwa było w r. 1908 jeszcze 11 starostw, które przez cały rok nie nadesłały ani jednej próby, a wśród nadsyłających 33 starostw, które nadesłały mniej niż 10 prób; w tem zaś wiele wód przy staraniach przemysłowców o koncesyę na wyrób wody sodowej. — Nie ulega wątpliwości, że rewizye wykonywane przez urzędników zakładu, wywołując ze strony organów nadzorczych starostw większe zainteresowanie dla nadzoru żywności spowodowały większy ruch w tym względzie organów miejscowych — choć i w tym względzie nie brak wyjątków. Nie brak bowiem starostw, które całą działalność miejscową (powiatową) pragnęłyby widzieć w rękach Zakładu krakowskiego! uchylając się same od niej. — Na podstawie wspomnianego rozporządzenia dokonał Zakład przez swych urzędników rewizyi w 18 powiatach z 25 miastami; większej ilości rewizyi stał na zawadzie brak sił, nadto zaś brak osobnych funduszów na podróże inspekcyjne, które, mimo że częściowo zyskują pokrycie w zwrotach ściągniętych przez sądy w drodze postępowania karnego, mimoto obciążają dotacyę Zakładu, przeznaczoną na inne cele.

Niewłaściwe — zdaniem Zakładu — stosowanie ustawy przez sądy, objawiające się w licznych uwolnieniach w latach ubiegłych, w zbyt niskim wymiarze kary, zbyt rzadkich orzeczeniach przepadku towaru, w niestosowaniu § 21 ustawy — pozwalającym w razie powtórnego zasądzenia z ustawy o środkach spożywczych na publiczne ogłoszenie wyroku — nadto zaś bardzo powszechne nieściąganie taks i kosztów badania od osób zasądzonych, jest, obok niedostatecznej kontroli, przyczyną zbyt małego postępu poprawy w kraju na polu wyrobu i handlu artykułami spożywczemi. Dla niektórych zaś artykułów, sprowadzanych w stanie zafałszowanym z poza granic państwa (np. Węgier), postępowanie takie sądów jest jakby ochroną, pod którą handel ten w kraju coraz większe przybiera rozmiary. Niedostatki te, osłabiające w stopniu niezwykle wielkim skuteczność ustawy o obrocie handlowym artykułami żywności, porażające gorliwość niewielkiej ilości organów nadzorczych, spowodowały Zakład do przedłożenia tak ministerstwu spraw wewnętrznych, jakoteż i wyższym władzom sądowym w kraju wniosków zmierzających do zapewnienia ustawie większej skuteczności. Większość tych wniosków nie została dotychczas załatwioną, w szczególności zaś te, które Zakład przedłożył władzom sądowym.

O wiele lepszego przyjęcia doznały wnioski przedłożone ministerstwu spraw wewnętrznych. W szczególności zaś przeznaczyło ministerstwo spraw wewnętrznych odpowiedni fundusz na urządzenie kursu dla wykształcenia autonomicznych organów nadzorczych — komisarzy targowych. W kursie tym, odbytym od początku stycznia do połowy kwietnia, uczestniczyło 13 kandydatów, z których urzędownie delegowały miasta Lwów 2, Kraków, Czortków, Rzeszów po jednym. Docentami na kursie, którego program ustaliło ministerstwo, byli urzędnicy Zakładu i inspektor krakowskiej rzeźni miejskiej. Kurs zakończono egzaminem, z którego uczestnicy otrzymali świadectwa, uprawniające ich do objęcia posady u k w a l i f i k o w a n e g o komisarza targowego. Zbyt małe zainteresowanie gmin racyonalnym nadzorem żywności, a może i obawa przed nowością, sprawiły, że z poza kandydatów urzędownie delegowanych tylko 1 uzyskał w roku sprawozdawczym posadę komisarza targowego w mieście większem. Ministerstwo spraw wewnętrznych, zachęcone tym kursem, wydało w r. 1908 rozporządzenie, ustanawiające zasadniczo coroczne odbywanie tego rodzaju kursu. — Działalność komisarzy targowych, ukwalifikowanych na kursie, nie pozostała bez wpływu już w roku sprawozdawczym na ilość prób przesłanych przez starostwa, w obrębie których leżą miasta posiadające tego rodzaju ukwalifikowane organa nadzorcze; starostwa te, w porównaniu do lat poprzednich, nadesłały do badania bardzo wielką ilość prób.

Rodzaj przedmiotów badanych oraz stopień ich zakwestyonowania (podany w nawiasie) wskazują liczby następujące:

Woda studzienna, źródlana i rzeczna 85 (17), woda sodowa 3 (3), wody mineralne 4 (—), mleko, śmietanka, kefir 20 (4), ser 3 (1), masło 21 (13), inne tłuszcze jadalne 18 (6), oliwa 11 (5), mięso 7 (3), wyroby masarskie 14 (12), ryby 12 (5), mąka 137 (31), inne wyroby młynarskie 32 (4), chleb i inne pieczywo 35 (24), owoce 26 (16), przyprawy korzenne 276 (152), grzyby 3 (3), krachery i syropy 58 (43), herbata 383 (96), kawa 105 (64), surogaty kawy 34 (3), kakao i czekolada 14 (2), wino 190 (74), piwo 18 (13), wódka 206 (136), miód pitny 15 (10), ocet 34 (21), drożdże 4 (4), nafta 23 (3), naczynia, przyrządy i przedmioty użytku 143 (70), inne 31 (—).

Razem przeto na 2133 nadesłanych prób i wydanych orzeczeń zakwestyonowano 936, czyli 43·8% badanych przedmiotów, procent nieznacznie mniejszy niż w latach ubiegłych. W liczbie zakwestyonowanych przedmiotów mieści się 521, które zakwestyonowano z powodu zafałszowania lub szkodliwości dla zdrowia, resztę zakwestyonowano z powodu zepsucia; 919 spraw przeciw 618 podsądnym oddano do załatwienia karnego sądom. Jaki skutek osiągnęło postępowanie sądowo-karne, nie jest na razie możliwem ocenić Zakładowi z powodu tego, że sądy nie zawiadomiły o tem Zakładu do czasu wypracowania sprawozdania (koniec lipca 1909) w 373 (!) wypadkach.

Rodzaj napotykanych zafałszowań nie różnił się ogółem w roku sprawozdawczym od spotykanych poprzednio. Na wyszczególnienie zasługują następujące przypadki: gleg użyty do wyrobu bryndzy w Żabiem składał się z treści żołądka cielęcia, żywionego sianem z dodatkiem mleka, zaprawionego obficie mąką z prosa i jęczmienia oraz kartoflami; proszek laktobaciliny, mającej służyć do wyrobu zdrowotnego mleka kwaśnego, zawierał mieszaninę różnych bakteryi, częściowo dających fermentacyę nieodpowiednią dla produktu dobrego; produkt pojawiający się w handlu pod nazwą masła przedstawiał tłuszcz kokosowy z domieszką serwatki, soli kuchennej i barwika żółtego; tłuszcz sprze-

dawany pod nazwą smalcu składał się głównie z tłuszczu kokosowego i małej ilości tłuszczu świńskiego; olej jadalny zanieczyszczony, czy zafałszowany ciężkiemi olejami mineralnemi (naftowemi) użyty do wyrobu pieczywa spowodował u konsumentów pieczywa objawy zatrucia; miód praśny sporządzony był z cukru konsumcyjnego, wody i barwika smołowcowego; wódka ze sądu w Ottynii zawierała, celem wzmocnienia siły alkoholu, liście tytoniowe i ałun; pierniki ze sądu w St. Sączu zawierały zdrowiu szkodliwy ołów; proszek sprzedawany dla lepszego odżywiania się bydła zawierał korzeń tataraku, otręby zbożowe, fosforan wapniowy i siarkan sodowy, cena zaś jego handlowa przekraczała wielokrotnie wartość składników; płyn sprzedany jako środek do spędzenia płodu składał się z mydła, oleju lnianego, wyciągu wodnego roślin aromatycznych, kawałeczków imbiru, kory, gliny i pluskiew! — W zapoczątkowanej przez Zakład akcyi badania młynów na zanieczyszczenie przez mola mącznego i inne robactwo, zbadał Zakład 14 większych młynów, z których w 8 napotkano taką ilość robactwa, że dało to powód do zarządzenia większych robót oczyszczających i częściowej rekonstrukcyi młyna celem powstrzymania rozwoju i zapobieżenia dalszemu rozwojowi robactwa zanieczyszczającego mąkę.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Müller. **Prosty sposób oznaczania głębokości położenia ciał obcych z pomocą promieni Röntgena.** (*Münch. med. Woch.* Nr 32). Przy ocenie, jak głęboko znajduje się dane ciało obce od powierzchni badanej, postępuje M. w ten sposób, że równocześnie naświetla dwie płyty leżące na sobie w odległości 7—10 cm, poczem przesuwa nieco lampę o znaną odległość na bok i znowu naświetla. W ten sposób otrzymuje dwa obrazy podwójne, na których odległość obrazów ciała obcego może być dokładnie odmierzoną. Z tych danych da się już matematycznie łatwo obliczyć głębokość ciała obcego podług wzoru

$$a : b = (c + x) : x \text{ czyli } x = \frac{bc}{a - b}$$

gdzie b oznacza odległość obu obrazów na górnej płycie,
c odległość płyt,
a odległość obu obrazów na dolnej płycie,
x szukane oddalenie ciała obcego od górnej płyty, na której spoczywa dany członek. *K.*

Geigel. **O oznaczaniu prawdziwej wielkości organów z wielkości cienia w obrazie rentgenowskim.** (*Münch. med. Woch.* Nr 32). Wielkość prawdziwą danego organu obliczyć się daje z cienia na ekranie łatwo w ten sposób, że operując przy znanych oddaleniach oznaczamy wielkość cienia (h_1) przy odległości np. a i wielkość cienia (h_2) przy odsuniętej lampie o odległość f.

Znaną nam jest odległość ekranu od lampy w pierwszym wypadku e, w drugim $e_1 + f$ czyli e_2. Wielkość obrazu oblicza się z tego podług wzoru

$$x = \frac{f \cdot h_1 h_2}{e_1 (h_1 - h_2) + h_1 f}$$

znając znów $\times$ możemy łatwo obliczyć głębokość, w której dane ciało leży (b) podług wzoru

$$a = \frac{x \cdot e_1}{h_1}$$

przyczem a oznacza odległość ciała od lampy

$$b = e_1 - a.$$ *K.*

Hotz. **Przyczynki do patologii ruchu jelit.** (*Mit. a. d. Grenzgb. d. M. u. Ch.* XX. 2). W licznych doświadczeniach na zwierzętach śledził H. ruchy jelit tak w warunkach prawidłowych, jak i chorobowych, jak np. przy zapaleniu otrzewnej, niedrożności przewodu pokarmowego, bębnicy, po przecięciu nerwu błędnego i trzewnego i t. p. Przy sprawach zapalnych porażenie ruchu jelit powstaje wskutek zastoju treści jelita dopiero następowo, a nie, jak się przypuszcza, że porażenie jest sprawą pierwotną, wywołującą zastój treści jelitowej. Ucisk aorty, duszenie się i t. p. wywołują także upośledzenie ruchów jelit. Są to odruchy, które spostrzegać można także przy zranieniach ścian brzusznych, przy podrażnieniu nerwów międzyżebrowych, przy ugniataniu klatki piersiowej i t. p. Ten wstrzymujący odruch biegnie drogą nerwu trzewnego. Po przecięciu nerwu trzewnego podrażnienia takie już nie działają na jelita. Przecięcie nerwu błędnego nie ma większego wpływu na ruchy jelit. *A.*

Voit. **O przetaczaniu krwi.** (56. Zjazd średnioreńskich lekarzy 6. VI. 1909). Przetaczanie krwi z człowieka na człowieka znajduje obecnie rzadko zastosowanie z powodu niemiłych działań ubocznych V. próbował jednak przetaczać krew i doszedł do następujących wyników. Przetaczać można jedynie jałowo odwłókniona krew i to w ilościach małych (około 50 grm). Wprawdzie czasem i te przetaczania pociągają za sobą pewne zaburzenia, jak uderzenia do głowy, duszność i t. p. jednak działanie ostateczne jest bezwątpienia bardzo dobre, albowiem zwiększa się potem szybko i znacznie ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych. Zaburzenia ogólne nie występują zawsze, lecz krew jednych ludzi nie wywołuje zaburzeń, drugich nawet bardzo znaczne. Nie wiemy jeszcze, na czem to polega. *A.*

Neck. **O ulepszeniu i uproszczeniu sposobu odkażania skóry.** (Tow. lek. Chemnitz 7. IV. 1909). Coraz więcej skłaniają się chirurdzy do przekonania, że sposoby, dążące do zupełnego usunięcia drobnoustrojów ze skóry nie mają racyi bytu, są zanadto zawikłane, a przez to, nie spełniając zadania w zupełności, są tylko balastem nieraz przynoszącym szkodę. Natomiast o wiele więcej uzasadnione są metody, dążące do ustalenia drobnoustrojów podczas operacyi w skórze. Zwłaszcza nadaje się do tego bardzo dobrze odkażanie 96% alkoholem; jest ono tanie, wygodne, szybkie i pewne. Przekonał się o tem N., używając przy wszelkich operacyach tego odkażania od 2 lat. *K.*

Nakahara i Dilger. **Podskórne i śródmięśniowe tworzenie się kości pod wpływem wstrzykiwań ew. wszczepiania zawiesiny z okostnej.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 63. 1.). Badania N. i D. na zwierzętach przekonały ich, że okostna świeża ew. wzięta zaraz po śmierci ze zwierzęcia, nawet w rozdrobnionym stanie zawiesiny, posiada tę samą zdolność twórczą, jak w większych kawałkach. Spostrzeżenie to pragną autorzy zużytkować do leczenia stawów wrzekomych wstrzykiwaniami zawiesiny z okostnej zamiast poleconego przez Biera sposobu leczenia stawów wrzekomych wstrzykiwaniami surowicy, albowiem prócz czynnika drażniącego wprowadzałoby się tu zarazem i materyał kościotwórczy. *K.*

Rube. **Urazowe zapalenie opon na tle paciorkowca śluzowego.** (*Med. Klinik.* 1909. Nr 29). Stosunkowo dość rzadkie zranienia rdzenia wskutek ran kłutych, wydarzają się zwykle od tyłu i to w 50% w części szyjnej, rzadziej w części piersiowej, a wyjątkowo w lędźwiowej, która tak ze względu na swą budowę, jak i położenie jest najbardziej ochroniona. Od przodu najczęściej ulega zranieniu rdzeń przez usta. Narzędzie raniące wchodzi tutaj albo przez chrząstkę pomiędzy trzonami kręgów, albo też przez otwór międzykręgowy, od tyłu zaś, pomiędzy wyrostkami ościstymi lub też przez przestrzenie międzyłukowe (*spatia intercruralia*). Zwykle rdzeń ulega tylko częściowemu zranieniu, wyjątkowo tylko całkowitemu przecięciu, choć często klinicznie spotykamy objawy (zwykle przejściowe), zupełnego porażenia. Zranienia te dają 20% śmiertelności, najczęściej z powodu zakażenia opon, zwłaszcza przy zranieniach przez usta. Podobny przypadek spostrzegał R. 2-letni chłopak, upadając, wbił sobie szydełko z kości słoniowej głęboko w tylną ścianę gardła. Przy próbie wyjęcia koniec, tkwiący w gardle, ułamał się. Już drugiego dnia objawy zapalenia opon, szóstego dnia zejście śmiertelne. W płynie mózgowo-rdzeniowym, wydobytym za życia, czysta hodowla paciorkowca śluzowego. *K.*

Dermatologia i syfilidologia.

E. Seligmann. **W sprawie odczynu Wassermanna.** (*Zeitschrift für Immunitätsforschung.* Styczeń 1909).

Autor otrzymywał niejednokrotnie dodatni odczyn zarówno z surowicą chorych na płonicę, jak i w całym szeregu innych cierpień (gruźlica, róża, rak i t. d.) i proponuje wobec tego dla celów rozpoznawczych używać nie jednego, lecz całego szeregu wyciągów, gdyż surowica kiłowa hamuje hemolizę zawsze, niezależnie od użytego wyciągu, natomiast przy sprawach niekiłowych odczyn dodatni nie występuje z jednym lub najwyżej niewielką ilością wyciągów.

Nie uznając odczynu Wassermanna za prawdziwie swoisty dla przymiotu, autor mimo to uważa, że przy zmodyfikowanej w powyższy sposób technice można się nim posługiwać z zupełną pewnością dla serodyagnostyki kiły. *H. Rozenblatówna.*

R. Schatiloff i M. Isabolinsky. **Badania nad odczynem Wassermann-Neisser-Brucka przy kile.** (*Zeitschr. für Immunitätsf.* Styczeń 1909).

Praca, podjęta w celu wyjaśnienia powstawania omawianego odczynu, i oparta na bardzo licznych doświadczeniach z wyciągami narządów prawidłowych i kiłowych, oraz surowicami prawidłowemi, ochronnemi i kiłowemi. Zdaniem autorów, odczyn Wassermanna jest charakterystyczny, ale nie swoisty dla kiły, t. j. w razie dodatniego wyniku wskazuje na niewątpliwie przebywaną lub przebytą kiłę, nie może jednak być uważany za odczyn swoisty, gdyż ciała, zawarte w surowicy kiłowej, będące przyczyną związania dopełniacza, i powstające w ustroju pod wpływem zakażenia kiłowego, nie są prawdziwymi niwecznikami (Antikörper), a wyciągi narządów kiłowych, używane do odczynu Wassermanna, nie mogą być uważane za antygen w rodzaju prawdziwych np. bakteryjnych antygenów. Gdyby omawiany odczyn polegał na wzajemnem oddziaływaniu niwieczników i antygenów, to 1) nie mógłby wypadać dodatnio przy użyciu wyciągów prawidłowych narządów, lecytyny, wyciągów roślinnych i t. d., co zostało stwierdzone przez wielu autorów; 2) pod wpływem uodparniania zwierząt zapomocą tych wyciągów powinnyby w surowicy odpowiednich zwierząt powstawać niweczniki, gdyby te wyciągi były antygenami; tymczasem z doświadczeń autorów wynika, że na tej drodze nie udaje się wytworzyć w ustroju zwierząt ciał o własnościach wiązania dopełniacza, czyli, że ciała czynne w owych wyciągach nie są antygenami, a mechanizm samego zjawiska Wassermanna pozostaje na razie niewyjaśniony. *H. Rozenblatówna.*

M. Stern. **Uproszczenie i udoskonalenie rozpoznawczego odczynu kiłowego.** (*Zeits. f. Immunitätst.* Luty 1909.

Autorka zbadała 300 surowic osób, podejrzanych co do kiły, stosując jednocześnie zwykłą technikę odczynu Wassermanna oraz własną modyfikacyę, polegającą na używaniu do doświadczeń surowicy czynnej, t. j. na zastąpieniu dopełniacza krwi świnki morskiej przez dopełniacz badanej surowicy. Autorka przekonała się o wyższości tego drugiego sposobu: gdy przy stosowaniu pierwotnej techniki, odczyn dodatni wystąpił tylko w 38,5% wszystkich przypadków, odsetka dodatnich wyników przy zmienionej technice wzrosła do 53,5%. Na pytanie, dlaczego własny dopełniacz ma tak wybitnie uczulający wpływ na odczyn kiłowy, nie mamy, zdaniem autorki, na razie zadowalniającej odpowiedzi. *H. Rozenblatówna.*

Kopp. **Znaczenie praktyczne odczynu Wassermanna w kile.** (*Münch. med. Woch.* 1909. 19 i 23). Prof. Neisser (*Münch. med. Woch.* 1909. 21).

K. stwierdza, że odczyn dodatni występuje w znacznej liczbie przypadków kiłowych, — ale że nie można go uważać za swoisty, gdyż nie znamy wcale spraw biochemicznych, które przy tej metodzie się odgrywają. Wogóle autor wyraża się nie bardzo optymistycznie o tej metodzie, wykazując, że kiłę pierwotną rozpoznajemy znacznie pewniej badaniem mikroskopowem (krętki), że w kierunku leczenia nie daje nam odczyn Wassermanna żadnych wskazówek, a najwięcej nadają się do badania tą metodą przypadki t. zw. tertyaryzmu (przyp. nerwowe, guzy, tętniaki). Ale w tych przypadkach odczyn dodatni tylko wyjątkowo pobudzi lekarza do stosowania leczenia rtęciowego, które nie daje wyników pomyślnych. Odczyn dodatni stwierdza tylko z wielkiem prawdopodobieństwem, że badany przebył kiłę, ale o samym procesie nie daje nam żadnego wyobrażenia. Wreszcie musi się mieć na względzie i trudności techniczne metody, skąd i błędy, mimo wielkiej nawet staranności nie są wyłączone, a kosztowność metody tak co do czasu, jak i potrzebnych środków, nie odpowiada wynikom. Wreszcie K. zwraca uwagę i na tę ważną okoliczność, że metoda, szczególnie w razie wyniku dodatniego może źle wpływać psychicznie na chorych, którzy mają się za wyleczonych.

Neisser, odpowiadając na poprzedni artykuł, stwierdza, że metoda W. pozwala na rozpoznanie w przypadkach, w których nie możemy mieć innych danych (kiła utajona), a nawet może nam dawać niejakie wskazówki lecznicze w przypadkach nerwowych. N. sądzi zatem, że o ile byłoby niedorzecznością szukać w tej metodzie trwałych podstaw w działaniu naszem w przypadkach kiły, o tyle byłoby niesprawiedliwością nie korzystać z tej metody w przypadkach wątpliwych. Jako klinicysta i praktyk zaleca zatem tę metodę, porównując ją z badaniem dwoinek wśród leczenia wiewióra. (Metody o tak różnych podstawach teoretycznych stanowczo nie dają się ze sobą porównywać, zwłaszcza gdy mamy do czynienia i z tak różnemi patologicznie chorobami. (*Przyp. Spraw.*). *F. Krzyształowicz.*

Kollbrunner. **Nowy przetwór srebrowy „syrgol".** (*Münch. med. Woch.* 1909. 20). Autor zachwala ten przetwór, porównując go z dotąd używanymi przetworami srebrowymi w leczeniu wiewióra, stwierdził bowiem, że syrgol szybko zmniejsza wydzielinę, może być użyty nawet w przypadkach ostrych i że działa silnie, bakteryobójczo (doświadczenia co do działania na mikroby, hodowane poza ustrojem). K. podaje jako rozczyny do użycia 2—4:1000. *F. Krzyształowicz.*

Jacobi. **Wpływ zniesienia kontroli policyjnej nad prostytucyą na rozszerzenie się jej we Fryburgu.** (*Münch. med. Woch.* 1909. 23). Autor udowadnia na materyale swej kliniki, że od czasu zniesienia kontroli policyjnej nad prostytucyą przez rząd ks. badeńskiego, liczba mężczyzn kiłowych w klinice wyraźnie wzrosła. W latach, w których kontrolę wykonywano. w 1906 było leczonych 13 przyp. kiły, w r. 1907 — 11 przyp., w r. zaś 1908, w którym zaprzestano kontroli, liczba chorych wzrosła do 24 przyp., czego niewątpliwie nie można wytłomaczyć działaniem jakichś innych czynników. *F. Krzyształowicz.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kielcach.

Posiedzenie z dnia 21 listopada 1908.

Obecnych 10 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i podpisano.

2) Kol. Prezes zawiadamia, że Panna Marya Olsiewicz, córka ś. p. Dra Pawła Olsiewicza ofiarowała Towarzystwu Lekarskiemu kieleckiemu 65 dzieł lekarskich w 113 tomach. Ogólne zebranie poleciło sekretarzowi przesłać jej podziękowanie, a kol. Przypkowskiemu podziękować za pośrednictwo.

3) Kol. Prezes proponuje, żeby wybrać zastępcę bibliotekarza i sekretarza na wypadek np. wyjazdu jednego z nich.

4) Kol. Szenk przedstawił chorego **z ropniem podprzeponowym.**

5) Kol. Ryttel przedstawił chorą M. M., mającą lat 27, która 11 tygodni temu zachorowała nagle na silne bole w dolnej części brzucha. Chora przedstawiona została w celu rozpoznania choroby, a mianowicie czy chodzi o ropień przymaciczny, czy też o zropiały krwistek pozamaciczny. Ropień przebił się przez kiszkę stolcową. Większość kolegów oświadcza się za zropiałym krwistekiem na zasadzie tego, że choroba rozpoczęła się nagle silnymi bolami i zapadem.

Posiedzenie z dnia 19 grudnia 1908.

Obecnych 8 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i podpisano.

2) Kol. Prezes zakomunikował dwie odezwy: od Redakcyi »Czasopisma Łódzkiego« i od Redakcyi »Przeglądu Lekarskiego« w Krakowie, w których obie te redakcye zawiadamiają, że od 1-go stycznia 1909 r. »Czasopismo Łódzkie« połączyło się z »Przeglądem Lekarskim« w Krakowie i wspólnie będą wydawane, przyczem i protokoły Tow. Lek. kiel. i artykuły lekarzy powinny być odsyłane pod adresem redaktora w Łodzi kol. Sterlinga. Przyjęto do wiadomości.

3) Kol. Prezes zakomunikował prośbę symferopolskiego sanitarnego miejskiego lekarza o wysyłanie drukowanych artykułów do biblioteki biura lekarsko-sanitarnego w Symferopolu.

4) Kol. Prezes odczytal odezwę Petersburskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego o otwarciu pierwszego Zjazdu Oto-Laryngologicznego. Przyjęto do wiadomości.

5) Kol. Kopczyński przedstawił chorego **z rozsianem stwardnieniem rdzenia.** Dyskusya: kol. Jankowski oświadcza się za kurczowem porażeniem rdzeniowem, inni za stwardnieniem rozsianem.

6) Kol. Lewinson przedstawił chorego w celu rozpoznania choroby. Chory, lat 45, przed 4 tygodniami zaczął się uskarżać na bole w okolicy żołądka, a po tygodniu, jak zapewnia, zauważył guz w okolicy, odpowiadającej lewemu zrazowi wątroby. Guz ten, zlekka bolesny przy dotykaniu, ciastowatej zbitości, wielkości dużej pomarańczy. Bolesność nieznaczna. Dwa mniejsze guzki znajdują się w prawej dolnej części wątroby. Brzeg wątroby wyczuwa się na 2 palce poniżej linii pępkowej. Część kolegów rozpoznaje zrakowacenie wątroby, część zaś bąblowca wątroby.

7) Kol. Lewinson przedstawił chorą w celu rozpoznania choroby. Chora, lat 23, kilka miesięcy temu zachorowała na objawy żołądkowe. Pomimo, że lekarze zapewniają, że niema nic poważnego, chora uważała siebie za nieuleczalną, porzuciła narzeczo-

nego z tego powodu i w celu samobójczym wypiła esencyę octową, została jednak uratowaną; od tego czasu twierdzi wciąż, że musi skończyć samobójstwem. Chora znajduje się w stanie lekkiej depresyi, aczkolwiek władze umysłowe są zresztą zupełnie prawidłowe. Dziedzicznością nie obciążona. Podług kol. Lewinsona jest to przypadek t. zw. *paranoiae rudimentariae* (podług Mendla), która tem się różni od *paranoia vera*, że nie ma halucynacyi i chora doskonale zdaje sobie sprawę ze swojego stanu chorobowego. Kol. Jankowski był zdania, że to melancholia, kol. Hein, że hypochondria.

Sekretarz: *Dr A. Rytel.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Kwestyę prawną operacyi położniczych omawiano na XIII kongresie niem. Towarzystwa dla położnictwa i gynekologii. Schickell twierdził, że perforacya żywego dziecka zależy głównie od decyzyi matki, którą dokładnie o wszystkiem poinformować należy. Czy zaś wogóle perforacya jest wskazana, decydować może tylko lekarz. Wprowadzenie sztucznego poronienia w razie wskazania nie może być też objęte lub zakazane jakimś paragrafem, podobnie zapobieganie koncepcyi. Calker, profesor prawa, jest też tego zdania, że nowy kodeks karny nie może wchodzić tak szczegółowo w kwestye lekarskie. Natomiast prawo nie może dozwolić by nadużywano wywoływania np. poronień dla kwestyi socyalnej (ktoś ma już np. 6 dzieci), lub z obawy, by dziecko mające przyjść na świat nie uległo jakiejś niepewnej chorobie dziedzicznej, jak chorobie umysłowej, paralyzie i t. p. O ile z jednej strony przyzwolenie matki nie może lekarza chronić od odpowiedzialności, o tyle z drugiej strony lekarz mimo oporu może bezkarnie wykonać operacyę, jeżeli ta jedynie może chorą uratować (?). *X.*

Na mocy zestawień i statystyki częstości schorzeń na raka macicy i sutka z jednej strony, a karmieniem z drugiej, u kobiet w Bawaryi, dochodzi Groth do potwierdzenia faktu, że karmienie piersią jest zarazem bardzo wielką ochroną przeciwko schorzeniu na raka sutka lub części rodnych, albowiem statystyka wykazuje, że kobiety, które karmiły same, zapadają znacznie rzadziej na nowotwory jak te, które dzieci nie karmiły lub wcześnie odstawiały. *X.*

Ortopedyczny instytut Rizzoli w Bolonii ogłasza konkurs imienia Humberta I. w kwocie 3.500 lirów dla lekarzy wszystkich narodowości za najlepszą pracę lub wynalazek w dziedzinie ortopedyi. Termin do dn. 31. grudnia 1909. *X.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 15. VIII. do 21. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (w tem obcych — † —), płonicy 21 † 4 (1 † —), odry 11 † 1, duru brzusznego 4 (4), czerwonki 3 † 1, gorączki połogowej 1 (1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. VIII. do 21. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (w tem obcych 1 † —), płonicy 17 † 1 (6), duru brzusznego 5 (3), czerwonki 5 † 1, cholery dzieci 7 † 7 (1 † 1), jaglicy 2 (—). *Dr Janiszewski.*

Wiadomości bieżące.

Lwów. Stowarzyszenie laryngologów niemieckich wybrało Prof. Jurasza na przewodniczącego.

Warszawa. Staraniem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, przy pomocy kasy im. Mianowskiego, wyszedł z druku pod redakcyą Dra Kazimierza Rzętkowskiego »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1907«.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza konkurs na stypendyum im. Konitza w wysokości 250 rb., na nagrody w kwocie 250 rb. z funduszu Wszebera i zapomogę w kwocie 180 rb. z funduszu Pląskowskiego.

— Pomiędzy 15. V. a 20. IX. 1911 r. ma się odbyć wystawa miast Królestwa Polskiego, z szerokiem uwzględnieniem działu higieny miast.

— Miejska komisya szpitalna uznała za konieczną budowę nowych pawilonów dla szpitala św. Rocha.

Z różnych stron. W czasie Zjazdu w Peszcie odbędzie się szereg zebrań, przyjęć i uroczystości, i tak: 28. VIII. wieczór zebranie powitalne w Pałacu sztuki, 29. VIII. przyjęcie urzędowych delegatów przez prezesa Zjazdu, 30. VIII. przyjęcie dla uczestników Zjazdu przez władze miejskie, 31. VIII. wieczór dla pań, 1. IX. przyjęcie urzędowych delegatów u dworu, 2. IX. przyjęcie członków sekcyi naukowych przez prezesów sekcyi, 3. IX. przyjęcie, wydane przez ministra oświaty. Każdego popołudnia zwiedzanie miasta, zakładów naukowych i t. p. Biuro Zjazdu otwarte będzie dla uczestników od 26. VIII.

— Lekarze rumuńscy, jakoteż Towarzystwo lekarzy królestw Chorwacyi i Slawonii (Zbor liječnika kraljevina Hrvatske i Slavonije) postanowili ze względów narodowych usunąć się od udziału w międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Peszcie. Zawiadomienie o tem rozesłali lekarze rumuńscy lekarzom wszystkich krajów przed paru tygodniami, lekarze zaś chorwaccy — Towarzystwom lekarskim słowiańskim dopiero w d. 18. VIII. b. r.

— Wiedeńska Akademia umiejętności postanowiła przystąpić do budowy zakładu dla badań nad radem.

— W Petersburgu było od 24. VI. do 4. VIII. 439 przypadków cholery, z czego zmarło 204 osób. W miastach prowincyonalnych było w tym czasie 404, z czego zmarło 176 osób.

— W sierpniu 1911 odbędzie się w Londynie międzynarodowy Zjazd urologów. Referaty główne: 1) Fosfaturya, 2) Prostatectomia, 3) Resekcya pęcherza moczowego.

Mianowani: Dr Schmidt-Rimpler profesorem okulistyki w Halli.

Dr Otto Grosser profesorem anatomii na uniwersytecie niemieckim w Pradze.

Dr Dubrenilh profesorem chorób skórnych, a Dr Pousson profesorem urologii w Bordeaux.

Prof. Pirrket profesorem chorób dzieci w Baltimore.

Dr W. Mysz dyrektorem kliniki chirurgicznej w Tomsku.

Zmarli: Dr Adam Leszczyński w Wilnie; Dr Stan. Bucelski, ordynator w Tworkach; Dr Gustaw Scott, profesor akuszeryi w Wiedniu; Dr Bollinger, profesor anatomii patologicznej w Monachium.

Redakcya otrzymała: Edmund Kowalski: O okładach. Lwów 1909. — Tenże: O znaczeniu przekrwienia odczynowego. (Odbitka z »Tygodn. lekarsk.«). — Rzętkowski: O żywieniu chorych w szpitalach warszawskich.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie od 2—23. grudnia 1909.

Wyjaśnień udzielają i zgłoszenia przyjmują Prof. Ciechanowski (Wielopole 4), Prof. Dobrowolski (Podwale 2), i Prof. Krzyształowicz (Basztowa 6).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26. listopada do 2. grudnia 1909.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dnie powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się we środę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakteryj chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6–8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Nowak wspólnie z asystentem Dr Szymanowskim: Praktyczny kurs bakteryologii. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4–6 popołudniu. Czesne 50 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Męsowicz: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej (Kopernika 15) w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej (Kopernika 15). 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mające. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8–9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz wspólnie z asystentem Dr Landauem: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5–6 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10–12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godz. 9–11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5–6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8–10 rano. Czesne 20 kor. Najmniej 5 uczestników

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem Dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6–11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8–10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10–12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12–1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5–7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i sifilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8–10, w czwartki i piątki od 8½ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 15 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8–10, w soboty od 9–10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami Dr Cetnarowskim, Przybylskim i Schlankiem: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9–10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Prof. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10–11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4–5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8–9.	Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8–10.	Dermatologie i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.
	Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
	Chirurgia (Prof. Rutkowski) codz. prócz sobót.
9–10.	Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9–11.	Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.
10–11.	Położnictwo (Prof. Dobrowolski) codz.
10–12.	Pedyatrya (Prof. Lewkowicz). Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11–1.	Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki.
12–1.	Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona.	Medycyna wewn. (Doc. Męsowicz, Doc. Latkowski) 4 godz. tyg.
3–5.	Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
4–5.	Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4–6.	Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5–6.	Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid) codz.
4–5.	Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
5–7	Badania laryngol. (Prof. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6–8.	Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) wtorki, czwartki.
Pora popołdn. na razie nie oznaczona.	Wziernikowanie oka.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222
SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg.
LOG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. **Łączy działanie bismutu i tanniny.**

Gastrosan Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych **objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym** z ich następstwami, przy **dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania** i przy **nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.**

Unguentum Heyden Do **dyskretnych wcierek rtęci**; nadaje się szczególniej dla **kobiet, dzieci** i do **peryodycznego leczenia się.** Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g.

Ichthynat, ammonium ichthynatum Heyden, z tyrolskiego węgla rybnego, o wiele tańszy od ichtyolu.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 c

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 G. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

ALMATEINUM

(ex formaldehydo et haematoxylino condensatione paratum).

a) Pro usu externo; pro jodoformio optime adhibetur, sine odore et sapore, valde exsiccans, haemostaticum granulationibus favens, sine ullo effectu irritationis.

(In pulvere, gaza 10%, unguento 20%, globulis, suppositoriis 1%, bacillis 33%)

b) Pro usu interno; longe optime adstringit et desinficit tractum gastro-intestinalem, sine ullo effectu venenoso.

(In tabulettis à 0·5 g. [lagen. orig.] mixtura gumosa, caps. amyl.)

233 a

Lepetit, Dollfus & Gausser, Milano — Wien IX/2.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Dr med. Alfred Sokołowski

Wykłady kliniczne 191

chorób dróg oddechowych.

Dzieło nagrodzone przez Akad. Umiejętn. w Krakowie, w 3 tomach

Tom I. **Choroby tchawicy i oskrzeli.**
Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40,

Tom II. **Choroby płuc.** Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.

Tom III. Część I. **Choroby opłucnej i śródpiersia.**

Część II. **Suchoty płucne.** Cena rb. 5, w oprawie rb. 5 kop. 60, przesyłka kop. 60.

Skład główny w Księgarni E. WENDE i Ska w Warszawie.

MORSZYN OBOK STRYJA.

własność funduszu wdów i sierót Tow. lek. galicyjskich.

Zakład kąpielowo-zdrojowy, wodoleczniczy i borowinowy.

Najsilniejsza solanka w kraju. 192

Wskazania lecznicze: choroby układu nerwowego, zboczenia w wymianie materyi, choroby serca, wątroby, przewodu pokarmowego i otrzewnej, choroby kobiece, zołzy, kiła, choroby kości, wysięki pozapalne. — Środki lecznicze: kąpiele solankowe, borowinowe, gazowe, igliwiowe, hydropatya, elektryzowanie, masaż, dyeta, gimnastyka lecznicza i leczenie gorącem powietrzem według Dra Polano.

Lekarz zakładowy: Dr Roman Hinze ze Lwowa.

Sezon od 1-go czerwca do końca września.

Kolej, poczta i telegraf w miejscu. — Prospekta na żądanie.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 12:

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

9 a

Acidol-Pepsin

Stałe, zupełnie trwałe, doskonale działające przetwory kwasu solnego i pepsyny.

Kartony po 50 pastylek à 0,5 gr.

Stopień I: silnie kwaśny. — Stopień II: słabo kwaśny.

Szczegółowe piśmiennictwo przesyła na żądanie:

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmaceutische Abteilung, Berlin S. O. 36.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).



Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.**

Rok XLVIII. Kraków, dnia 4. września 1909. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Metoda genealogiczna w medycynie [1]).

Podał

Dr med. O. Hewelke.

(Ciąg dalszy).

Tablicę taką, łatwą do nakreślenia schematycznego do żądanej wysokości pokolenia, w rzeczywistości na podstawie autentycznych danych sporządzić jest bardzo trudno nawet w kilku generacyach. Aby zaś i wtedy mogła służyć za materyał biologiczny, powinnaby mieścić — oprócz nazwisk przodków jeszcze i pewne dane, zbierane według określonych i powszechnie przyjętych wzorów. Lorenz proponuje następujący schemat:

a) Warunki życiowe zewnętrzne (według Gatterera): pochodzenie, urodziny, stanowisko, ożenienie, dzieci i odpowiednie dane, warunki śmierci.

b) Własności cielesne: *α*) długość ciała, budowa kośćca, forma czaszki, twarzy, barwa włosów, tęczówki, budowa uszów, nosa. *β*) Własności szczególne — znamiona, braki. *γ*) Choroby, śmierć.

c) Własności duchowe i moralne: *α*) wrodzone: temperament, cnoty, występki, talenty; *β*) nabyte przez kształcenie, wychowanie, działalność zawodowa, czyny wybitne.

Chociaż, oczywiście, na owoce z tak prowadzonych drzew genealogicznych długo trzeba będzie czekać i zbierać je będą praprawnuki, jeżeli je zasadzą dziś żyjące pokolenia, to jednak rozpatrzenie się w tym schemacie fikcyjnej tablicy przodków doprowadza do pewnych wniosków, rzucających nowe światło na niektóre panujące dziś poglądy i przekonania.

Przedewszystkiem widzimy z niej, że nad każdym z nas stoją szeregi pokoleń, wielka liczba przodków, w połowie mężczyzn, w połowie kobiet, zwiększająca się — im dalej sięgniemy w przeszłość — gubiąca się w mrokach wieków i rozpływająca się w morzu ludzkiem; a wszyscy oni mogą mieć wpływ na to, że jesteśmy tem, czem jesteśmy.

Następnie widzimy, że ta masa przodków rozkłada się na liczne rodziny i rody. W potocznem użyciu określenie rodziny nie jest ustalone. Jedni nazywają rodziną — rodziców i dzieci, inni wciągają do niej i dziadków, trzeci wreszcie jeszcze ciotki, stryjów, wujów i t. d. Martius proponuje, aby trzymać się tu ściśle — tylko grupy pary rodzicielskiej i ich dzieci; takich rodzin w naszej tablicy jest 126. Jak widać jednak z tablicy i tak pojęta rodzina nie będzie jakąś określoną i ograniczoną całością, gdyż jedna rodzina wiąże się bezpośrednio z innemi; tak, że zatrzymywać się na jednej rodzinie przy badaniu biologicznem byłoby to samo, co chcieć zakarbować znak na płynącej fali. Biologia nie uznaje rodziny i pochodzenia z pewnej rodziny. To samo dotyczy t. zw. rodu, czyli szeregu następujących po sobie pokoleń, związanych z ojca na syna tem samem nazwiskiem. Rodowód naszego »Kowalskiego« otrzymamy, jeżeli w tablicy naszej oddzielimy w każdym szeregu pokoleń jedną parę na lewym jej brzegu. W zwykłej mowie nasz K. uważa się za czystej krwi potomka K. z VII generacyi. Według tablicy przodków taki rodowód obejmuje tylko cząstkę całej masy jego przodków. Od owego protoplasty ma on (biorąc schematycznie) tylko $^1/_{64}$ swej »czystej« krwi, reszta jej pochodzi od osób pozostałych na tablicy, z których każda ma pewne prawo do uważania go za swego krewnego. A mianowicie po stronie ojczystej znajdujemy 1 ród, ciągnący się przez 5 pokoleń, 2 rody przez 4, 4 rody przez 3, 8 przez 2; po stronie macierzystej — 1 ród przez 6 pokoleń, 2 przez 5, 2 przez 4, 4 przez 3 i 8 przez 2.

Co ciekawsze jeszcze, to to, że gdyby istniał układ matryarchalny, gdyby oczywistość ciągłości krwi macierzyńskiej nie była zatracana na zewnątrz przez zmiany nazwisk z pokolenia na pokolenie — wskutek związków małżeńskich, to nasz K., jak to wykazuje prawy brzeg tablicy, mógłby się również dobrze nazywać — bo jest nim w takim samym stopniu — »czystej krwi« potomkiem Z. Wiśniewskiej, o której się zwykle nie wie, że dała mu taką samą $^1/_{64}$ jego krwi, jak ów pożądany protoplasta K. VII.

Pomimo, że na każdego osobnika składa się tyle różnych »rodów«; panuje powszechne przekonanie o istnieniu tak zw. cech rodowych, oznak krwi, znamionujących jakoby członków danego rodu. Pogląd ten, będący, mojem zdaniem, jedynie wynikiem układu patryarchalnego społeczeństw współczesnych opiera się na przypuszczeniu przewagi, istniejącej jakoby w stosunkach przekazywania dziedzicznego w linii ojczystej w porównaniu z macierzystą.

Poglądowi temu ulega i Lorenz i przyjmuje go, chociażby z niektórych punktów jego dowodzenia można się było spodziewać wniosku wręcz przeciwnego. Idzie on

[1]) Odczyt w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem na posiedzeniu d. 18. maja 1909.

tu za autorytetem Darwina, który przyjmuje istnienie pewnej siły impregnacyjnej nasienia męzkiego. Aczkolwiek w coraz słabnącej ilości siła ta, wobec nieprzerywanej ciągłości z pokolenia w pokolenie staje się jakoby dyrektywą dla układania się rysów, cech i t. d. według pewnego wzoru, pomimo dolewania się wpływów obcych. Następnie Lorenz opiera się tu jeszcze na faktycznych, jakoby, dowodach, dostarczonych przez Devrienta, który ze studyów w tym kierunku nad galeryami portretów rozmaitych dynastyi doszedł do przekonania o istnieniu typów rodowych.

Można tu zauważyć, że i genialny Darwin mógł podlegać panującym zapatrywaniom, co się zaś tyczy dowodów, zbieranych z portretów przodków, to zapewne badacz wspomniany mógł ulegać w mniejszym lub większym stopniu autosugestyi, myśli apriorystycznej, z jaką przystępował do takiej pracy. Wreszcie portrety nie są materyałem przedmiotowym, jakiegoby mogła dostarczyć fotografia. Gdyby nawet nitka protoplasty, coraz cieniejąca z każdem pokoleniem, dawała się rozeznać przez swą jednolitość czy nieco większą długość w kanwie zmieszanych nitek innych protoplastów, to obok niej powinnyby się dać wyśledzić i inne, prawie tej samej wielkości, od przedstawicieli innych rodów, których wpływy ciągną się tylko o jedną lub dwie generacye krócej. Jak wykazuje bowiem nasza tablica, — obok głównego typu (Kowalski) ciągnącego się przez 7 pokoleń, mamy typ D. — przez 6 pokoleń, typy P. i B. przez 5 pokoleń. Chybaby należało przypuścić, że wskutek jednego przerwania się ciągłości przez przejście przez osobnik żeński — typ męzki zatraca się mniej lub więcej lub ginie zupełnie.

Nie świadczyłoby to zresztą jeszcze przekonywająco o takiej przewadze typu męzkiego. Dlatego należałoby wyłączyć, że typ żeński nie zdoła utrzymywać się podobnie w szeregu zstępujących po sobie pokoleń matek i córek, jaki widać na prawym brzegu tablicy. Tylko, że łańcuch ten zatraca się w pamięci ludzi (z powodu, że ogniwa jego noszą różne nazwiska), a i niema na świecie galeryi portretów, na którejby można przeprowadzić poszukiwania Devrienta w tym kierunku.

Uwzględnianie w dotychczasowych rozważaniach genealogicznych tylko mężczyzn z pomijaniem kobiet doprowadziło jeszcze do jednego panującego, a nieuzasadnionego biologicznie poglądu, a mianowicie o wymieraniu pokoleń i rodów. Pomijając już nawet sprawę potomstwa nieprawego, skrywającego się pod innemi nazwiskami, należy mieć na względzie, że niema żadnych na to dowodów, aby wyginęło i całe żeńskie potomstwo. W pojmowaniu biologicznem, nie uznającem ani rodów, ani nazwisk, oczywiście obojętnem jest to pytanie wogóle. Lorenz przypuszcza, że rody Karlowingów i Pipinidów ciągną dalej swe istnienie i że w najniższych warstwach różnych ludów żyją niewątpliwie pokolenia, mające w swych żyłach krew rodów królewskich, wprowadzoną tu przez potomstwo żeńskie.

Tablica przodków w danym zakresie, t. j. do tej generacyi, do której da się ją wyprowadzić na podstawie pewnych danych, przedstawia całość tych wpływów, jakie mogły oddziaływać drogą dziedziczności na ukształtowanie się stojącego u wierzchołka trójkątu osobnika. Obejmuje ona tak zwaną masę dziedziczności. Innych wpływów i dróg dziedziczenia być już nie może. Nie wszystkie jednak wpływy możebne muszą się koniecznie zaznaczać. Oto jak sprawę tę przedstawia w świetle biologii H. Ziegler[4]). Istota sprawy zapłodnienia polega na połączeniu jąder obu komórek rozrodczych, przyczem ma miejsce obustronne zmieszanie się skłonności dziedzicznych (Vererbungsanlagen); jest to t. zw. *amphimixis* Weissmana. Przy każdem dzieleniu się komórek (roślinnych czy zwierzęcych) istota barwna jądra wytwarza pewną ilość nitek, t. zw. chromosomów. Liczba ich jest stałą dla każdego gatunku rośliny, czy zwierzęcia. U człowieka ostatnie obliczenia ustalają liczbę tę na 24.

W czasie podziału jądra każda nitka przepoławia się wzdłuż i wskutek tego każda komórka nowa posiada tę samą liczbę chromosomów. Tak bywa przy zwykłem somatycznem dzieleniu się komórek. Przy dojrzewaniu komórek rozrodczych (Geschlechtzellen), a więc przy akcie, poprzedzającym zapłodnienie, połowa chromosomów zarówno jajka, jak i plemnika, zostaje wydalona na zewnątrz; jest to t. zw. redukcya chromosomów. Jeżeli teraz nastąpi *amphimixis*, to nowopowstające jądro, z którego ma powstać przyszły nowy osobnik, otrzymuje połowę chromosomów od ojca i połowę od matki, a w nich — materyalną podstawę wpływów dziedzicznych jednej i drugiej strony. Równy podział chromosomów jest jednak tylko jedną, chociaż i najczęstszą, możliwością zmieszania się ich przy amfimixis. Według teoryi prawdopodobieństwa kombinacyi może być dwanaście. Oto tablica wyliczona przez A. Ammona[5]) wykazująca ich prawdopodobną częstość w odsetkach:

Chromosomy ojcowskie	Chromosomy macierzyste	Częstość w odsetkach
0	12	0,02
1	11	0,29
2	10	1,61
3	9	5,35
4	8	12,08
5	7	19,33
6	6	22,55
7	5	19,33
8	4	12,08
9	3	5,35
10	2	1,61
11	1	0,29
12	0	0,02

Widzimy z tego obliczenia, że największe prawdopobieństwo ma zmieszanie równe; przy wzrastaniu przewagi jednostronnej częstość możliwości zmniejsza się szybko i przy zerze z jednej strony możliwość, w obliczeniu teoretycznem, spada do (2 na 10,000) 1 na 5000.

(Dok. nast.).

[4]) Cyt. u Martiusa.

[5]) cyt. u Martiusa.

Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie.
(Kierownik Prof. O. Bujwid).

O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy.

Sprawozdanie poglądowe [1]).

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent zakładu.

(Dokończenie).

Podobne co do swoistości wyniki daje próba Pirqueta. I tutaj podobnie, jak w przytaczanych już statystykach, częstość odczynu dodatniego wzrasta z wiekiem, dochodząc 80—90% u dorosłych; za przykład niech posłuży statystyka Petruschkyego: u osesków 0% wyników dodatnich, między 1—6 l. 50%, między 7—14 l. 75%, między 15—20 l. 86%, między 31—40 l. 87%, między 41—76 l. 81%. Szczególna zgodność okazuje się w wieku dziecięcym. Dane sekcyjne, zebrane przez Hamburgera, a wyżej omówione, zgadzają się zupełnie ze statystyką Pirqueta, opartą na 988 próbach: w wieku od urodzenia do 3 mies. 0%, od 3—6 mies. 5%, od 6—12 mies. 16%, od 1—2 l. 24%, od 2 do 4 l. 37%, od 4—6 l. 53%, od 6—10 l. 57%, od 10—14 l. 68% ponad 14 lat. 90% wyników dodatnich. Podobnie częstość gruźlicy utajonej — do 6 mies. 0%, od 6—12 mies. 3%, od 1 do 2 l. 2%, od 2—4 l. 13%, od 4—6 lat 17%, od 6—10 l. 35%, od 10—14 l. 55%, ponad 14 l. 70%. Na podstawie tych danych jest rzeczą oczywistą, że jak to zresztą od samego początku podkreślał sam Pirquet, odczyn skórny, wykazujący wszystkie gruźlice utajone, a nadto pewną, dość znaczną część nieczynnych, nadaje się do celów rozpoznawczych tylko w pierwszych latach życia, w których niema gruźlicy nieczynnej. Rzeczywiście statystyka gruźlicza, oparta na 400 próbach u dzieci, przedstawia wyniki bardzo zachęcające: na 86 przypadków stwierdzonych sekcyą z 48 gruźliczych 94% dało odczyn dodatni, z 38 wolnych od gruźlicy — żadna. Podobnie korzystnie przedstawia się statystyka Pirqueta, oparta na 100 sekcyach. O ile natomiast chodzi o dorosłych, przez używanie słabszych odczynów tuberkuliny udaje się wprawdzie zmniejszyć ilość oddziaływających przypadków, ale obok gruźlic nieczynnych przestaje wtedy oddziaływać i pewna część gruźlic czynnych, tak, że i tą drogą do metody klinicznie doskonałej, dość czułej, a nie zbytnio czułej, dojść niepodobna. Ponadto trzeba pamiętać o tem, że ujemny odczyn nie wyłącza bezwzględnie gruźlicy — braknuje go często w okresie przedzgonnym ciężkich przypadków, a nadto znika on w początkowym okresie odry, aby potem zwolna wrócić.

Nieco lepsze wyniki daje próba oczna, jak się zdaje mniej trochę czuła od skórnej, a jeden z jej odkrywców, Wolff-Eisner, twierdzi, że wykonana *lege artis* ma tę wyższość nad skórną, że wykazuje tylko gruźlice czynne, dając wynik ujemny lub tak zwany odczyn spóźniony w przypadkach gruźlicy nieczynnej. Na 2974 przypadków, zebranych przez Petita, 33% dało wynik dodatni, i to wśród klinicznie gruźliczych 94·3%, wśród podejrzanych 62%, wśród klinicznie niegruźliczych 18·4%. Czy optymistyczne twierdzenia Wolff-Eisnera są uzasadnione, muszą okazać dalsze badania, oparte na rozległym materyale sekcyjnym; mnie się zdaje, że i ta próba, podobnie, jak skórna, okaże się stosowalną w pierwszych tylko latach życia, poza tym okresem okaże się podobnie zanadto czułą, jak i wszystkie inne próby tuberkulinowe. W każdym razie zdaje się, że wnioski prognostyczne, które Wolff-Eisner chce wysnuwać z jej występowania i rodzaju przebiegu, nie mają na razie dostatecznego uzasadnienia i wobec szczupłych naszych wiadomości o istocie odczynu są co najmniej przedwczesne.

Szczególną łatwością w zastosowaniu i zupełną nieszkodliwością zdaje się natomiast zalecać próba Mora, wywołująca odczyn przez wcieranie maści tuberkulinowej. Ma ona nadto i tę zaletę, że jest mniej nieco czułą od skórnej i ocznej — (u zdrowych próba Pirqueta daje według Emmericha 75% wyników dodatnich, próba Mora tylko 32%. Szkoda tylko, że jak się zdaje, ta mniejsza jej czułość sprawia, że i pewna część gruźlic czynnych odczynu nie daje, że zatem jej wynik dodatni jest pewniejszy, niż u tamtych, wynik natomiast ujemny mniej jeszcze wyklucza obecność gruźlicy, niż wynik ujemny próby ocznej lub skórnej.

Wreszcie chciałbym zwrócić uwagę na dwie metody tuberkulinowe, które posługują się nie uczuleniem ogólnem całego ustroju zakażonego, ale uczuleniem swoistem ognisk chorobowych, które występuje jako objaw uboczny przy próbie podskórnej, a które jest oczywiście wybitniejsze, niż w tkankach bezpośrednio zakażeniem niedotkniętych. I tak Nagelschmidt stosuje sposobem Pirquetowskim na podejrzane zmiany skórne tuberkulinę w rozcieńczeniu $^1/_{1000}$, a dla kontroli obok na skórę zdrową; tkanka gruźlicza i tylko gruźlicza oddziaływa przez silne objawy zapalno-martwicze, wiodące do owrzodzenia, zdrowa daje conajwyżej maleńki guzek, jak przy próbie Pirquetowskiej. Podobnie Micheli i Quarelli przy podejrzanych wysiękach opłucnych wstrzykują tuberkulinę do opłucnej i uzyskują w przypadkach gruźliczych silny odczyn miejscowy i ogólny; twierdzą nadto, że takie stosowanie tuberkuliny może czasem działać leczniczo, powodując szybsze wessanie wysięku.

Ale jakkolwiek w myśl powyższych wywodów znaczenie rozpoznawcze prób tuberkulinowych jest ograniczone, jakkolwiek nie rozwiązują one ostatecznie postawionego na wstępie zagadnienia metody pewnej, czułej, a nie nazbyt czułej, ponieważ nie pozwalają rozróżniać gruźlicy czynnej od nieczynnej, a nadto nie dają rozpoznania miejscowego, to znaczy świadczą tylko o tem, że istnieje w ustroju ognisko gruźlicze, nie wskazując, gdzie ono się znajduje, to jednak teoretyczne znaczenie wszystkich tych doświadczeń jest w różnych kierunkach bardzo doniosłe. Przedewszystkiem potwierdzają one na drodze biologicznej dane, uzyskane przez anatomię patologiczną co do częstości gruźlicy wogóle i w poszczególnych okresach życia. Nadto dają one wyobrażenie o niesłychanem wprost uczuleniu ustroju zakażonego na jady gruźlicze; udaje się uzyskać odczyn oczny przez wkroplenie $^1/_{200\cdot000}$ cm³ tuberkuliny, w której pierwiastek czynny stanowi zapewne drobny bardzo ułamek. Pokazują w dalszym ciągu fakt doniosły, że nietylko ognisko gruźlicze jest uczulone na jad gruźliczy, ale cała powierzchnia skórna i wszystkie prawie dostępne błony śluzowe. Pokazują nawet nowsze doświadczenia, że obecność ogniska gruźliczego nie jest konieczną dla powstania odczynu: jeżeli śwince zakażonej miejscowo po pewnym czasie wyciąć ognisko gruźlicze skórne, to przez jakiś czas w dalszym ciągu będzie oddziaływać na gruźlicę — chociaż zwolna odczyn będzie coraz słabszy. To nam tłomaczy, dlaczego mogą oddziaływać także ludzkie gruźlice uleczone mimo braku czynnego ogniska. Wszystkie te fakta wiodą do przypuszczenia, wypowiedzianego przez Pirqueta, że podstawą odczynów tuberkulinowych są pewne ciała, krążące w sokach ustroju zakażonego i że te ciała, które najlepiej będzie nazwać nieprzesądzającem niczego mianem »odczynników« (Antikörper, Reagine), spotykając się z jadem gruźliczym, wywołują odczyn zapalny. Z tym poglądem zgadza się fakt, stwierdzony przez Yamanouchiego, że uczulenie gruźlicze można z krwią osobników uczulonych przenieść na zwierzęta prawidłowe (takie uczulenie bierne znane jest także w przypadku uczulenia białkowego). Yamanouchi wykazał, że jeśli pewną ilość krwi osobnika gruźliczego wstrzykniemy młodym królikom, a nazajutrz wprowadzimy im do żyły tuberkulinę lub wyciąg z bakteryi gruźliczych, to króliki takie padają w krótkim czasie wśród gwałtownych objawów nerwowych i ten sposób poleca Yamanouchi jako nową metodę rozpoznawania surowiczego, bezwzględnie pewną.

Ciekawe zastosowanie próby tuberkulinowej skórnej podał przed rokiem Detre; wychodząc z założeń szkoły dualistów chce on przy pomocy swoistego odczynu rozróżniać u człowieka zakażenia wywołane przez typ ludzki od zakażeń typu bydlęcego. W tym celu szczepi on chorym w zadraśniętą skórę oprócz starej kochowskiej tuberkuliny także przesącze hodowli bulionowych typu ludzkiego i bydlęcego (t. zw. »bouillon filtré« Denysa). Otóż w razie, jeżeli odczyn tuberkuliny bydlęcej daje odczyn silniejszy, objawiający się większą rozległością przekrwienia i nacieku (t. zw. dominante Papel) przypuszcza on, że w danym przypadku istnieje zakażenie typem bydlęcym, naodwrót ludzkim, jeżeli tuberkulina ludzka dała większy guzek; w przypadkach zaś, gdzie oba odczyny są równe, przypuszcza zakażenie zmieszane oboma typami. Na 101 przypadków oddziałujących na tuberkulinę, stwierdził on 69% zakażeń ludzkich, 9% bydlęcych, 22% mieszanych. Heim i John, kontrolując tę metodę różniczkową, na 91 przypadków oddziałujących, znaleźli w 22% tylko odczyn Pirqueta, brak odczynu z przesączami, w 24% typ ludzki, w 38·5% — bydlęcy, w 15·5% zakażenie mieszane. Szczególnie uderzające jest u Detrego i u Heima i Johna częstość gruźlicy bydlęcej w przypadkach chirurgicznych

[1]) Wykład wygłoszony w Tow. lek. krak. dn. 12 maja 1909 jako pierwszy z cyklu wykładów o gruźlicy.

(72%). Wyniki te, co prawda, nie potwierdzone przez Kentzlera i przez Schroedera, pozostają w pewnej sprzeczności z przytoczonemi wyżej ścisłemi doświadczeniami szkoły berlińskiej, wykazując ogromną częstość gruźlicy bydlęcej (u dorosłych), to też trzeba będzie wyczekiwać wyników dalszych badań, które pozwolą ustalić sąd o tej ciekawej bądź co bądź metodzie.

Wreszcie wypada mi pokrótce omówić stosunek prób tuberkulinowych do sprawy zołzów. Uważane dawniej za chorobę *sui generis* na podstawie odrębnego swego obrazu klinicznego, w nowszych czasach coraz bardziej zaczęły wchodzić w zakres chorób gruźliczych. Przekonano się niewątpliwie, że w pewnej części przypadków poza zołzowymi obrzękami gruczołów kryją się sprawy gruźlicze — i na tej podstawie przyjęto pewien dualizm o etyologii zołzów, które raz miały powstawać przez zakażenia gruźlicze, w innych zaś razach przez zakażenia ropne, a których wspólną podstawą miała być wrodzona nadmierna przepuszczalność skóry i błon śluzowych dla zarazków. Nowsze doświadczenia kliniczne i anatomo-patologiczne, wykazujące dość znaczną częstość gruźlicy już w wieku dziecięcym, każą oczywiście coraz większy udział przyznawać zakażeniu gruźliczemu w etyologii zołzów; bądź co bądź jednak doświadczenia Mora, ogłoszone w ostatnim czasie pokazują, że wprawdzie przeważna część dzieci o t. zw. typie zołzowym oddziaływa dodatnio przy próbie Pirqueta, że jednak pewien, choć mały odsetek zachowuje się ujemnie; nadto mógł Moro w pewnych przypadkach wprost stwierdzić, że u dzieci z typem zołzowym odczyn ujemny po pewnym czasie zmienił się w dodatni. Na tej podstawie przypuszcza on, że istotną podstawę zołzów stanowi pewne upośledzenie wrodzone, które można nazwać z Czernym »skazą wysiękową« (exsudative Diathese), albo z Escherichem »limfatyzmem«, upośledzenie, objawiające się znanym typem dziecka zołzowego. Upośledzenie to usposabia w wysokim stopniu do zakażenia gruźliczego i dlatego tak często z niem idzie w parze, można jednak spotkać przypadki bez zakażenia gruźliczego albo przed zakażeniem gruźliczem jeszcze się znajdujące. Próby tuberkulinowe rzuciły także ciekawe światło na powstanie pewnych zmian zołzowych, w których dotąd nie udało się nigdy stwierdzić obecności bakteryi gruźliczych mimo klinicznie niewątpliwego blizkiego ich związku z zołzami. Mówię tu o t. zw. wyprysku zołzowym (*Eczema i Lichen scrophulosorum*) i o nieżycie spojówkowym zołzowym (*conjuctivitis phlyctaenulosa*). To też Moro i Doganow stwierdzili, że u osobników zołzowych po skórnem zastosowaniu tuberkuliny mogą wystąpić wypryski charakteru zołzowego, a inni autorowie stwierdzili występowanie zmian zołzowych na spojówce pod wpływem wkraplania tuberkuliny. Otóż Moro i Doganow przypuszczają, że i w warunkach naturalnych wspomniane objawy zołzowe powstają jako odczyn nadwrażliwości u osobników zakażonych gruźlicą pod wpływem jadu gruźliczego. Jad ten według nich zawarty jest, być może, w ropnej wydzielinie nieżytu nosa tak częstego u zołzowych dzieci i z tą wydzieliną łatwo dostaje się na skórę lub na spojówkę. Mojem zdaniem możnaby też pomyśleć o tem, że dane odczyny czasem powstają jako wyraz odczynu na ponowne zakażenia gruźlicze drogą skóry lub spojówki, zakażenia, o które u dzieci chyba nietrudno (zakażenia brudem i pyłem — »Schmutzinfection«). Jesliby się te poglądy stwierdziły, to może mogłyby też w dalszym ciągu posłużyć do wyjaśnienia powstawania całej wielokształtnej grupy t. zw. toksytuberkulidów skórnych, w których rola przyczynowa jadu gruźliczego jest wysoce prawdopodobną (Klingmüller). Dalej zaś doświadczenia te każą pomyśleć o tem, że objawy uczulenia swoistego odgrywają może poważną rolę w mechanizmie innych zakażeń, że mogłyby wytłomaczyć pewne ich nasilenia i pewne objawy. Tak np. być może, że różyczka durowa i kiłowa okażą się takimi objawami uczulenia, wywołanymi przez skórne przerzuty odpowiednich zarazków w ustroju już zakażonym i uczulonym; są to naturalnie chwilowe tylko przypuszczenia, których słuszność ocenić będzie zadaniem przyszłych doświadczeń. —

Zapiski lecznicze, nowe leki i przetwory.

Orudon-Essenz (środek przeciw cierpieniom gośćcowym), zawiera amonowe połączenia salicylu i jod.

Tabletki Irrigal (ocet drzewny w stałej formie) zawierają perfumowaną mieszaninę dziegciu, kreozotu, octanu sodowego i magnezyi.

Tabletki Alikolin, wyciąg kola, koka i glicerofosforany.

Cariesan (środek przeciw próchnieniu zębów przy użyciu wewnętrznem) zawiera rodanek potasu i diastazę.

Coc, środek odżywczy, uzyskany z mleka przy dodaniu soli gliceryno-fosforowych.

Damianiten (pigułki przeciw neurastenii) zawierają wyciąg damiana, muira-pnama lecytynę, yohimbinę, rzewień i lukrecyę.

Laktoform, przetwór uzyskany ze soczewek zwierzęcych (środek zalecany przeciwko zaćmie).

Makrobioso, przetwór odżywczy, zawierający 43·3% białka.

Nesain, przetwór arsenu do wstrzykiwań podskórnych.

Rectosanol, czopki przeciw krwawnicom, składają się z eukainy, stowainy i adrenaliny.

Tabletki przeciwdnawe Simona zawierają po 0,001 kolchicyny.

Neuroton, połączenie spermo-nukleiny z salicylem.

Pantopon, przetwór makowca (1 grm odpowiadać ma 5 grm makowca).

Phenostal, tabletki karbolowe. *A.*

Proponal, jako dobry środek nasenny w dawce 0,1—0,8 poleca Stiefler. (*W. kl. th. Wochs.*, Nr 3). *A.*

Podskórne stosowanie środków przeczyszczających jest podług Nicoliniego bardzo wygodne, i pewnie wejdzie w szersze użycie. N. próbował stosować różne przetwory (aloinę, kwas katartynowy, konwolwulinę, podofilatoksynę i t. p.) i zwłaszcza dobre wyniki otrzymał przy stosowaniu 0,02—0,04 apokodeiny 2%. (*Gaz. cl. osp.*, Nr 4). *A*

Zawiesiną prątków Kocha (Phthisoremid) drogą przez usta leczył Köhler 42 chorych gruźliczych. Wyniki lecznicze były bardzo różne. W 14 przypadkach wynik był pomyślny, w 27 ujemny, a w kilku zjawiło się nawet szybkie pogorszanie się stanu. (*Zeitschr. f. Tub.*, T. 14. II). *A.*

Przy rozszerzeniach oskrzeli, zwłaszcza w płatach dolnych, poleca Schäfer układanie chorych rano i wieczorem na 2 godziny w łóżku stojącem skośnie, przez podniesienie części nożnej na 20—30 cm. Ustaje przez to kaszel, plwocina się zmniejsza, a nieraz opada ciepłota i poprawia się stan ogólny. (*D. Arch. f. kl. Med.* 95. III—IV). *A.*

Przy płonicy poleca Zangger ciągłe odkażanie gardła roztworem wody utlenionej, stosowane po 2 razy dziennie; zapobiegać to ma skutecznie powikłaniom. (*Korresp. f. schw. Ärzte.* Nr 5). *A.*

Wstrzyknięcie soli wapiennych do krwi zwierzęcia cierpiącego na **tężyczkę** leczy nieraz objawy tej choroby szybko, jak o tem przekonali się Callum i Voegtlin (*Journ. Exp. Med. Lancaster*, Nr 1). *A.*

Odkażanie rąk dawnymi sposobami znajduje coraz więcej przeciwników. Obecnie Herff twierdzi, że przez mycie wodą, mydłem i szczotką tylko rozmiękcza się niepotrzebnie skórę i wydobywa z niej drobnoustroje na powierzchnię. Herff poleca natomiast sposoby garbujące skórę, a zwłaszcza aceton (1) z alkoholem (2), stosowany przez 5 minut. Następnie skórę chorego smaruje H. nalewką będźwinową; podobnie i po operacyi. (*Deutsche med. Wochschr.*, Nr 10). *K.*

Momentowe zdjęcia rentgenowskie (w $^{1}/_{100}$ sekundy i krócej) udało się otrzymywać z powodzeniem Dessauerowi. (*Münch. med. Woch.*, Nr 21). *A.*

Praktyczne szczypczyki do tamowania krwotoku z naczyń przy operacyi podał Blunk. Szczypczyki te mają tę zaletę, że końce ich przez odpowiednie zakrzywienie wchodzą tak w siebie, iż zgniatają uchwycone naczyńko, zwijając błonę wewnętrzną w rulon. Odpada przez to potrzeba następowego podwiązywania naczyń, a przy wprawie można operować cały czas przy pomocy jednych szczypczyków. Szczypczyki wyrabiane są w 4 wielkościach: Nr 1 i 2 dla naczyń małych, Nr 3 i 4 dla naczyń większych i leżących bardzo głęboko. (*Med. Kl.* Nr 21). *K.*

Wygodną modyfikacyę igły Deschampa podał Małaniuk ze Lwowa. Igła składa się z 2 przesuwalnych ramion, co ułatwia chwytanie nici w głębi i wyciąganie. *K.*

Obłuszczenie nerek wykonał twórca tej operacyi Edebohls przy przewlekłem zapaleniu nerek dotąd 102 razy. 10 chorych zmarło wkrótce po operacyi, 39 w pewien dłuższy czas

potem. Natomiast u reszty wynik był wcale dobry, a u 33 chorych nastąpiło nawet zupełne wyleczenie. (*Journ. Am. Ass.* Nr 3). *A.*

Wpływ elektryczności na język spostrzegać można, podług Philipa u robotników przy telefonach, którzy próbują nieraz bateryi telefonowych na języku. Cierpienie objawia się białymi, gładkimi zanikowymi pasami po obu bokach języka, na których brakuje zupełnie brodawek i czucie jest zniesione, a od czasu do czasu występują kłujące bole. (*Ann. d'mal. de l'or.*, Nr 1). *A.*

Uporczywe krwotoki z nosa wyleczył Schiffer przez wstrzykiwania surowicy króliczej (4 wstrzyknięcia w przeciągu 2 miesięcy po 20 cm^3) w 2 przypadkach. (*La Pres. otol. Belg.*, Nr 2). *A.*

Przy trudności w łykaniu przy zapaleniu gardła, gruźlicy krtani i t. p., poleca Handek »Dysphagie-Tabletten«, składające się z kokainy, mentolu i anesthezyny. (*W. kl. th. A.*, Nr 4). *A.*

Nowy metreurynter podał Macry z Berlina. Ma on kształt lejka, obejmującego główkę płodu. (*Med. klin.*, Nr 22). *A.*

Przy oparzelinach nie gojących się poleca Hanschmidt protargol w postaci 10% maści lub co lepiej zasypywań proszkiem i pokrywania potem tych miejsc płatkami gazy, nasmarowanymi waseliną. (*Ther. Berich.*, Nr 4, 1909). *A.*

Łysina plackowata występuje bardzo często, według Rousseau-Decellea w związku z chorobami zębów (?). Leczenie dentystyczne ma wpływać też wtedy bardzo korzystnie na porost włosów. (*Soc. med. d. hop.*, 22/I 1909). *A.*

Przy ostrym wiewiórze znakomite usługi oddawać ma, podług Kollbrunnera, **syrgol.** Syrgol jest to połączenie *argentum colloidale oxydatum* z białkiem. Stosuje się go do wstrzykiwań w rozczynie 2—4‰. (*Münch. med. Woch.*, Nr 20). *A.*

Rad działa korzystnie, podług Trevesa, na znamiona barwikowe, niektóre naczyniaki, wrzód drążący i keloidy. Także osiągnąć można wyleczenie radem w początkach raka wargi, języka i policzka. Celem wstrzymania szkodliwych promieni »alpha« należy między naświetlane miejsce a źródło radu, wsunąć cienką płytkę aluminiową. (*Brit. med. I.*, 6/II 09). *A.*

Do usuwania brodawek polecają Sicard i Larne wstrzykiwania nalewki tui (*tinct. thujae*). Po kąpieli, ewentualnie obmyciu danego miejsca, wstrzykuje się pod brodawkę kilka kropli nalewki, po kilku dniach brodawka przybiera ciemne zabarwienie i odpada. W ten sposób leczyć można i większe brodawczaki, tylko tutaj należy zwykle kilka razy w odstępach 5—6-dniowych powtórzyć wstrzykiwania. (*Presse med.*, 2 1 09). *A.*

Przy oparzelinach, w celu przyspieszenia pokrywania się skóry naskórkiem, polecają następującą maść: Rp. *Protargol 1·5—3·0 solve in Aq. frigid. 5·0 fere cum Lanolin anhydr. 12·0 adde Vasel. flav. amer. ad 30·0. M. f. ung.* *A.*

Do pobudzenia ziarniny na oparzelinach i odleżynach polcca Gebele następującą maść: Rp. *Argent. nitr. 1·0, Acid. bor. 10·0, Cer. flav. 30·0, Ol. olivar. 60·0.* (*Münch. med. Woch.*, Nr 25). *K.*

Przy oparzeniach poleca Bero z Nowego Yorku cynk perhydrol (ZnO_2) w postaci 25% maści. Środek ten działa kojąco na ból i odkażająco. (*Aerztl. Viertl. Runds.* Nr 3). *A.*

Leczenie róży surowicą przeciwbłoniczą poleca na mocy swego doświadczenia Apistoleanu. (*Spitalul*, Nr 3). *A.*

Do barwienia plemników w plamach nasiennych poleca Baechi następujący sposób: odmoczenie tkaniny w wodzie przekroplonej, zabarwienie w zgęszczonym wodnym rozczynie kwaśnej fuksyny, odbarwienie w alkoholu z kwasem solnym, alkohol absolutny. (*Deuts. med. Woch.* Nr 25). *A.*

Aby umożliwić dzieciom zakażonym kiłą dziedziczną odżywianie się mlekiem mamki, poleca Weiss flaszeczkę, zbudowaną na zasadzie suchej bańki. Flaszeczka ta ma kształt gruszki; ogrzewa się ją w gorącej wodzie i przystawia do piersi mamki. Przez oziębianie wyciąga się do flaszki pokarm z piersi, potem odejmuje się flaszkę i zakłada smoczek dla dziecka. Naraz wydobyć można w ten sposób do 70 cm^3 mleka. (*Tow. lek. intern.*, Wiedeń 24 VI 09). *A.*

Przy kile stosuje od 12 lat z dobrym skutkiem Schulte następujące pigułki: Rp. *Hydrarg. oxycyanat. 0·5, Pulv. et suc. liquirit. q. s. u. f. pil. Nr 100.* S. 3 razy dnia po 2 pigułki po jedzeniu). (*Deutsche med. Woch.*, Nr 18, 1909). *A.*

Przy wrzodzie miękkim, podług Pollaka, najlepsze wyniki dają następujące środki: 1) zgęszczony kwas karbolowy (zwłaszcza w początkach), 2) zamrażanie chlorkiem etylu (przez 3—5 minut, zwykle dwa posiedzenia wystarczają), 3) sproszkowany kwas salicylowy, 4) natrium sozojodolicum. (*Prag. med. Woch.*, Nr 13). *A.*

Miesienie wibracyjne poleca Scheuer przy przewlekłym wiewiórze. (*Wiener klin. Rundschau*, Nr 12). *A.*

Uporczywe zapalenia dziąseł i ropienie zębodołów polecają Rosenthal i Berthelot leczyć wodą do ust i proszkiem sporządzonym z hodowli prątka, uzyskanego z bułgarskiego mleka Yoghurt. (*Bull. gén. d. ther.*, T. 155. Z. 18). *A.*

Wziernik oczny swego pomysłu pokazywał Lauber na posiedzeniu Tow. lek. w Wiedniu 21 maja 1909. Wziernikiem tym badać można oko w każdem położeniu i w jasnym pokoju. *A.*

Przy uporczywych wymiotach ciężarnych podaje Silvestri nadnercze (po 2 kołaczyki dziennie). (*Rif. med.*, Nr 4). *A.*

Wiąd rdzenia nie jest według Penkerta wcale wskazaniem do przerwania ciąży, bo ciąża nie pogarsza wcale przebiegu wiądu, a dzieci rodzą się dobrze i zdrowo. (*Mon. f. Gb. u. Gyn.*, XXIX. 2). *A.*

Po rozległem oparzeniu klatki piersiowej, rąk i nóg u 25-letniej kobiety, która rodziła już 3 razy, spostrzegał Vogt obfity pokarm w piersi. Regularność wystąpiła jeszcze tylko raz, poczem znikła zupełnie. (*Ztbl. f. Gyn.*, Nr 23). *A.*

Przypadek zatrucia weronalem podaje Prof. Jacobi z Tübingen. Pewien lekarz celem spędzenia tasiemca zapisał choremu 5 grm wyciągu paprotki samczej w kapsułkach po 0·5 (co 10 minut 2 kapsułki), a potem 10 grm kamalu. Zamiast kamala aptekarz przez pomyłkę wydał 10 grm weronalu, które chory, »podług przepisu«, zażył na raz. W krótkim czasie stracił chory przytomność; tętno znacznie przyspieszone, źrenice wązkie, kończyny zimne. Na drugi dzień znikły odruchy, wieczorem obrzęk prawego płuca, trzeciego dnia rano podniesienie ciepłoty, wieczorem śmierć. Sekcya wyłączyła otrucie paprotką, bo brakło zmian w przewodzie pokarmowym; jedynie weronal mógłby być przyczyną śmierci. J. zwraca uwagę, że już 3 grm weronalu mogą wywołać zatrucie. (*Viert. f. ger. Med.* XXXVII. 2). *A.*

Różnica kości ludzkich od zwierzęcych polega podług Toyotane-Wada przedewszystkiem na tem, że u człowieka przeciętna liczba kanałów Haversa jest znacznie mniejsza, niż u zwierząt, natomiast pojedyncze kanały są szersze. Kości nowonarodzonego dziecka przypominają kości małpie. (*Viert. f. ger. Med.* XXXVII 2). *A.*

Higieniczne znaczenie ubrania, ze względu na działanie promieni słonecznych badał Schmidt. Wielką rolę odgrywa grubość materyi. Materyały grube, mało powietrza przepuszczające, należy nosić w kolorach jasnych, naodwrót zaś cienkie w ciemnych. Wogóle ubranie nie powinno zanadto przylegać do ciała. Najlepiej przeciwdziałają promieniom słonecznym materyały jasne z ciężką ciemną podszewką. (*Archiv. f. Hyg.* 69). *A.*

Do czyszczenia spluwaczek nadaje się bardzo, podług Prof. Uhlenhutha, antiformina, a to z powodu swych własności rozpuszczających. (*Zjazd lek. gruźl.* Berlin 25—26/V). *A.*

Jak częstą u dzieci szkolnych jest gruźlica dowodzą doświadczenia szczepienia na 2500 dzieciach szkolnych, dokonane przez Herforda w Altonie. Prawie u połowy dzieci, około 6 lat, był odczyn Pirqueta dodatni. (*Tow. lek.* Altona 28/IV). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kielcach.

Posiedzenie z dnia 16 stycznia 1909 r.

Obecnych 8 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i podpisano.

2) Kol. Lewinson zakomunikował obecnym, że przedstawiony na przeszłem posiedzeniu chory z guzami w jamie brzusznej był w Warszawie na operacyi i tam wyjaśniono, że cała choroba pochodzi od zmian wyrostka robaczkowego.

3) Kol. Prezes zaproponował daty posiedzeń na rok 1909. Co do godzin posiedzeń, to postanowiono posiedzenia kliniczne odbywać o godz. 6 wieczorem. Na następne roczne posiedzenie podlegają wyborom: vice-prezes kol. Zawadzki i członek Zarządu kol. Danewski.

4) Postanowiono oprócz pism prenumerowanych w roku 1908 zaprenumerować: Nowiny Lekarskie, Przegląd pedyatry-

czny, Przegląd Lekarski połączony z Czasopismem Łódzkiem i Prakticzeskij Wracz.

4) Kol. Prezes proponuje wybór zastępcy sekretarza i bibliotekarza.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Lekarskiego kieleckiego za rok 1908.

W roku sprawozdawczym skład zarządu Towarzystwa, ukonstytuowany na ogólnem zebraniu 15. lutego, był następujący: Prezes: starszy lekarz szpitala św. Aleksandra w Kielcach — kol. A. Czaplicki; vice-prezes: kol. M. Zawadzki; sekretarz: ordynator szpitala św. Aleksandra kol. A. Ryttel; bibliotekarz: lekarz wolnopraktykujący — kol. K. Kosieradzki; skarbnik: lekarz powiatu kieleckiego kol. K. Jedlicki. Członkowie zarządu: lekarz miejski kol. B. Laskowski; lekarz kolejowy kol. J. Daszewski. Komisya rewizyjna: kol. P. Jankowski, kol. Stadnicki oraz prowizor farmacyi B. Saski. Na początku roku 1908 Towarzystwo liczyło 23 członków rzeczywistych; w ciągu roku wstąpiło 4 nowych członków rzeczywistych, ubyło zaś 2, zatem w dniu 18-go stycznia 1909 r. Towarzystwo miało 25 członków rzeczywistych. Z tych 17 mieszka stale w Kielcach, 8 — po za Kielcami. Co do frekwencyi posiedzeń, największa ilość zebranych wynosiła 13, najmniejsza 3 (posiedzenie nie odbyło się), poza tem najmniej 6 członków na ogólnem zebraniu, a 5 na posiedzeniu zarządu.

W ciągu ubiegłego roku odbyło się 9 posiedzeń zwyczajnych, oraz 1 nadzwyczajne w d. 15 lutego. Zebrania w lipcu, sierpniu i wrześniu nie odbywały się z powodu feryi letnich; zarząd w roku ubiegłym odbył 4 posiedzenia, na których rozstrzygano sprawy administracyjne, oraz wszystkie, wnoszone następnie pod obrady ogólnych zebrań członków. Na każdem posiedzeniu było obecnych średnio 9 członków. Na posiedzeniach powyższych wygłoszono: 3 odczyty z demonstracyą chorych i 11 pokazów (w roku 1907 było 3 odczyty i 4 pokazy). Odczyty w roku sprawozdawczym wypowiedzieli: Kol. A. Czaplicki, J. Daszewski i A. Ryttel. Oprócz tego na posiedzeniach następujący koledzy demonstrowali chorych z praktyki szpitalnej i prywatnej: Kol. A. Czaplicki (3 razy), A. Ryttel i J. Jankowski.

Posiedzenie z dnia 20 lutego 1909.

Obecnych 14 członków.

1) Kol. Prezes, przywitawszy obecnych, w kilku słowach skreślił działalność Towarzystwa za rok ubiegły, wyrażając żal z powodu chylenia się Towarzystwa do upadku, a jednocześnie zawiadomił zebranych, iż stosownie do ustawy w dniu dzisiejszym powinny się odbyć wybory wice-prezesa, członka zarządu i 3 członków komisyi rewizyjnej.

2) Kol. Prezes przed wyborami zakomunikował zebranym odezwę Sekretaryatu Delegacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, w której Sekretaryat zaprasza lekarzy do zbierania statystyki gruźlicy, przesyłając równocześnie wzór bloczków statystycznych w sprawie gruźlicy. 5 wzorów zostało rozdanych kolegom: Zawadzkiemu, Stadnickiemu, Lewinsonowi, Daszewskiemu i Trenkowi. Koledzy, którzy podejmą się zbierania statystyki, mają przysyłać wyniki na ręce Dra S. Sterlinga (Łódź — Piotrkowska 111) lub Prof. Ciechanowskiego (Kraków — Wielopole 4). Postanowiono prosić Dra Sterlinga o przysłanie większej ilości bloczków.

3) Kol. Prezes zakomunikował, że jest do nabycia biblioteka po Dr. Marczewskim. Postanowiono wybór książek bibliotekarzowi dla Towarzystwa Lekarskiego.

4) Kol. sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa w roku 1908.

5) Kol. skarbnik odczytał sprawozdanie o stanie kasy i majątku Towarzystwa, przyczem obecni członkowie komisyi rewiżyjnej po zrewidowaniu ksiąg kasowych i dokumentów wnieśli o udzielenie absolutoryum.

6) Kol. Prezes z powodu nieobecności bibliotekarza zdał sprawę ze stanu biblioteki.

7) W dalszym ciągu posiedzenia przystąpiono do wyborów: Na przewodniczącego zebrania zaproponowano kol. Sulimierskiego, który na asesorów powołał kol. Hejna i prow. farm. Krzanowskiego, a na sekretarza kol. A. Ryttla. Przystąpiono do wyboru vice-prezesa: kol. J. Daszewski 9 głosami na 14 głosów został wybranym. Kol. J. Daszewski wybór przyjął. Na członka Zarządu większością głosów, a mianowicie 6 głosami został wybranym kol. M. Zawadzki. Kol. M. Zawadzki wybór przyjął. Głosowanie na 3 członków komisyi rewizyjnej dało wynik następujący: Kol. Stadnicki 11 głosów, kol. Jankowski 8 głosów, prow. farm. J. Krzanowski 11 głosów, kol. Hein 3 głosy, kol. Lewinson 3 głosy, kol. Sulimierski 2 głosy, prow. farm. Saski 2 głosy, kol. Szenk 1 głos i kol. Kopczyński 1 głos. Kol. Stadnicki, Jankowski i prow. farm. Krzanowski wybór przyjęli. Na zastępcę sekretarza wybrano kol. Laskowskiego i bibliotekarza kol. Kopczyńskiego, którzy wybór przyjęli.

Posiedzenie z dnia 20 marca 1909 r.

Obecnych 6 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i podpisano.

2) Kol. Prezes zakomunikował odezwę i program pierwszego zjazdu lekarzy fabrycznych w Rosyi, na który koło fabrycznych lekarzy w Łodzi zaprasza do współudziału.

3) Kol. Prezes zakomunikował prośbę prow. farm. Majewskiego ze Skały o przyjęcie go w poczet członków korespondentów Towarzystwa. Przy balotowaniu kandydat został przyjęty wszystkimi głosami.

Kol. Prezes zakomunikował prośbę żony Dra Marczewskiego o ocenienie pozostałych dzieł lekarskich i instrumentów, które zostały przesłane do lokalu Towarzystwa. Pozostawiono ocenienie kol. Prezesowi i skarbnikowi.

5) Kol. Prezes przytoczył z praktyki prywatnej wspólnie z kol. Szenkiem przypadek wrodzonej **przepukliny pępkowej.**

Posiedzenie z dnia 14 kwietnia 1909 r.

Obecnych 5 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i podpisano.

2) Kol. Prezes komunikuje, że ostatnie wybory rezolucyą p. Gubernatora zatwierdzono.

3) Kol. Prezes wspomniał o niewłaściwości oceniania zdolności lekarzy przez pisma codzienne, jak to niedawno było w Gazecie Kieleckiej o jednym z lekarzy prowincyonalnych.

4) Postanowiono następne posiedzenie ogólne odbyć dnia 15 maja o godz. 7 wieczór w lokalu Towarzystwa.

Sekretarz: *Dr A. Ryttel.*

Sprawozdanie z III. międzynarodowego Zjazdu w sprawie opieki psychiatrycznej

odbytego w Wiedniu w roku 1908 (6—11 października)

opracował

Dr W. Chodźko,

lekarz naczelny szpitala dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią.

(Według odczytu, wygłoszonego na Zjeździe psychiatrów i neurologów w Kochanówce w d. 3. stycznia 1909 r. i w Towarzystwie lekarskiem łódzkiem 17 marca 1909 r.).

Będąc wydelegowanym przez Komitet szpitalny Kochanówki na III międzynarodowy Zjazd w sprawie opieki psychiatrycznej w Wiedniu, miałem szczęśliwą sposobność poznać choć w ogólnych zarysach stan szpitalnictwa psychiatrycznego w Austryi Dolnej, obok korzyści naukowych i praktycznych bezpośrednio ze Zjazdu odniesionych.

Trzeci Zjazd międzynarodowy, poświęcony sprawie opieki nad umysłowo chorymi był co do liczby uczestników (przeszło 400) najliczniejszym z dotychczas odbytych i wykazał, że Zjazdy te zdobyły sobie prawo obywatelstwa i uznanie, co zawdzięczają niewątpliwie żywotności poruszanych tematów. Między nimi nie było wcale spraw psychiatryi klinicznej i wogóle teoretycznej, lecz tylko to, co bezpośrednio z opieką nad umysłowo chorymi ma związek. Tematy zgłoszone podzielono na 9 grup. W pierwszej grupie referentem głównym był Dr Bresler, starszy ordynator szpitala w Lublinicach na Śląsku, redaktor tygodnika »Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift«. Mówił on o obecnym stanie lecznictwa i pielęgniarstwa psychiatrycznego. W referacie swoim poruszył bardzo wiele palących i spornych zagadnień praktyki lecznic psychiatrycznych i oświetlił nurtujące w niej prądy. Przedewszystkiem zaznaczył, że sprawa cel izolacyjnych i kaftanów nie jest jeszcze bynajmniej całkowicie przesądzona w umysłach psychiatrów współczesnych. Użycie przymusu mechanicznego u chorych z powikłaniami chirurgicznemi i u obłąkanych przestępców, nie jest uważane za sprzeczne z metodą »no restraintu«. Tak wybitny psychiatra, jak Prof. Bleuler, uważa, że izolacya odpowiednio zastosowana może być bardzo

pożyteczna w leczeniu i że wielu chorych czuje się daleko lepiej w pokoju izolacyjnym, niż na sali wspólnej. Dalej jeszcze pod tym względem idą niektórzy psychiatrzy włoscy, a Dr Cole, lekarz w lecznicy prywatnej (co należy podkreślić) Moorcroft w Middlessex w Anglii, wprost oświadcza, że uważa kaftan za poważny czynnik leczniczy obok celki izolacyjnej. Jednakże usiłowania niektórych psychiatrów angielskich w kierunku przywrócenia powagi leczniczej kaftanów i cel izolacyjnych natrafiły na bardzo stanowczy opór większości psychiatrów tego kraju, który słusznie szczycić się może, że jest kolebką humanitarnej metody »no restraintu«. Referent Bresler ze swej strony nie jest stronnikiem zupełnego skasowania cel izolacyjnych i kaftanów w razie powikłań chirurgicznych.

W Związku ze sprawą ograniczenia izolacyi i środków przymusu mechanicznego znajduje się sprawa wyuczonego personalu pielęgniarskiego. Na pierwszem miejscu stoi tu wykształcenie fachowe przez organizowanie kursów dla dozorców. We Francyi i Włoszech sprawę tę reguluje państwo zapomocą odpowiednich praw. Szczególniej praktycznie sprawa ta została zorganizowana we Francyi. Kurs szkół francuskich obejmuje: anatomię, fizyologię, higienę, pielęgnowanie chorych, pielęgnowanie obłąkanych, małą farmacyę. Ogólna ilość godzin wynosi 88, kursy trwają od października do drugiej połowy maja; przy końcu kursów odbywają się egzamina ustne i piśmienne, wydaje się dyplomy i nagrody (książki, medale, książeczki kas oszczędności ze wkładami etc.). Organizacya szkolna działa już 2 lata z wielkim pożytkiem. Sprawa dozorców była jedną z tych, która żywo poruszyła członków Zjazdu. Kiedy dyrektor Scholz, który odczytał wyczerpujący referat o wykształceniu dozorców, ukończył swój odczyt, cały szereg uczestników zgłosił się do dyskusyi. Scholz jest wielkim zwolennikiem kursów dla dozorców, sądzi, że kursy należy prowadzić odrazu dla nowowstępującej służby. Należy zaczynać bezwarunkowo od tematów ściśle fachowych, a więc trochę anatomii, higieny, antyseptyki, pielęgnowania chorych wogóle i obłąkanych. Kurs nie powinien przekraczać 25—30 godzin, — należy się na razie wstrzymywać od tematów ogólniejszych, a po ukończeniu kursu fachowego przechodzić do wykształcenia ogólnego stopniowo, biorąc za punkt wyjścia poprzednio wykładane przedmioty fachowe, a więc w dalszym ciągu można wykładać o chorobach umysłowych, wogóle, o bakteryach, o chorobach zakaźnych, następnie zaś przejść nawet do tematów ściślej przyrodniczych. Po każdym wykładzie pożądane jest jeszcze zadawanie pytań i wyjaśnianie szczegółów wykładu; egzamina nie powinny być obowiązkowe. W dyskusyi nad odczytem Scholza odezwał się cały chór narzekań na służbę zakładową, w którym wzięli udział przedstawiciele prawie wszystkich narodowości, reprezentowanych na Zjeździe. Potrącono mimochodem w dyskusyi sprawę dozorców i dozorczyń. Scholz zalecał staranie się o umieszczanie na stanowiskach dozorczyń kobiet z inteligencyi (na dozorców nigdy nie udaje się dostać osób inteligentnych). Alt z Uchtspringe przeciwnie był raczej za przedstawicielkami półinteligentnej sfery drobnomieszczańskiej, uważając, że mają one mniej kaprysów i wymagań, niż pierwsze.

W referacie Breslera poruszona została nader ważna sprawa wprowadzenia dozorczyń na oddziały umysłowo chorych mężczyzn. Referat stwierdza, że nowość ta znajduje coraz szersze zastosowanie. W paru szpitalach amerykańskich wprowadzono obsługę żeńską na oddziałach dla gruźliczych i fizycznie słabych mężczyzn z bardzo dobrym skutkiem. W lecznicy Stirling w Szkocyi personal służbowy na oddziale męzkim składa się z 11 dozorczyń i 25 dozorców; na czele tego oddziału stoi dozorczyni. Dyrektor szpitala psychiatrycznego ziemskiego w Orle (Rosya) Dr Hermann wprowadził obsługę żeńską na wszystkich oddziałach męzkich, nawet u najgwałtowniejszych chorych, i odzywa się z wielkimi pochwałami o tej zasadniczej reformie, która też nie pociągnęła za sobą żadnych większych niedogodności i braków. Oto co mówi Dr Hermann o tej reformie: »Z zaprowadzeniem dozorczyń na oddziałach męzkich stały się daleko rzadsze i mniej gwałtowne wszelkie sprzeczki i bijatyki pomiędzy chorymi. Ponieważ personal żeński jest wogóle znacznie cierpliwszy, więcej panujący nad sobą i znacznie litościwszy, niż męzki, znosi więc łatwiej kaprysy, krzyki i niepokój ze strony chorych. Chorzy zanieczyszczający się nie wywołują u kobiet tak silnego uczucia obrzydzenia, gdyż są one do tego przyzwyczajone przez pielęgnowanie dzieci. Personal żeński pilnuje chorych daleko sumienniej, to też przypadki ucieczek znacznie się zmniejszyły«. Dr Hermann sądzi, że wprowadzenie obsługi żeńskiej na oddziałach męzkich jest koniecznem uzupełnieniem metody »no restraint«. Dr Hermann nie dąży do żadnych korzyści i oszczędności finansowych przez zaprowadzenie tej zmiany i żąda, aby na personal żeński rozciągały się wszystkie te same przywileje, które służą jako środek poprawy wartości służby męzkiej, a więc podwyższanie pensyi, peryodyczne dodatki, kasa emerytalna, ulepszenie mieszkań, szkoły i kursy fachowe i t. d. Sprawa personalu żeńskiego nie została podjęta i wyczerpująco przedyskutowana przez uczestników Zjazdu; — wypowiedziało swe zdanie w tej sprawie zaledwie paru, a najbardziej wyczerpująco Dr Friedländer z lecznicy Hohe Mark in Taunus, który na podstawie osobistego doświadczenia oświadczył się jako gorący zwolennik kobiecego personalu na oddziałach męzkich. Sprawa ta, jak się okazuje, jest jeszcze na kontynencie Europy zupełnie nową. W dalszym ciągu swego referatu wspomniał Bresler o żywieniu chorych. Ważny krok w kierunku polepszenia tej sprawy stanowi wprowadzenie relew szpitalnych z przejściem sprawy żywienia z pod zarządu intendentów pod zarząd dyrektorów lekarskich. Sprawozdanie kolegium lekarskiego w królestwie Saskiem za rok 1905 i 1906 stwierdza znakomitą poprawę żywienia chorych, bez przekroczenia budżetu, sprawdzoną przez wyniki systematycznego ważenia chorych, dzięki wprowadzeniu tej reformy.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek austryackich organizacyi lekarskich ogłasza odezwą z dnia 26. b. m. między innemi bojkot na posadę lekarza gminnego i kasowego w fabryce sody hr. Larischa w Piotrowicach na Śląsku (wyjaśnień udziela Dr Gruss w Wiedniu) i ostrzeżenie przed posadą lekarza gminnego w Engelsbergu.

Ministerstwo spraw wewnętrznych rozesłało do wszystkich lekarzy, za pośrednictwem właściwych władz, okólnik, zalecający leczenie nagminnego zapalenia opon mózgowych zapomocą swoistej surowicy leczniczej, wstrzykiwanej do kanału kręgowego w ilości 20 cm, po odpuszczeniu odpowiedniej ilości chorobowo zmienionego płynu mózgo-rdzeniowego. Surowicę można otrzymać w wiedeńskim zakładzie dla surowic leczniczych (IX. Zimmermanngasse 3). O wynikach leczenia należy zawiadamiać władze urzędowe lekarskie pierwszej instancyi.

Wybuchy benzyny w pralniach chemicznych (ostatnio i w Krakowie spostrzegane), należą obecnie do coraz częstszych. Badania wykazały, że benzyna wybuchnąć może i sama bez ognia, a to z powodu, że jak to wykazał Richter, przy praniu wełny przez tarcie wywiązuje się elektryczność, którą daje się wykazać elektroskopem. Wełna staje się dodatnio, a benzyną ujemnie elektryczną. W chwili wyjmowania materyi następuje wyrównanie obu elektryczności w postaci iskry, która wystarcza nieraz zupełnie do spowodowania wybuchu, zwłaszcza, jeżeli materyał był mokry a powietrze otaczające suche. Dalej guziki metalowe ściągają do siebie wybitnie elektryczność. Zapobiegać należy wybuchom przez to, że powietrze w pralni powinno być wilgotne, a do benzyny dodaje się na 10 kg 2·8 grm wolnej od wody stłuszczonej magnezyi, znanej obecnie pod nazwą »antibenzipyrin« lub od wynalazcy »Richterol«. *X.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 22. VIII. do 28. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych 1 † —), płonicy 18 † 6 (6), odry 33 † 2, duru brzusznego 6 (3), czerwonki 1 (—). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. VIII. do 28. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 4 † 1), płonicy 6 † 2 (3 † 1), odry 1 (1), duru brzusznego 1, tężca 1 (1). *Dr Janiszewski.*

Wiadomości bieżące.

Lwów. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w d. 23. VII. 1909 prezydent podaje do wiadomości, że Prof. Ciechanowski zwrócił się imieniem »Organizacyi lekarzy« do Prezydyum Izby z prośbą o poparcie »Związku krajowego lekarzy«. Ewentualną dyskusyę w tej sprawie odłożono aż do zapoznania się Wydziału z przepisami statutu Związku. — Odpowiedź Prezydyum wyższego sądu kraj. we Lwowie

w sprawie zalegania wypłaty należytości komisyjnych, uchwalono przesłać w odpisie Dr Krzyształowiczowi w Mikołajowie n/D. — Zawiadomienie c. k. Namiestnictwa, że farmaceuci, posiadający dyplom węgierski, mogą wprawdzie pełnić służbę w aptekach, ale nie są uprawnieni do uzyskiwania koncesyi i do dzierżawienia aptek w Austryi — przyjęto do wiadomości. — Prośbie rodziny zmarłej N. N., wdowy po lekarzu okręg. w N., o zapomogę z tytułu poniesionych przez nią kosztów leczenia i pogrzebu, odmówiono z powodu braku funduszów. — Z tych samych powodów odmówiono prośbie o zapomogę na wyjazd do kąpiel p. E. G., wdowie po byłym lekarzu okręgowym, która otrzymała zasiłek przy ostatnim rozdziale z funduszu Związku Towarzystw lekarskich. — W sprawie umieszczenia Dra N. N. w Zakładzie dla nieuleczalnych, po wysłuchaniu informacyi uzyskanych przez prezydenta, uchwalono poczynić starania o przyjęcie Dra N. N. do Zakładu im. Bilińskich, po powrocie kierownika Dra Gostyńskiego. — Przesłaną przez Dra N. N. w N. broszurę bandażysty Freilicha złożono ad acta. — Odczytano wydane przez Namiestnictwo na skutek zażalenia Izby lek. zach. gal. wezwanie do Starostw, by wykonywały ściśle obowiązek ściągania wkładek do Izb lekarskich. — Oświadczono się za przeniesieniem koncesyi na nowonabywcę apteki w Dolinie. — Na skutek podania lekarzy z Lubaczowa w sprawie prawa zaliczania przez lekarzy wydatków na podwody przy komisyach sądowych uchwalono odnieść się do Prezydyum wyższego sądu krajowego we Lwowie z prośbą o wydanie takich zarządzeń, jakie na interwencyę Izby lekarskiej zach. gal. w okręgu wyższego sądu w Krakowie wprowadzone już zostały. — Odczytano i przyjęto referat Dra Kwiatkiewicza w sprawie używania tytułów przez lekarzy. — W sprawie doniesienia przez starostwo w N. o odmówieniu pomocy lekarskiej przez Dra N. N. w N., uznano obronę tegoż za wystarczającą (referat Dra Papée) i orzeczono, że niema podstawy do wystąpienia w drodze dyscyplinarnej.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie ogłasza konkurs na sześć stypendyów po 300 rb. z legatu ś. p. Dra Walentego Koczorowskiego, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

— »Medycyna i Kronika lekarska« ogłasza konkurs dla uczczenia 50-letniej działalności lekarskiej Juliana Majkowskiego, na najlepszą pracę oryginalną, jakoteż na najlepsze streszczenie zbiorowe względnie wykład kliniczny z zakresu medycyny wewnętrznej, chorób wenerycznych i skórnych i balneologii, wydrukowane w ciągu roku 1909 w »Medycynie i Kronice lekarskiej«.

Z różnych stron. Międzynarodowa wystawa higieniczna odbędzie się w roku 1911. w Dreznie.

— Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników odbędzie się w Salzburgu w dniach 19. do 25. września.

— W Medyolanie budują wielki zakład dla badania i leczenia raka.

Mianowani: Prof. de la Camp dyrektorem kliniki wewnętrznej we Fryburgu;

Doc. Dr Hibler profesorem nadzw. anatomii patologicznej w Insbruku;

Doc. Dr Czerewkow profesorem fizyologii w Charkowie;

Doc. Dr Stenger profesorem otyatryi w Królewcu;

Dr Teleky profesorem medycyny społecznej w Wiedniu;

Prof. M. Richter z Wiednia proponowany unico loco na profesora medycyny sądowej w Monachium.

Zmarli: Dr Wenanty Piasecki, pionier lecznictwa fizykalno-dyetetycznego zmarł w Lincu;

Dr E. Haffter, długoletni redaktor »Gazety lekarskiej szwajcarskiej«.

Redakcya otrzymała: Sewastianow: Die phagocytäre Tätigkeit der roten Blutkörperchen u. der Blutplätchen.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1909:

Gazeta lekarska Nr 32. Karwacki: Z kazuistyki bakteryologicznej. Przypadek gruźlicy opon mózgowych. Palmirski (dok.). — Nr 33. Nowicki: Badania nad istotą chromochłonną nadnerczy zwierząt i ludzi w schorzeniach nerek. — Nr 34. Gębarski: Przypadek żółtaczki syfilitycznej wczesnej. Nowicki (c. d.). — Nr 35. Nowicki (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 32. Konwerski (c. d.). Mikulski (dok.). — Nr 33. Szokalski: O wpływie jodku sodu na wytwarzanie się autohemolizyn i heteroaglutynin. Kowerski (dok.). — Nr 34. Dobrowolski: Alypina — środek do miejscowego znieczulania. Wojciechowski: Praktyczna wartość odczynu Wassermanna i uproszczonej jego techniki przez Bauera. — Nr 35. J. Brunner: O antygenie cholerycznym. Bregman i Krukowski: Przyczynek do ostrego surowiczego zapalenia opon mózgowych.

Tygodnik lekarski Nr 31. Rydygier L.: Opis preparatu otrzymanego po zejściu śmiertelnem wskutek krwotoku po uwięźnieniu kości w przełyku. Czernecki (dok.). — Nr 32. Beck i Bikeles: Badania nad drogami odruchowemi w rdzeniu pacierzowym. Selzer: Przyczynek do nauki o tężcu. — Nr 33. Czyżewicz jun. Próby uodporniania rodzących przeciw zakażeniu połogowemu i badania nad działaniem fagocytyny Rosenberga. Felauerówna: O odkażającem działaniu autanu. — Nr 34. Czyżewicz (c. d.). Felauerówna (c. d.).

Kronika dentyst. Nr 8. Wilga (c. d.).

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 5. i 6. Leszczyński i Mahl: O szczepieniach i zakraplaniach tuberkuliną. Turzański: Leczenie kiły w Iwoniczu. Chybczyński: Rad, jego własności i zastosowanie w medycynie.

Nowiny lek. Nr 8. Zanietowski (c. d.). Rontaler (dok.). Bieliński (c. d.).

Postęp okulist. R. 11. lipiec 1909. Rumszewicz: Zmiany w tarczy nerwu wzrokowego przy uszkodzeniach przedniej części gałki. B. Wicherkiewicz: Niezwykły objaw optyczny przy czarnej zaćmie starczej.

Głos lekarzy Nr 16. Sieradzki: W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej. Piasecki (dok.).

Pamiętnik Tow. lek. warsz. T. CV. Z. 1. 2. Rzętkowski: O żywieniu chorych w szpitalach warszawskich. Otto: Arterioskleroza u zwierząt i jej stosunek do arteriosklerozy u ludzi. Giedroyć (c. d.).

Gruźlica Nr 4. Serkowski: W sprawie szerzenia się zarazy gruźliczej. Sterling: Stan publicznej walki z gruźlicą w Szwecyi.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Szczawa
Krondorfska
uznana za
najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyłą na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

FIGOL JAHR

najprzyjemniejszy i najskuteczniejszy przetwór przeczyszczający.

Figol Jahr jest to syrup sporządzony z miąszu fig smyrneńskich z odpowiednim dodatkiem płynnego wyciągu strączków senesowych.

Figol Jahr działa jako środek lekko przeczyszczający skutecznie i bezboleśnie.

Figol Jahr reguluje stolec, oddaje znakomite usługi przy zaparciu nawykowem stolca.

Figol Jahr bywa chętnie przez dzieci i dorosłych zażywany.

Figol Jahr daje się w razie potrzeby przed spaniem, dorosłym 1/2 do 1 1/2 łyżki stołowej, dzieciom 1/2 do 1 1/2 łyżeczki kawowej

Figol Jahr kosztuje: duża flaszka Kor. 2·70, mała flaszka Kor. 1·80.

Rp. Figol lagen. origin. 215

Wyrób i główny skład
w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1
Składy prawie we wszystkich aptekach.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 11. września 1909. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z dziedziny powikłań zapalenia wyrostka robaczkowego.

Podał

Dr M. Łążyński.

(Odczyt w Polskiem Towarzystwie lekarskiem w Kijowie).

Zapalenie wyrostka robaczkowego, które jest samo przez się chorobą poważną, albo bezpośrednio zagrażając życiu chorego, albo czyniąc go często niezdolnym do pracy wskutek licznych nawrotów lub stałego nieraz upośledzenia narządów trawienia, należy nadto do szeregu cierpień, wywołujących nader liczne powikłania.

Sprawa chorobowa, przechodząc rozmaite stopnie natężenia i wywołując nieraz ostatecznie przedziurawienie wyrostka, lub nawet nie dochodząc do tego ostatecznego kresu rozwoju, lecz postępując przez naczynia chłonne i krwionośne ścian narządu, może przenieść się do otaczającej go tkanki łącznej, albo, co gorsza, do jamy otrzewnej i tam szerzyć się w najrozmaitszych kierunkach, zajmując narządy albo sąsiednie, albo bardziej oddalone od pierwotnego ogniska.

W taki sposób powstaje przedewszystkiem ograniczone lub ogólne zapalenie otrzewnej o rozmaitych stopniach natężenia i złośliwości — surowicze, włóknikowe i ropne; dalej ropnie lub ropowice, czasem olbrzymie, dołu biodrowego lub całej ściany brzusznej, a nawet dalszych okolic.

Langheld np. opisuje przypadek, gdzie ropowica sięgała ku górze aż do prawej pachy, a ku dołowi aż do kolana, w przypadku zaś Volza mięśnie brzucha, pleców i piersi były zmienione w posokowatą miazgę. Ropnie podprzeponowe należą do niezbyt rzadkich spraw, wikłających zapalenie okołokątnicze. Zarazek dostaje się tam albo zewnątrzotrzewnie, co jest zjawiskiem rzadszem, albo — częściej — dąży po ścianach kiszki i pomiędzy zrostami jelita cienkiego. Dalszem następstwem takiego ropnia podprzeponowego, może być ropniak opłucny z przedziurawieniem lub bez przedziurawienia przepony.

Jako na bardzo charakterystyczne powikłanie przy zapaleniu wyrostka robaczkowego wskazuje Tuffier na ropień w jamie Retziusa, twierdząc, iż przyczyną powstawania tej sprawy jest właśnie częściej zapalenie wyrostka robaczkowego, niż sprawy zapalne narządów moczowopłciowych.

Krezka, jako sąsiadująca z chorym narządem, również podlega przy zapaleniu wyrostka robaczkowego często sprawom zapalnym. Ropienie może sięgać daleko, szerząc się wzdłuż naczyń chłonnych i krwionośnych krezki. Fraenkel opisuje przypadek, w którym naciek wachlarzowato szerzył się na obydwie blaszki krezki, a gruczoły krezkowe były zropiałe. Były przytem ropnie także w gruczołach zaotrzewnych. Kijewski również opisuje ropnie w krezce jelita cienkiego. Riedel przytacza przypadki podobne, w których sam wyrostek był stosunkowo mało zmieniony.

Więzadło wyrostkowo-jajnikowe u kobiety, może być drogą, po której zakażenie dostaje się do narządów rodnych wewnętrznych: jajników, więzadła szerokiego i jajowodów.

Naczynia krwionośne, a mianowicie te, które należą do układu żyły wrotnej, zabierając cząstki skrzepu przy zakrzepie żyły wyrostkowej (*vena appendicularis*), przenoszą je do wątroby, przez co powstają ropnie wątroby. Trudniej wytłomaczyć sobie pochodzenie skrzepów żyły biodrowej i żyły udowej. Tutaj zakażenie, być może, najpierw przez ciągłość *(per continuitatem)* przechodzi na warstwę zewnętrzną ściany tych naczyń, a następnie przez naczynia tej ściany (*vasa vasorum*) na warstwy wewnętrzne, wywołując zakrzep *(peri- et thrombophlebitis)*. Można też przypuścić, że do pewnego stopnia obrzęk tkanek, otaczających naczynie, wywołany sprawą zapalną wyrostka, albo ropień w tej okolicy, mechanicznie uciska żyłę, przebiegającą pod nim i przyczynia się do wywołania w niej zakrzepu.

Kiedy się już utworzy skrzep w żyle biodrowej, wtedy łatwo o powstanie zatorów, a ponieważ cząstki skrzepu mogą być zakażone, więc i ropni w płucach. Gdy wreszcie zarazki w jakibądź sposób dostaną się do układu tętniczego, wtedy może powstać obraz ropnicy z przerzutami w gruczole przyusznym, nerkach, mózgu, śledzionie, kościach, stawach.

Przerzut taki raz spostrzegałem w kości skroniowej u dziecka niespełna rocznego, u którego na razie sprawa zapalna wyrostka nie była wyjaśnioną, a rozpoznanie, uczynione przez doświadczonych pedyatrów, skłaniało się bardziej ku zapaleniu okrężnicy. Kiedy już objawy ze strony kątnicy znacznie przycichły, powstał przerzut w kości. Ucho środkowe było zupełnie zdrowe. Przecięcie ropnia z następną trepanacyą nie zdołały jednak ocalić chorej. Przy trepanacyi umyślnie obnażono zatokę poprzeczną, która okazała się zupełnie zdrową.

Zdarzyć się może, iż ropień, uciskając jelito, wywoła częściowe lub całkowite zamknięcie jego światła i w ten sposób spowoduje wszystkie groźne objawy niedrożności z wymiotami kałowemi, olbrzymią bębnicą, zapadem. Jeżeli w takich warunkach ropień sam nie przebije się na zewnątrz lub do światła sąsiedniego narządu (jelita, pochwy, pęcherza moczowego), albo też nie zostanie operacyjnie otwarty, nieuniknionem jest prawie zejście śmiertelne.

Powikłaniem odrębnego rodzaju jest zapalenie wyrostka robaczkowego, leżącego w worku przepuklinowym. Jak wiadomo, wyrostek stosunkowo dość często (1·5%) znajdowano w przepuklinach pachwinowych z prawej strony, rzadziej w udowych, pępkowych; czasem w przepuklinach z lewej strony. Tam może on podlegać sprawom chorobowym rozmaitego stopnia, począwszy od zmian nieżytowych, kończąc na zgorzeli i przedziurawieniu. Rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego w uwięzniętych lub nawet wolnych przepuklinach należy do rzeczy najtrudniejszych i o ile wiem, wyrostek znajdowano tam zawsze dopiero przypadkowo podczas operacyi lub na sekcyi.

To są powikłania doraźne, przebiegające równolegle lub prawie równolegle ze sprawą pierwotną w wyrostku. Ale, niestety, na tem nie kończy się niebezpieczeństwo dla chorych, dotkniętych zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Zrosty jelit, pozostałe po ostrem zapaleniu otrzewnej, hamując prawidłowy ruch robaczkowy lub zwężając światło jelit, mogą wywoływać uporczywe zaparcie stolca, nie ustępujące przed żadnymi lekami i zabiegami; mogą sprawiać gwałtowne bole, które zazwyczaj trudno wytłómaczyć, gdyż łatwo przeoczyć sprawę pierwotną.

(Dok. nast.).

Metoda genealogiczna w medycynie*).

Podał

Dr med. O. Hewelke.

(Ciąg dalszy).

Jeżeli zaś uprzytomnimy sobie, że chromosomy rodziców mogą przedstawiać taką samą szerokość kombinacyi spuścizny od 2 dziadków i 2 babek, a tych od 8 pradziadów i t. d., przedstawi się nam więcej zrozumiała ta rozmaitość cech podobieństwa i różnic, jakie się dają zauważyć wśród członków danego rodzeństwa, zarówno pomiędzy sobą, jak i w stosunku do rodziców.

Jeżeli np. w danem połączeniu chromosomów rodzice przedstawiają się jak 6:6, to dziecię odpowiednie powinno być podobne do rodziców; jeżeli jednak w chromosomach ojca był stosunek 1 (dziadek) : 11 (babka), a matki 10 (dziadek) : 2 (babka), to wynikłoby w tem dziecku większe podobieństwo do babki ojcowskiej i do dziadka macierzystego, niż do rodziców. W ten sposób daje się objaśnić wystąpienie jakiejś osobliwości w osobniku w puściznie po przodku nieznanym, niezapisanym w pamięci odleglejszych zstępnych. W ten sposób możemy uprzytomnić sobie powstawanie pewnych odmienności i podobieństwa do dziadków, ciotek i t. d., wreszcie cały ogrom nieskończonej rozmaitości osobników przy zachowaniu stałości typu-gatunku. Chociaż każdy człowiek ma ojca i matkę, a ci znowu mają po dwoje rodziców, tak, że liczba przodków powiększa się z każdą generacyą w górę dwa razy, to jednak w rzeczywistości taka dokładność matematyczna bywa tylko w pierwszych pokoleniach; powyżej bardzo często, niemal stale spotykamy się ze zjawiskiem, które już dawniej zauważył genealog Richter, a Lorentz podkreślił z punktu widzenia biologii; jest to t. zw. utrata przodków. A mianowicie, wskutek małżeństw pomiędzy krewnymi, chociażby nawet to pokrewieństwo było dalekie, albo gdy dwie lub trzy siostry rodzone występują w tablicy przodków, wtedy ich własne tablice przodków będą się powtarzały, przez co liczba osób nie będzie odpowiadać liczbie matematycznej.

Jeżeliby np. w naszej tablicy Kamęcki był żonaty z siostrą A. Piotrowskiej, którą spotykamy na lewej połowie tablicy, wtedy cała liczba (30) osób, stojących nad nią, będzie się powtarzać dwa razy i zmniejszy o tyleż ogólną liczbę przodków w tablicy z 256 (matematycznie) do 226. Jeżeliby dalej Pawłoski żonaty był ze swą siostrą cioteczną, wtedy odpadają jej przodkowie (7) macierzyści, którzy już występują raz jako przodkowie jego własnej matki. To liczebne kurczenie się liczby przodków rośnie tem bardziej, im wyżej podnosić się będziemy w szeregu pokoleń, albo im wcześniej spotykają się w danej tablicy małżeństwa wśród krewnych.

Lorenz przedstawił przykłady takich utrat, zebrane z tablic przodków rozmaitych dynastów. Tak np. cesarz Franciszek Józef ma w IV generacyi za mało o 4 osoby, w VI o 24; cesarz Wilhelm ma w IX generacyi zamiast 512 tylko 162 osób.

Oczywiście największa utrata przodków występuje u potomków braci i sióstr, oraz przy związkach edypowskich rodziców z dziećmi. Ze zjawiskiem utraty przodków wiąże się pytanie, jaki wpływ zawieranie związków w bliższem pokrewieństwie (tak zw. związki kazirodcze) wywiera na potomstwo. Tradycye mozaiczne, potępiające związki wśród najbliższego pokrewieństwa, przyjęte i rozszerzone przez kościół chrześcijański, panują dziś powszechnie i poza sferą bezpośrednio związaną ze sprawami religii. I tak tylko jako odbicie ich należy uważać rozpowszechnione mniemanie, że potomstwo ze związku pomiędzy krewnymi ma być mniej zdolne do życia i do możności przedłużania rodu. Faktycznych dowodów na to niema. Przeciwnie ogólne prawo biologiczne brzmi, że potomstwo dają tylko związki pomiędzy podobnymi; gdy różnice przechodzą granice gatunku, potomstwo — jeżeli jeszcze jest możliwe — nie jest już dalej płodnem.

Spostrzeżenia hodowców zwierząt uczą, że dla wzmocnienia rasy potrzebne jest tak zwane kazirodztwo (Jnzucht), Genealogicznie biorąc kazirodztwo sprowadza się do największych utrat w liczbie przodków, a mianowicie potomek związku rodzeństwa traci połowę przodków, potomkowie matki z synem tracą $^1/_3$ przodków (matka jest innej krwi z synem, a siostra jednej z bratem). Przez to w masie dziedzicznej rozmaitość wpływów odpowiednio się skraca, ale zato wpływy te mogą się sumować i wywierać wpływ przeważający. Oczywiście tylko od natury osobników, najczęściej powtarzających się w tablicy przodków, których chro-

*) Odczyt w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem na posiedzeniu d. 18. maja 1909.

mosomy najliczniej są przedstawione w tym potoku dziedziczności, jaki spływa na stojącego u dołu osobnika, — zależy w granicach prawdopodobieństwa i skład jego chromosomów. Jest on sumą algebraiczną tych wpływów, a jej znak dodatni i ujemny zależy od przewagi plusów i minusów w zlewających się chromosomach; sama istota związku między krewnymi nie gra tu żadnej roli, jest on jakby tylko samem działaniem dodawania.

Na potwierdzenie tego podaje Lorenz następujący przykład z genealogii Ptolomeidów, będący zapewne unikatem w historyi. Ród ten przez siedem generacyi, (od Ptolomeusza Sotera, jednego z wodzów Aleksandra Macedońskiego) do Kleopatry utrzymywał się prawie wyłącznie przez związki braci z siostrami. Otóż, o ile można sądzić z przeciętnego trwania działalności generacyi, były one prawidłowe (30—35 lat), rysy zaś członków tego rodu, zachowane na medalach i monetach współczesnych, mają wyraz szlachetny i rozumny, nie zdradzający niczem zwyrodnienia i nieprawidłowości.

Jak już wspomniałem, lekarz w wywiadach, zbierając dane o chorobach w rodzinie swego chorego — stoi na gruncie genealogii. Bo też zakres usług tej nauki na użytek medycyny właściwie ogranicza się do sprawy dziedziczenia chorób, albo ściślej stanów patologicznych.

Już to, cośmy powyżej przytoczyli, wywrzeć może wpływ i powinno, na odnoszące się tu sposoby postępowania w medycynie, wykazując błędność i niedokładność dotychczasowych. Oczywiście wszystkie dawniejsze prace i badania lekarskie, oparte na metodzie genealogicznej przed Lorenzem, musiały dzielić wspólne błędy metody dawniejszej, a wnioski z nich wysnute potrzebują rewizyi. Tak więc obracają się one w zakresie rodziny i rodu, badają drzewo genealogiczne i tablicę zstępnych. Tymczasem, jak widzieliśmy, rodzina społeczno-prawna nie istnieje jako jakaś ograniczona jednostka biologiczna, podobnież i ród uwzględnia tylko cząstkę (i to tylko mężczyzn) masy dziedzicznej, którаby cała powinna być badana. Badanie w linii zstępnych, według wzoru rodowodów, ale rozszerzonych na całe potomstwo (i żeńskie) może mieć znaczenie w niektórych specyalnych sprawach dziedziczenia, gdy chodzi o wykazanie całości wpływów dziedziczności danego osobnika, albo jeżeli chcemy wyśledzić kazuistykę przekazywania się dziedzicznego jakiejś cechy szczególnej. Sposób ten napotyka jednak na przeszkody, trudne do przezwyciężenia. I tak, całość potomstwa jest wielkością nieokreśloną i pewność jej zebrania zmniejsza się z każdem pokoleniem. Następnie, przez małżeństwa wchodzi znaczna liczba wpływów obcych, o których zwykle nic nie wiadomo, a które mogą podawać w wątpliwość wyłączność wpływów badanego protoplasty. Właściwie należałoby, aby każda z osób, rozpatrywanych w tablicy rodowodu, miała swoją tablicę przodków.

Następnie takie określenia, jak »dziedziczenie w linii bocznej« (Dejerine, Leber), »cierpienia rodzinne«, jako przeciwwstawienie »dziedzicznym«, nazwy chorób »dziedziczne-rodzinne« albo »rodzinne często dziedziczne« — spotykane[6]) szczególniej często w pracach, dotyczących sprawy t. zw: »dziedziczenia chorób« — nie wytrzymują krytyki w świetle tylko co wygłoszonych poglądów.

Rodziną nazywamy osoby, związane ze sobą pochodzeniem od tej samej pary rodziców; poza tym łącznikiem nie ma innego, któryby nie mógł obejmować i osób nienależących do rodziny (np. nazwisko, wspólność wychowywania się itd.). Bez niego nie można mówić o rodzinie i związkach rodzinnych. Przy rozpatrywaniu jakichś cech cielesnych, wspólnych rodzeństwu — co do ich przyczyny — z konieczności wyłania się myśl o wspólnem ich pochodzeniu z jednego źródła na drodze dziedziczenia.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

E. J. Lewin. **O odporności biernej.** (*Zeitschrift für Immunitätsforsch.* Grudzień 1908. T. I. Zeszyt I.).

Gdy odporność czynna oddawna jest przedmiotem szczegółowych i dokładnych badań, to natomiast zagadnienie odporności biernej, jakkolwiek praktycznie bardzo ważne, o wiele rzadziej bywa rozważane.

Autor ujmuje je ze strony doświadczalnej i roztrząsa wpływ rozmaitych czynników na ustrój, uodporniony biernie, t. j. przez wprowadzenie gotowych antytoksyn. W tej seryi doświadczeń, podjętej w celu stwierdzenia, jak się zachowuje odporność bierna przy powtórnem i wielokrotnem wprowadzeniu do ustroju niweczników, autor uodparniał biernie zwierzęta w tygodniowych odstępach czasu i poddawał surowicę ich wielokrotnemu badaniu. Okazuje się, że w ustroju pozostaje tylko pewna odsetka (40 do 60%) tych niweczników, które doń wprowadzamy, nie wiemy jednakże, w jaki sposób giną pozostałe, t. j. czy zostają z ustroju wydalone, czy też pozostają w nim związane. Ilość znikających z ustroju antytoksyn była znacznie mniejsza przy wstrzyknięciu danych niweczników po raz trzeci, niż po dwu pierwszych wstrzyknięciach. Przeciwnie, dla szybkości znikania antytoksyn z ustroju szczegół ten jest bez znaczenia.

Doświadczenia, podjęte w celu porównania różnych sposobów uodporniania biernego (podskórnego, śródmięśniowego i śródżylnego), przekonały autora, że najmniej skuteczne, t. j. połączone z największą i najszybszą utratą antytoksyn, są wstrzykiwania pod skórę, — lepsze — śródmięśniowe, a najpewniejsze — śródżylne, przy których maximum antytoksyn zostaje najszybciej osiągnięte, a utrata jest najmniejsza.

Co do różnicy, jaka zachodzi w przyswajaniu przez ustrój surowic jedno- i różnorodnych, to z doświadczeń autora wynika, iż surowice różnorodne o wiele prędzej znikają z obiegu krwi, gdyż bez względu na to, jaką stosowano technikę wstrzyknięcia, już po 6 dniach nie znajdowano ani śladu np. zlepników, wprowadzonych do ustroju królika z surowicą kozią, tymczasem te same zlepniki, zawarte w surowicy jednorodnej, t. j. w danym przypadku króliczej, utrzymywały się we krwi królika do 3 tygodni. Stąd wniosek praktyczny, że i odporność bierna, udzielana człowiekowi za pomocą surowicy różnorodnej, może i musi być krótkotrwała. *H. Rozenblatówna.*

Eldarow. **Przyczynek do anatomii patologicznej.** *Spondylosis rhizomelica.* (*Med. Obozr.* 1909. Nr 6). W Staro-Jekateryninśkim szpitalu w Moskwie, autor spostrzegał kilkanaście przypadków rzadkiej dość choroby *spondylosis rhizomelica.* Chorobę tę pierwszy dokładnie opisał Peсllarie w 1898 r. Z liczby spostrzeganych przypadków autor bardzo szczegółowo i obszernie opisuje jeden i przytacza makro i mikroskopowe dane badania anatomo-patologicznego. Z danych tych wynika, że wspomniana choroba charakteryzuje się przez: 1) Zgąbczenie (*osteoporosis*) całego układu kostnego, a osobliwie stosu pacierzowego i miejsc skąd wychodzą kończyny. 2) Skostnienie aparatu ścięgnowego stosu przeważnie po stronie jego wypukłej. 3) Zrosty kostne powierzchni stawowych drobnych stawów stosu, zupełny zanik

[6]) H. Higier. W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego. Kronika lek. 1899. — H. Higier. Rodzinny bezład mózgowy u dzieci (»cierpienie nietylko rodzinne, lecz i dziedziczne«). — Medycyna 1906. 50. — S. Goldflam. O nowej postaci peryod. rodzinnego porażenia. Kron. lek. 1891.

chrząstki, granicy stawu i wytworzenie w tych miejscach jednolitej masy kostnej gąbczastej. Brak zupełny objawów zapalnych. 4) Całość chrząstek międzykręgowych przy lekkiej skłonności do skostnienia przednich ich części. Wiąz podłużny przedni i tylny pozostaje niezmieniony. 6) Prawidłowy system nerwowy. Autor obszernie omawia kwestyę rozpoznania różniczkowego między *spondylosis rhizomelica*, a zesztywnieniem kręgosłupa Bechtierewa, *spondylitis deformans* i *rheumatismus chronicus ankylot*. Co się tyczy rokowania, to quoad vitam ono jest niezłe; ale nie zanotowano dotychczas żadnego przypadku wyleczenia. Wszystkie środki używane (miesienie, gimnastyka, kąpiele gorące lub mułowe, przyżegania Paquelinem, wezykatorye, jod i przetwory salicylowe) nie okazują żadnego wpływu. W końcu autor podaje rysunki makro i mikroskopowe opisanego przypadku. *L. Mańkowski.*

1) Bovery. **Arterioskleroza doświadczalna u małp.** (*C. R. de la Biol.* 12. XII 1908 i 8. V. 1909).

2) Etienne et Fritsch. **Rola i znaczenie chlorku wapnia w powstawaniu miażdżycy.** (*ibidem* 18. V. 1909).

3) Lévy-Fränkel. **Zmiany w tętnicy głównej u noworodków z kiłą dziedziczną.** (*ibidem* 1909).

Próby otrzymania doświadczalnej miażdżycy nie doprowadziły jeszcze do pewnych wyników. Gdy jedna część badaczy uważa zmiany wywołane w tętnicy głównej u zwierząt przez wstrzykiwania adrenaliny za zupełnie identyczne z arteriosklerozą u ludzi, inni są przeciwnego zdania. Boveri przedsięwziął cały szereg doświadczeń podobych, już nie u królików ale u małp-makaków, jako zwierząt najwięcej zbliżonych ustrojem swoim do człowieka. Wstrzykiwał on pod skórę adrenalinę w ilości 0·0002—0·0025. Takich wstrzykiwań w ciągu 40 dni zrobił 22. Małpa znosiła je dobrze, można było tylko zauważyć lekką przejściową duszność. Przy sekcyi znaleziono zmiany w tętnicy głównej w postaci 2 stwardnień żółtawego koloru wielkości ziarnka ryżu. Przy badaniu drobnowidowem okazały się zmiany w *tunica interna et media*. *Tunica interna* była zgrubiała, a w *tunica media* najwięcej były zmienione włókna elastyczne i mięśniowe. Wobec tego autor dochodzi do przekonania, że 1) u małpy można wywołać arteryosklerozę, 2) istnieje zupełne anatomiczne podobieństwo między arteryosklerozą u małpy a u człowieka.

W drugim szeregu doświadczeń autor 1 małpie zastrzykiwał adrenalinę, a 2 małpom podawał nastój tytoniu 10% w dawkach 25·0—45·0; w ciągu 80 dni każda z tych małp otrzymała 28 dawek. I w tych 3 przypadkach autor znalazł takie same zmiany w aorcie jak i w 1-ym przypadku. Przy badaniu zwłok innych małp autor zmian podobnych nigdy nie znajdował.

Inny przyczynek do wyżej wspomnianej sprawy podają Etienne i Fritsch. Wielu badaczy zaznaczyło już szybkość i łatwość, z jaką można otrzymać ateromatozę u królików, którym wstrzykuje się adrenalina przy zwiększonej jednocześnie zawartości wapnia w podawanym im pokarmie, a to przez dodanie chlorku wapniowego. Ateromatoza występuje w tym przypadku już po kilku dniach.

Autorowie w swych doświadczeniach mieli na celu zbadanie, w jaki sposób działa tutaj chlorek wapnia ($Ca\,Cl_2$). Z badań tych wynika, że przy podawaniu królikom 0·50 dziennie $Ca\,Cl_2$, wapno z początku jest zatrzymywanem w organizmie. Następnie po zaprzestaniu podawaniu $Ca\,Cl_2$ organizm pomału uwalnia się od nagromadzonego wapna i nawet ilość normalnie zatrzymywanego w organizmie wapnia zmniejsza się po pewnym przeciągu czasu. Przy podawaniu królikom $Ca\,Cl_2$ i jednoczesnych wstrzykiwaniach adrenaliny ilość wydzielanego CaO zwykle zwiększona przy adrenalinie, tutaj jeszcze więcej zwiększa się. Przy badaniu tkanek na zawartość CaO okazuje się zmniejszenie ilości jego w kościach i natomiast zwiększenie w tętnicy głównej. Tym sposobem więc $Ca\,Cl_2$ odwapniając szkielet podtrzymuje jednocześnie nasycenie plasmy wapniem i powoduje utrwalanie się jego w tętnicy głównej na miejscach zmienionych przez adrenalinę. Autorowie mniemają, że $Ca\,Cl_2$ działa odwapniająco nie jako sól wapnia, ale jako inne jakieś połączenie być może $Ba\,Cl_2$.

W etyologii miażdżycy wielką, a niezaprzeczoną rolę gra kiła. Lévy-Frankel miał możność zbadać histologicznie ściany aorty u 4 noworodków z kiłą dziedziczną. We wszystkich tych przypadkach autor znalazł: 1) zmiany w *adventicia* (przekrwienie naczyń włosowatych połączone ze zgrubieniem ich ścianek, miejscami zupełne zarośnięcie ich, naciek okołonaczyniowy, wybroczyny śródmiąższowe). 2) naciek *en nappe* w *tunica media* i zwyrodnienie jej. 3) Zmiany we włóknach elastycznych i drobniutkie kilaki usadowione przedewszystkiem w *tunica externa*.

Autor skłania się ku zdaniu Josuego, że ostatnie te zmiany stanowią pierwsze stadyum miażdżycy a obecność ich u noworodków mogłaby objaśnić częste znachodzenie bardziej wybitnych zmian u osób starszych, u których notowaną była kiła dziedziczna. *L. Mańkowski.*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. M. Wolff. **Badanie promieniami Roentgena, a wczesne rozpoznanie kliniczne gruźlicy płuc.** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen* T. XIII.zeszyt 2. str. 65).

Badania rentgenoskopowe muszą uzyskać, zdaniem autora, prawo obywatelstwa na równi z opukiwaniem i osłuchiwaniem. Nieraz bowiem obraz rentgenoskopowy wyprzedza o wiele obraz kliniczny. Szerokość i natężenie cienia są w podobnych przypadkach zdumiewające w porównaniu z obrazem klinicznym, otrzymanym przy pomocy opukiwania i osłuchiwania. Przyczyna takiej niewspółmierności tkwi w uzależnieniu dźwięków od szeregu warunków: wielkości i siedziby pojedyczych zmian, domieszki dźwięków z tkanki sąsiedniej itd. Gdy opukiwanie i osłuchiwanie daje wyniki względne, to prześwietlanie może dać obraz niezależny i samoistny. W jednym z podanych przypadków obraz rentgenoskopowy wyprzedził o 7 miesięcy obraz osłuchowo-opukowy. Rentgenoskopia natomiast zawodzi w tych przypadkach, gdy schorzenie jest zbyt świeże, nie zdołało jeszcze pociągnąć za sobą dostatecznego dla sfotografowania zgęszczenia. Zestawienie prześwietlenia z odczynem tuberkulinowym może dać nieraz wyniki pouczające. Zależnie bowiem od wysokości ciepłoty po wstrzyknięciu tuberkuliny możemy wnosić, czy mamy przed sobą czynne, czy też zwapniałe dawne ognisko. Brak zaś zmian w obrazie rentgenowskim i wyraźny odczyn tuberkulinowy, mogą świadczyć o siedzibie gruźlicy nie w płucach, lecz w innych narządach ustroju. Wobec tego, że inne metody przy badaniach gruźlicy gruczołów oskrzelowych często zawodzą, prześwietlanie powinno znaleść szerokie zastosowanie w rozpoznawaniu gruźlicy w wieku dziecięcym. *Miecz. Michałowicz.*

Meyer. **Stałe zmniejszenie się liczby ciałek białych przy zapaleniu otrzewnej wskutek przedziurawienia wrzodu durowego.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 30). Dotąd trzymano się twierdzenia, że zapaleniu otrzewnej, zwłaszcza ropnemu, towarzyszy prawie zawsze wybitne zwiększenie się liczby ciałek białych, zwłaszcza w 3 pierwszych dniach, poczem, w przypadkach ciężkich liczba ciałek opada. Doświadczenie kliniczne pouczyło M. jednak, że w razie wystąpienia zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu wrzodu durowego, tego zwiększenia się liczby ciałek białych może nietylko nie być, ale nawet liczba ciałek może nadal (jak przy durze samym) pozostać niższą od prawidłowej. Kierować się więc w rozpoznaniu podobnych przypadków liczbą ciałek białych nie można. *A.*

Weihrauch. **Próby odczynu spojówkowego zapomocą deuteroalbumozy.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 30). Matthes swego czasu wykazał, że wstrzykiwania deuteroalbumozy wywołują nieraz zupełnie podobne objawy, jak wstrzykiwania starej tuberkuliny; nawet twierdzi M., że odczyn tuberkulinowy nie jest niczem innem, jak tylko odczynem na obce białko. W. postanowił przekonać się, czy deuteroalbumoza przy odczynie spojówkowym zachowuje się taksamo, jak tuberkulina. Doświadczenia robił na sobie samym i na chorych. Na 23 chorych, na pewno gruźliczych, wystąpił po 10% deuteroalbumozie tylko raz odczyn oczny i to pierwszego stopnia, podobnie raz wystąpił odczyn po wstrzyknięciu podskórnem. O ile wprawdzie odczyn oczny nie jest dla gruźlicy jedynie typowy, o tyle znów z drugiej strony okazuje się, że przy odczynie ocznym starą tuberkuliną nie odgrywa głównej roli deuteroalbumoza. *A.*

Schlesinger. **Odzwyczajanie od morfiny zapomocą skopolaminy-dioniny.** (*Wiedeń. Tow. med. wewnętrz.* 1909). Przypadkowo zrobił S. spostrzeżenie, że przy używaniu skopolaminy z morfiną, z czasem zmniejszać można dawkę morfiny, przyczem skutek pozostaje ten sam. Wobec tego postanowił S. próbować odzwyczajać morfinistów zapomocą skopolaminy, co też powiodło się w krótkim czasie bez objawów ubocznych. S. z początku wstrzykuje dziennie 2—4 strzykawek rozczynu: *Morph. 0,2, Skopolamin. 0,00025, Dionin 0,3, Aq. dest. 10,0*, a już 2. dnia zaczyna szybko zmniejszać dawkę morfiny, a zwolna skopolaminy. 3 dnia podaje zaledwo 0,02—0,03 morfiny a w 8 do 12 dni nie daje już jej zupełnie, zwolna mniejsza się dawkę skopolaminy i dioniny, przyczem się chorych forsownie odżywia. *A.*

Gerhard Joachim. **Zatrucie terpentyną z zejściem śmiertelnem.** (*Med. Klinik.* 1909. Nr 26). Literatura zatruć

terpentyną jest dość skąpa. Dowiadujemy się z niej, że zatrucia takie, prócz przypadkowego lub samobójczego wypicia terpentyny, wystąpić mogą i w inny sposób, mianowicie przez wdychiwanie par terpentyny np. w fabrykach. Dawka trująca nie jest jeszcze ściśle określona, a raczej jest ona bardzo indywidualną. Zdaje się, że dla dzieci wynosi ona około 15 grm, dla dorosłych 50—100 grm. Autor spostrzegał zatrucie terpentyną z zejściem śmiertelnem u 3-letniego dziecka po użyciu dwóch łyżek terpentyny. Mimo energicznej pomocy w $1^3/_4$ godziny nastąpiła śmierć. Objawy były następujące: utrata przytomności, zwolnione oddychanie, szybki obrzęk płuc (krwawo pienisty płyn z nosa i z ust), spadek ciśnienia krwi, ustanie oddechu i drgawki. Przytem były źrenice rozszerzone, kończyny chłodne i sine. Często zdarza się bezmocz. Leczenie głównie dotyczy usunięcia trucizny przez wypłukanie żołądka, dalej sztuczne oddychanie i środki krzepiące. Przy sekcyi dziecka znaleziono jedynie obrzęk płuc i niewielkie zmiany w nerkach. *A.*

G. Guillain i J. Troisier. **O powstawaniu barwików żółciowych przy hemolizie w błonach surowiczych.** (*Revue de med.* 1909. Nr 6). Autorowie badali w dziesięciu przypadkach krwawy płyn mózgowo-rdzeniowy, opłucny, otrzewny i z aseptycznego krwiaka i spostrzegali szczegółowo sprawę hemolizy z powstawaniem »in situ« barwików żółciowych, niezależną zupełnie od jakiejś sprawy chorobowej pochodzenia wątrobowego. Przy wybroczynach tych odporność krwinek wobec rozczynów soli kuchennej stale maleje. Jest to przejawem rozpadu krwinek, który wiedzie, jak to wykazał Froin, do powstawania »in situ« barwików żółciowych. Zachodzi tu zupełna analogia spraw miejscowych do sprawy ogólnej, toczącej się przy t. zw. żółtaczce hemolitycznej. Nadto stwierdzali autorowie hyperkoncentracyę drobinową tych płynów, co również stanowi analogię do hypertonii, jaką Starkiewicz, Chauffard i Troisier znajdowali w surowicy przy żółtaczkach hemolitycznych.

Dr M. Blassberg.

Chauffard. **Ostre zniekształtnienie palców pochodzenia wiewiórowego.** (*Revue de med.* 1909. Nr 6). Autor opisuje przypadek, dotyczący 32-letniej kobiety dotkniętej zapaleniem wiewiórowem pęcherza i stawu kolanowego prawego. Odczyn tuberkulinowy podskórny robiono z wynikiem ujemnym. W 4 dni po przyjęciu do szpitala powstało u chorej zniekształtnienie stawów 4. i 5. palca lewej ręki, którą to zmianę autor odnosi do zakażenia wiewiórowego. Chora ta przechodziła przed 15 laty podostry gościec stawowy, po którym pozostało zniekształtnienie stałe 4. i 5. palca prawej ręki. Także brat chorej po przebyciu podostrego gośćca stawowego miał zniekształtnienie stałe 4. i 5. palca prawej ręki. *Dr M. Blassberg.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Sprawozdanie z III. międzynarodowego Zjazdu w sprawie opieki psychiatrycznej

odbytego w Wiedniu w roku 1908 (6—11 października)

opracował

Dr W. Chodźko,

lekarz naczelny szpitala dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią.

(Według odczytu, wygłoszonego na Zjeździe psychiatrów i neurologów w Kochanówce w d. 3. stycznia 1909 r. i w Towarzystwie lekarskiem łódzkiem 17 marca 1909 r.).

(Ciąg dalszy).

Zapobieganie szerzeniu się chorób zakaźnych w szpitalach psychiatrycznych stanowi ciągłą troskę lekarzy szpitalnych. Jest istotnie wysoce tragiczną rzeczą, kiedy chory, chcący odzyskać zdrowie umysłowe w szpitalu psychiatrycznym, zostaje w nim nagle i zdradziecko powalony przez chorobę zakaźną i często z niej umiera. Chorzy naszych szpitali przychodzą często ze środowisk wysoce niehigienicznych i przynoszą ze sobą mnóstwo zarazków chorobotwórczych, które nader szybko zaczynają wywierać swoje zabójcze działanie w gęsto zaludnionych chorymi lecznicach psychiatrycznych. W ostatnich czasach, na szczęście, zaczęto w bardzo wielu szpitalach psychiatrycznych budować oddzielne pawilony dla chorych zakaźnych. Nowe i szczególniej ciężkie zadania administracyjno-higieniczne spadły na nas z chwilą wykrycia, że dur brzuszny, tak często wybuchający w naszych szpitalach, jest rozpowszechnionym przez tak zwanych »roznosicieli bakteryi«. Tak np. w nadreńskim prowincyonalnym szpitalu psychiatrycznym Andernach w r. 1905 stwierdzono, że źródłem wybuchłej tam epidemii duru była pewna stara kobieta, pracująca w kuchni szpitalnej, która była taką »roznosicielką bakteryi«, będąc sama zdrową tak podmiotowo, jak i przedmiotowo. W szpitalu prowincyonalnym w Bunzlau, gdzie dur występował stale od dziesiątków lat, dokonano pewnego razu badania bakteryologicznego kału i znaleziono 16 »roznosicieli« prątków durowych (2 mężczyzn i 14 kobiet). Dla kobiet tych urządzono wtedy zupełnie oddzielny pawilon. To samo, co wiadomo o przenoszeniu przez osobniki zdrowe prątków durowych, stosuje się też i do czerwonki, która również bardzo często występuje w szpitalach psychiatrycznych.

Nadzwyczajnie dawno podnoszona i często roztrząsana sprawa wynagradzania chorych pracujących za ich pracę, zostaje w wielu szpitalach rozstrzygniętą w sensie twierdzącym; świeżo wprowadził wynagradzanie chorych szpital Dösen pod Lipskiem. Wynagradzanie chorych za pracę wzmaga ich chęć do pracy, podnosi ich nastrój i potęguje ich zadowolnienie i dobry humor, jest więc środkiem ze wszech miar zalecenia godnym.

Poruszając bardzo ważną i zasadniczą sprawę opieki ze strony państwa nad niezamożnymi umysłowo chorymi i konieczność umieszczania ich w szpitalach publicznych, potrącił Bresler o ciekawe i dziwne stosunki, panujące w Belgii. Istnieją tam 2 państwowe szpitale dla obłąkanych, 1 kolonia państwowa, 1 prowincyonalna, 6 zakładów przytułkowych i 48 prywatnych. W większości tych zakładów lekarze mieszkają poza ich murami i przeważnie zajmują się praktyką prywatną. W nocy niema w zakładzie ani jednego lekarza. Są zakłady, liczące po 500—600 chorych, których lekarze naczelni i ordynatorzy mieszkają w innych gminach, odległych o kilkanaście kilometrów. Ordynatorzy są płatni przez lekarzy naczelnych i wymagania, im stawiane, są nader niewielkie: niektórzy wpadają do zakładu 3 razy tygodniowo na 30—40 minut. Lekarze naczelni nie posiadają bardzo często żadnego praktycznego wykształcenia psychiatrycznego. Lekarze nie mają żadnego wpływu na żywienie, odzienie, higienę, gospodarstwo, na przyjmowanie i uwalnianie pielęgniarzy, nawet często nie znają ich nazwisk. Nawet w szpitalach państwowych dyrektorzy muszą przyjmować taki personel, jaki im przysyłają korporacye religijne.

Prof. Dr Crocq uskarża się na III Zjeździe neurologów i psychiatrów belgijskich w Antwerpii (we wrześniu 1907 r.), że lekarze nie mają w szpitalach żadnej powagi; np. lekarz zapisuje tych chorych, do których mają być stosowane środki przymusowe; jak tylko lekarz się oddali, natychmiast wszystkich chorych podnieconych i niewygodnych, których pilnowanie wymagałoby utrzymywania zbyt licznej służby, pakuje się w kaftany, do celek izolacyjnych, albo przywiązuje się do łóżek. Jeżeli lekarz chce zalecić chorym dłuższe kąpiele, koce i t. d., wtedy mówią mu, że służba nie ma czasu. Właściciele tych szpitali osiągają milion franków rocznego dochodu przy bardzo nizkich opłatach, ale umieją np. na 1 fr. 40 ctm. opłaty dziennej zarobić 50 centimów na czysto. Nadmienić należy, że większość tych szpitali jest w rękach kongregacyj religijnych. W tych opłakanych warunkach upadają najpiękniejsze instytucye belgijskie, nawet wspaniała kolonia opieki rodzinnej w Gheel. To też obecni na Zjeździe psychiatrzy belgijscy, Peters z Gheel, Morel i Boulenger zwrócili się urzędowo do Zjazdu z prośbą o wystąpienie w obronie psychiatryi i lekarzy do rządu belgijskiego i wypowiadali głośno swe oburzenie na kongregacye, duszące psychiatryę belgijską. Zaznaczyć należy, że w pobożnej Irlandyi jeszcze 13% chorych umysłowych siedzi zamkniętych w domach pracy (rodzaj więzień), a w Hiszpanii dwukrotnie w ciągu półrocza ogłaszany konkurs na obsadzenie stanowiska dyrektora nowo otwartej lecznicy prowincyonalnej w Gerona pozostał bez skutku, gdyż zgłosiło się tylko 2 kandydatów i to bez wykształcenia psychiatrycznego.

Opieka rodzinna nad umysłowo chorymi czyni stale szybkie i pocieszające postępy — jako przykład przytacza Bresler miejscowość Dicsö-Szentmarton na Węgrzech, gdzie w sierpniu 1905 oddano pod opiekę rodzin 15 chorych, a już w kwietniu 1907 r. liczba chorych na opiece rodzinnej doszła do 170.

Sprawa »opieki rodzinnej«, dawno już przesądzona w znaczeniu pomyślnem tak na Zachodzie, jak i u naszych rosyjskich sąsiadów, dotąd nie znalazła u nas w Polsce takiego przyjęcia, na jakie zasługuje. Na Zjeździe gorącym jej rzecznikiem był

Dr Peeters, dyrektor słynnego szpitala belgijskiego w Gheel, od kilkuset już lat umieszczającego swoich chorych na opiece rodzinnej z doskonałymi dla nich wynikami. Dr Peeters w swoim odczycie zastanawiał się szczegółowiej nad zarzutami, stawianymi przez niektórych »opiece rodzinnej«, jakoby przez rozsiewanie chorych umysłowych wśród ludności zdrowej miała się przyczyniać do zarażenia tej ostatniej usposobieniem do chorób umysłowych. Dr Peeters sądzi, że należałoby zarzut ten odeprzeć na podstawie ścisłych danych z obserwacyi i statystyki zachorowań w okręgach działania »opieki rodzinnej«, ze swej strony zaś zaznacza, na zasadzie kilkusetletniego doświadczenia szpitala w Gheel, że w okręgu »opieki rodzinnej« tego szpitala ilość chorób umysłowych bynajmniej nie wzrosła. — Dr Matthies przedstawił statystykę ruchu chorych w »opiece rodzinnej« szpitala Dalldorf pod Berlinem; zasługuje na zaznaczenie, że 56,2% chorych zostało umieszczonych we własnych rodzinach i przeważnie w samem mieście Berlinie, albo co najwyżej na jego przedmieściach. W dyskusyi gorąco poparł sprawę »opieki rodzinnej« Prof. Dr Alt (z Uchtspringe), który jednak zbyt jednostronnie podkreślał tylko finansową korzyść tej sprawy: niewątpliwie korzyść finansowa jest bardzo znacznym czynnikiem, najważniejszą jednak jest korzyść moralna, jaką odnoszą chorzy, powracający przy pomocy »opieki rodzinnej« do wolności i prawidłowego życia.

W bezpośrednim związku ze sprawą »opieki rodzinnej« znajdował się odczyt Prof. Ferrariego (z Imoli pod Bolonią), który wskazywał na konieczność ścisłej łączności między »opieką rodzinną« i Towarzystwami Opieki nad umysłowo chorymi; Towarzystwa takie, powołując do współdziałania szerokie sfery społeczne, znacznie ułatwiają lekarzowi dozór nad rodzinami, podejmującemi się opieki nad umysłowo choremi. Tego rodzaju współdziałanie szpitali psychiatrycznych i Towarzystw opiekuńczych wydało już doskonałe wyniki w niektórych prowincyach włoskich.

Dr Kreuser (z Winnenthal) wskazał na znaczne usługi, wyświadczane przez Towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi w królestwie Wirtemberskiem; dostarczają one chorym, wychodzącym ze szpitali, pracy i zarobku, opiekują się ich rodzinami, pomagają do umieszczenia chorych w szpitalach psychiatrycznych. Tablica, rozdawana przez Dra Kreusera uczestnikom obrad, uwidoczniała ruch pieniężny w Towarzystwach pomocy dla umysłowo chorych za lat 11 (1896—1907). Suma zapomóg udzielonych wyniosła 44.446 marek, pomocy udzielono 365 osobom, średnio po 121·7 marek na osobę. Wynik tej pomocy był zadowalniający w 70·8% wszystkich przypadków. Do tejże grupy spraw stosował się odczyt pani Obermayer-Wallner o urządzeniu sal zarobkowych dla wychodzących ze szpitali wyleczonych umysłowo chorych kobiet.

Nadzwyczajnie żywy i zdaje się całkowicie zrozumiały oddźwięk wśród członków Zjazdu, wywołała poruszona w referacie Breslera sprawa umieszczania i utrzymywania umysłowo chorych przestępców. Sprawa ta staje się obecnie wszędzie palącą dla psychiatrów, gdyż liczba tego rodzaju chorych ustawicznie rośnie wskutek wcześniejszego, niż dawniej, rozpoznawania u przestępców chorób umysłowych. Element ten jednakże staje się nadzwyczajnie uciążliwym dla szpitali psychiatrycznych, gdyż zmusza je bardzo często do poświęcania swego charakteru szpitalnego na rzecz zarządzeń o typie więziennym To też Towarzystwo psychiatrów włoskich zażądało na XIII swoim Zjeździe w r. 1907, aby dla tej kategoryi chorych urządzano osobne szpitale więzienia (Manicomii Giudiziari), byle tylko uwolnić zwykłe szpitale psychiatryczne od tego balastu. Jednakże praktyka dowiodła, że tam, gdzie takie szpitale więzienne urządzono, koncentracya tych niebezpiecznych i wysoce szkodliwych żywiołów była powodem bardzo przykrych zajść. Jako ilustracya może służyć jaskrawy, a mało znany w Europie fakt buntu, który zdarzył się w państwowym szpitalu dla umysłowo chorych przestępców w Dannemora (Stany Zjednoczone Ameryki Północnej). Bunt wybuchł 21 sierpnia 1907 roku — był on zarówno podstępnie obmyślony, jak i śmiało wykonany. Do 9 godziny wieczorem panowała wśród 320 pensyonarzy zakładu zupełna cisza i spokój; z wybiciem tej godziny, bez najmniejszego sygnału naraz prawie wszyscy rzucili się do dwu wielkich sal sypialnych, zatrzasnąwszy dozorcom drzwi przed nosem. Drzwi zostały zabarykadowane zapomocą łóżek i innych mebli i chorzy zaczęli łamać kraty. Wobec tego pod oknami zakładu ustawiono posługaczy, którym polecono strzelać, jak tylko wychyli się z okna ramię albo ręka chorego. Kiedy próbowano odpędzić buntowników oblewaniem wodą z sikawki, założyli oni okna materacami i w dalszym ciągu, przy pomocy żelaznych ram od łóżek, wyrywali kraty z muru. Dopiero zabicie jednego z chorych wystrzałem z karabinu i udzielenie pomocy przez mieszkańców miasta i straż więzienną, położyło koniec buntowi. Wypadek ten jasno świadczy, że w każdym razie gromadzenie tych żywiołów na dużych salach wspólnych jest bardzo niebezpieczne.

Z odczytami w sprawie umysłowo chorych przestępców wystąpili van Deventer (z Amsterdamu), Rhodes (z Manchester) i Grasset (z Monpellier).

Van Deventer uważa za konieczne tworzenie przy więzieniach oddziałów dla przestępców, podejrzanych o chorobę umysłową, w celu ich ścisłej obserwacyi, jak również w celu odosobniania przestępców, ulegających ostremu napadowi psychozy; obok tego zaś proponuje tworzyć osobne oddziały dla tej kategoryi chorych przy szpitalach psychiatrycznych ogólnych. W dyskusyi niektórzy uczestnicy Zjazdu oświadczyli się, wbrew zdaniu van Deventera, za tworzeniem osobnych szpitali dla umysłowo chorych przestępców, wogóle zaś ujawniała się w tej sprawie znaczna rozbieżność poglądów.

Leczenie chorób umysłowych nie było szczegółowiej traktowane na Zjeździe: wiele zapowiedzianych, a bardzo interesujących odczytów w tej sprawie spadło z porządku dziennego. W referacie Breslera znajdujemy o kąpielach stałych wzmiankę w znaczeniu ujemnem; praktyka dowiodła ich zupełnej bezużyteczności, jako czynnika leczniczego, co najwyżej okazały się użyteczne dla pielęgnowania słabych fizycznie, zanieczyszczających się i niektórych niespołecznych obłąkanych. Natomiast kąpiele długie (6—8 godzin), jak to dowiodła praktyka i badania psychometryczne Buscha i Plauta w Monachium wywierają nadzwyczaj poważny wpływ leczniczy, aż do wyleczeń włącznie. Jako najnowszy krok naprzód w dziedzinie hydroterapii psychiatrycznej należy zanotować wprowadzenie w szpitalu Dösen pod Lipskiem i w Getyndze »kąpieli długich« na świeżem powietrzu, w ogródkach dla chorych.

Niektóre szpitale amerykańskie stosują nowoczesne metody elektrolecznicze, jak to: kąpiele sinusoidalne i statyczne w manii, melancholii, otępieniu, psychozach z wycieńczenia; szpital Manhattan systematycznie stosuje miesienie, szpital Masillon bada wpływ chorób zębów na rozwój chorób umysłowych, szpital Bloomingdale szeroko stosuje w badaniu zasady psychoanalizy według metody Freuda, gorąco obecnie bronionej przez Prof. Bleulera, Junga i innych.

W szpitalu Illinois stosują leczenie światłem kolorowem. Melancholików trzyma się tam w pokojach czerwonych, chorych podnieconych w pokojach niebieskich albo czarnych. Referent jest tego zdania, że powinno się poświęcać znacznie większe środki, niż dotąd na studya terapeutyczne, na badania wymiany materyi, krwi itd. u umysłowo chorych.

Wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu o ciągłym przyroście umysłowo chorych, stwierdzić można z zadowoleniem, że w niektórych krajach kulturalnych ilość chorych umysłowo zaczyna spadać nietylko w stosunku do ludności, ale nawet bezwzględnie. Komisya opiekuńcza Anglii i Walii stwierdza, że przyrost chorych umysłowo za rok 1906 wynosi 2009 osób, gdy w poprzedniem pięcioleciu wynosił średnio po 2655 osób. Tak samo spadek liczby chorych umysłowych stwierdza komisya szkocka i irlandzka.

Sprawa wychowania głuptaków (idyotów), epileptyków i umysłowo upośledzonych dzieci zajęła poważne miejsce wśród obrad Zjazdu. W sprawie tej przemawiali: Vogt, Hess, Sioli, Heller, Voisin, Berillon. Między innemi Sioli (z Frankfurtu n. Menem) i Hess (ze Zgorzelic) uważają za bardzo pożądane i właściwe, aby dzieci umysłowo upośledzone, głupowate i epileptyczne, które wymagają przedewszystkiem stosowania leczenia obok nauki, czyli t. zw. terapii pedagogicznej, były umieszczane w szpitalach dla dorosłych umysłowo chorych, oczywiście w oddzielnych pawilonach. Voisin opowiada szczegółowo o metodach nauczania, jakie stosuje na swoim oddziale w Salpêtrière.

(Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W Wiedniu w jednej z fabryk szczotek wybuchła endemia wąglika. Kilku robotników zmarło. X.

Orkiestra lekarska pod nazwą »Wiedeńskie Towarzystwo orkiestrowe« utworzyła się w Wiedniu, a to z powodu spostrzeżenia, że wielu lekarzy i medyków z zamiłowaniem oddaje się muzyce, a nie ma sposobności wspólnego ćwiczenia się. Towarzystwo to prócz członków czynnych liczy licznych członków honorowych i wspierających. Orkiestra produkować się będzie na uroczystościach lekarskich i wieczorkach w towarzystwach, a w najbliższej przyszłości na jesiennym Zjeździe neurologów. *X.*

Porażenia prądem elektrycznym przez wadliwą izolacyę wozów tramwajowych w Warszawie stają się coraz częstszemi i w szpitalach znajduje się już kilka osób w leczeniu, a mimo to nadzór tramwajowy nic jeszcze nie przedsięwziął w tej sprawie i wadliwe wozy wysyła dalej na linie. *X.*

Nad nowym projektem grzebania zmarłych, urządzenia cmentarzy i krematoryów obradowano w Petersburgu w sierpniu, pod kierunkiem głównego inspektora lekarskiego. W projekcie uchwalono trzydniowy termin przechowywania zwłok zmienić na dwudniowy. *X.*

Nowy regulamin dla stanu lekarskiego, uchwalił wydział Izb pruskich z życzeniem, by wszystkie Izby niemieckie przyjęły go z ewentualnemi swemi poprawkami. Regulamin ten zajmuje się po większej części ustaleniem etyki lekarskiej co do wzajemnego stosunku lekarzy do siebie, obejmowania chorych, zastępstw, narad, kwestyi reklam, ogłaszań się, środków tajemnych, stosunku do partaczy, przyjmowania posad, specyalizacyi, pobierania honoraryum, ubiegania się zawodowego i t. p. Idealnym nazwać go jednak nie można. Po pierwsze traktuje on sprawy zawodowe zanadto ogólnie, dozwalając na różną interpretacyę paragrafów, dalej nie porusza wielu żywotnych kwestyi, jak stosunku z kasami chorych, towarzystwami ubezpieczeń, odmawiania porady i stosunku z pacyentami, a z drugiej strony wprowadza krępowanie wolności osobistej lekarzy, nie dozwalając im samoistnie rokować o posady z instytucyami chociażby np. chodziło tylko o przedłużanie umowy na tych samych warunkach. *X.*

Żywotności narodowości polskiej pod zaborem pruskim dowodzi między innemi fakt zdatności do wojska, podany w ostatniej publikacyi berlińskiego urzędu statystycznego. Podczas gdy w prowincyach czysto niemieckich, na 100 popisowych zaledwo 44·9% jest zdatnych do wojska, to w dzielnicach polskich spotykamy cyfry znacznie wyższe, tak np. w Wielkiem Księstwie Poznańskiem 55·5%, w Prusach zachodnich 62·6%, we wschodnich 65·2%, na Śląsku 52%. Cyfry te świadczą wymownie za siebie, jeżeli się doda, że Niemiec wogóle żyje w lepszych warunkach i korzysta ze wszelkich wsparć, ulg i ułatwień ze strony państwa. *X.*

Hojny dar dla angielskiego »Radium Institute« ofiarowali wicehrabia Ivengh i sir Cassel, albowiem obstalowali w kopalniach kornwalijskich, dla rzeczonego instytutu, radu za przeszło pół miliona koron. *X.*

Według badań Drów Savagey i Dickinsona wynika, że w samej Anglii znajduje się 200.000 idyotów. Ten niezwykły kontyngent, podług Dickinsona przypisać należy nadzwyczajnej płodności kobiet upośledzonych umysłowo. Tak np. 16 spostrzeganych przez D. pacyentek, wydało ogółem na świat 116 dzieci idyotów. *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca lipca 1909 . . .	474,997	280,494
W sierpnia 1909	1,600	—
Razem .	476,597	280,494

Kraków, 31 sierpnia 1909.

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 29. VIII. do 4. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (w tem obcych — † —), płonicy 32 † 2 (2 † 2), odry 23, duru brzusznego 28 (4), czerwonki 1 (—). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. VIII. do 4. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 2 † —), płonicy 5 † 2 (5 † 1), odry 3 (—), duru brzusznego 5 † 1 (3), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), nieżytu jelit dzieci 8 † 8 (1 † 1). *Dr Janiszewski.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Frekwencya studentów w półroczu letniem 1909 roku, według wykazu ministerstwa oświaty na uniwersytetach austryackich przedstawia się jak następuje: Wiedeń słuchaczy 7372, w tem 1591 studentów medycyny. Insbruk 1050 z tego 170 medyków. Grac 1818, w tem medyków 320. Praga: uniwersytet niemiecki 1502, w tem medyków 254 — uniwersytet czeski 3675 w tem 537 medyków. Lwów 3873 w tem medyków 267 Kraków 2747 w tem medyków 465. Ogółem słuchaczy medycyny na wszystkich austryackich uniwersytetach było 3601

Lwów. Namiestnik zamianował koncepistę sanitarnego Dra Stanisława Kaczyńskiego lekarzem powiatowym — przeniósł koncepistów sanitarnych Dra Henryka Palestra ze Śniatyna do Turki, Dra Maryana Udzielę z Zaleszczyk do Gródka Jagiellońskiego, Dra Bernarda Grudzewskiego z Bohorodczan do Zaleszczyk i asystentów sanitarnych. Dra Jakóba Kroka z Turki do Śniatyna, Dra Henryka Rosmarina z Żabic do Bohorodczan i Dra Juliusza Kocwę ze Lwowa do Przemyśla.

Z różnych stron. 29 sierpnia otwarto XVI. międzynarodowy kongres lekarski w Peszcie. Zagaił pierwsze posiedzenie Fryderyk Korányi w zastępstwie chorego prezydenta Kolomana Müllera. W imieniu cesarza powitał kongres arcyksiąże Józef, następnie przemawiał minister oświaty Apponyi, prezydent miasta Pesztu i generalny sekretarz Prof. Grosz. Po tych powitaniach przemawiali delegaci poszczególnych krajów, jak Uhthoff, Pavy, Landouzy, Kitesatr, Bacelli i inni. Uczestników Zjazdu zgłoszono zwyż 4000.

— W Paryżu powstała myśl utworzenia międzynarodowego związku pedyatrów, który urządza w kwietniu 1910 r. I. międzynarodowy zjazd.

— Akademia naukowa w Paryżu przyznała nagrodę 4000 franków Drowi Chawkinowi za prace nad szczepieniem cholery.

Mianowani: Doc. W. Meyer profesorem i dyrektorem polikliniki lekarskiej w Strassburgu, a Doc. Dr Morawitz profesorem i dyrektorem polikliniki lekarskiej w Fryburgu.

Redakcya otrzymała: Bronisław Ziemiński. Zarys okulistyki z 161 rysunkami w tekscie i 4 kolorowemi tablicami. Warszawa 1909. Nakładem autora. — Eugeniusz Piasecki: Epidemia płonicy w mieście Lwowie w latach 1907—1909 (odbitka z »Głosu lekarzy«). — Józef Zawadzki: Wzór do obliczania wartości pieniężnej ciepłostek pokarmów (odbitka z »Medycyny i Kroniki lekarsk.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie od 2—23. grudnia 1909.

Wyjaśnień udzielają i zgłoszenia przyjmują Prof. Ciechanowski (Wielopole 4), Prof. Dobrowolski (Podwale 2), i Prof. Krzysztalowicz (Basztowa 6).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26. listopada do 2. grudnia 1909.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dnie powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się we środę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakteryj chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Nowak wspólnie z asystentem Dr Szymanowskim: Praktyczny kurs bakteryologii. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Mięsowicz: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej (Kopernika 15) w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej (Kopernika 15). 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mające. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz wspólnie z asystentem Dr Landauem: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5—6 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8—10 rano. Czesne 20 kor. Najmniej 5 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem Dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5—7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i sifilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od $8^1/_2$ do 10 rano. Czesnè 20 koron. Najmniej 15 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami Dr Cetnarowskim, Przybylskim i Schlankiem: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Prof. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9.	Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10.	Dermatologie i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.
	Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
	Chirurgia (Prof. Rutkowski) codz. prócz sobót.
9—10.	Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11.	Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.
10—11.	Położnictwo (Prof. Dobrowolski) codz.
10—12.	Pedyatrya (Prof. Lewkowicz). Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—1.	Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki.
12—1.	Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona.	Medycyna wewn. (Doc. Mięsowicz, Doc. Latkowski) 4 godz. tyg.
3—5.	Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
4—5.	Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6.	Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6.	Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid) codz.
4—5.	Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
5—7.	Badania laryngol. (Prof. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—8.	Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) wtorki, czwartki
Pora popołudn. na razie nie oznaczona.	Wziernikowanie oka.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222
SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg. | ŁOG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 18. września 1909. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z dziedziny powikłań zapalenia wyrostka robaczkowego.

Podał

Dr M. Łążyński.

(Odczyt w Polskiem Towarzystwie lekarskiem w Kijowie).

(Dokończenie).

Może jednak być jeszcze inaczej. Mija wiele lat po przebytem cierpieniu; nie pozostają żadne objawy chorobowe ani ze strony przewodu pokarmowego, ani narządów sąsiednich, a jednak życiu takiego osobnika, cieszącego się napozór najlepszem zdrowiem, może naraz zagrozić niebezpieczeństwo wskutek sprawy, która niczem nie dawała przedtem znać o sobie. Jeden z takich przypadków, operowany w kijowskiej klinice chirurgicznej, a zakończony niepomyślnie wskutek spóźnionej pomocy chirurgicznej, przytoczę.

M. Ł., włościanin z Podola, lat 46, 19. września r. z. z wieczora poczuł silne bole w brzuchu, o charakterze kurczowym i nudności. W kiszkach odczuwał jakoby przelewanie się płynu. 20. IX. były około 10 razy wymioty, lecz chory zapachu kałowego wymiocin nie zauważył. Od dnia zasłabnięcia nie miał stolca, wiatry również nie odchodziły. Ziębienia ani gorączki nie odczuwał. Przed 16 laty był chory na silne zaparcie stolca, połączone z wielkim bólem w dolnej części brzucha, o ile przypomina sobie, więcej z lewej strony, niż z prawej. Później aż do ostatniej choroby czynność przewodu pokarmowego była zupełnie prawidłowa.

Lekarz miejscowy wyprawił chorego do Kijowa, gdzie 23. IX. przyjęto chorego do kliniki terapeutycznej w stanie następującym: tętno 130, miękkie; oddechów 30. Ciepłota nie podniesiona, skóra sucha; język suchy, obłożony. Brzuch rozdęty, bębnica i odgłos bębenkowy sięga na $3^1/_2$ palca ponad prawy łuk żebrowy. Przez powłoki brzuszne dają się spostrzegać dość wyraźne ruchy robaczkowe jelit. W rozdętych pętlach jelita wyczuwa się kruczenie; nad jelitem odgłos opukowy bębenkowy wysoki z odcieniem metalicznym. Napięcie ścian brzusznych niewielkie. W prawym dole biodrowym wyczuwa się opór na przestrzeni mniej więcej dłoni. Nad tą okolicą odgłos opukowy przytłumiony, przy zmianie położenia wyjaśnia się. Przy badaniu przez odbytnicę z prawej strony niewyraźnie wyczuwa się znaczniejsze, niż z lewej napięcie tkanek. Przekłucie próbne w okolicy przytłumienia mniej więcej w punkcie Mac-Burneya dało płyn brunatny o zapachu kałowym. Drobnowid wykazał bezkształtną miazgę: widocznie igła strzykawki dostała się do wnętrza jelita. Leukocytoza 14.000. W moczu wybitnie zwiększona ilość indykanu.

Rozpoznanie: niedrożność jelit, prawdopodobnie wskutek zawęźlenia (*volvulus*).

Tegoż dnia przez odbytnicę wprowadzono miękki zgłębnik żołądkowy i przepłukano kiszki, poczem wyszła dość znaczna ilość kału, wiatry nie odeszły. Wstrzyknięto pod skórę atropinę (0,002) z morfiną (0,01).

24. IX. chory został przeniesiony na oddział chirurgiczny. Podczas badania brzucha ruchy robaczkowe jelit nie dają się zauważyć. Zresztą objawy te same.

W uśpieniu chloroformowem dokonano otwarcia jamy brzusznej. Cięcie od pępka prawie do spojenia łonowego. Z otworu wylało się około 2 szklanek płynu mętnego, niezbyt cuchnącego. Jelito cienkie, ogromnie rozdęte zaczęło wydobywać się z rany. Barwa jego ścian fioletowa, prawie czarna. Opróżnienie jelita z treści zapomocą grubej strzykawki nie udało się. Kątnica przy badaniu zupełnie unieruchomiona; podstawę wyrostka robaczkowego odszukano, atoli dalszej części, przyrośniętej do tylnej ściany jamy brzusznej, nie powiodło się wymacać. Kiszka gruba na całej długości pusta, zapadnięta. Podczas próby odprowadzenia pętli jelita ściana jego pękła w dwóch miejscach, zaniechano więc zabiegu doszczętnego i ograniczono się na założeniu odbytu sztucznego, rozszerzając i łącząc ze sobą miejsca pęknięte.

Wkrótce po operacyi, pomimo stosowania leków podniecających i wlewań podskórnych rozczynu soli kuchennej, nastąpił zapad, a w kilka godzin zejście śmiertelne.

Badanie zwłok, dokonane przez Dra Niedzielskiego, wykazało, co następuje:

Tkanka przyszytej do brzegów rany pętli jelita — krucha, łatwo się rwie, barwy szaro-fioletowej. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono otrzewnę nieco zgrubiałą, nastrzykaną i pokrytą delikatnemi błonkami włóknikowemi. Całe jelito cienkie — rozdęte, grube — zapadnięte. W jamie brzusznej znaczna ilość płynu mętnego, brunatno-czerwonawego. Wyrostek robaczkowy zgrubiały i przytwierdzony zapomocą tkanki włóknistej do dołu podkątniczego (*fossa subcoecalis*); jelito biodrowe (krętnica) na przestrzeni 20 ctm, poczynając od kiszki ślepej, przyrośnięte do otrzewnej tylnej ściany jamy brzusznej, tworzy z krezką jelita cienkiego kąt prosty. Krezka przedstawia się w postaci tkanki bliznowato zmienionej, w miejscu zaś zrośnięcia z jelitem skręcona jest o 180° od strony lewej na prawą, wskutek czego jelito przyciśnięte zostało do kręgosłupa, a światło jego zupełnie zamknięte. W krezce w tem miejscu rozległe wybroczyny; jelito przepełnione płynem, ściany jego obrzękłe, barwy ciemno-szarej. Śledziona powiększona, torebka jej nieco zgrubiała, miąższ kruchy. Wątroba niepowiększona, przekrwiona, barwy brunatno czerwonej. W nerkach objawy zastoinowe. Serce nie powiększone, w stanie rozkurczu. Ściany tętnicy głównej stwardniałe. W płucach obrzęk.

W danym przypadku przed laty 16, jak to można wnosić z wywiadów, przebył chory zapalenie wyrostka robaczkowego. Sprawa chorobowa nie doprowadziła do zgorzeli i przedziurawienia wyrostka, lecz wywołała ograniczone zapalenie otrzewnej, które zajęło błonę surowiczą wyrostka, część krętnicy i obie blaszki krezki. Czy był to przypadek, podobny do opisanych przez Fraenkla i Kijewskiego, gdzie sprawa doszła do ropni w krezce i gruczołach chłonnych, trudno obecnie sądzić, ale prędzej można przypuszczać, że ropienia nie było, gdyż przebieg nie był ciężki; rzadko

zaś się zdarza, by ropienie jedynie siłami ustroju zostało pokonane, zarazki zginęły, ropa się wessała, pozostawiając samą tylko tkankę bliznowatą.

Co się tyczy zabiegu operacyjnego przy tak ciężkiej postaci niedrożności jelit, to trudno orzec, jaki jest najlepszy, gdyż rokowanie przy każdym pozostaje wątpliwe. Zapewne — w każdym lekarzu, nawet w przypadkach najrozpaczliwszych tkwi iskierka nadziei, że uda się pomódz choremu. Otwiera więc jamę brzuszną i szuka miejsca zawęźlenia, by je uwolnić. Ale taki zabieg doprowadzić może do pożądanego skutku tylko w przypadkach względnie jeszcze świeżych, w przypadkach zaś zaniedbanych, gdy jelita są nad miarę rozdęte, a ściany ich zmienione, bezpieczniej jest utworzyć tymczasowy odbyt sztuczny na pierwszej pętli jelita, byle przed miejscem niedrożnem. Kiedy stan chorego pozwala na nieco dłuższy zabieg, można otworzyć rozdęte jelito, jak się to robi przy utworzeniu odbytu sztucznego, wypuścić treść, zaszyć jelito i następnie po rozszerzeniu cięcia brzusznego starać się znaleźć miejsce zwężenia, co się łatwiej może udać przy zapadniętych ścianach jelit. Przy tym zabiegu atoli znacznie się zwiększa niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej [1]).

A teraz chciałbym dodać kilka słów o przechodzeniu zarazków przez ściany jelit przy ich niedrożności.

Doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia kliniczne (Nepreu, Kraft, Waterhouse, Bönneken, Maklecow i in.) dowiodły, że nie jest niezbędną zgorzel jelita, by bakterye wniknęły do jego ścian i przez nie przeszły na powierzchnię otrzewnej. Dość 5—6-godzinnej przerwy w swobodnem przesuwaniu się zawartości jelita dla przedostania się drobnoustrojów przez ściany. Przy zawęźleniu jelita lub uwięźnięciu w przepuklinie ściany jego są przepuszczalne dla drobnoustrojów już wtedy, kiedy gołem okiem spostrzegamy jedynie zastój żylny. A więc obecność bakteryi na otrzewnej nie jest jeszcze zjawiskiem zbyt groźnem, wywołującem nieodmiennie jej zapalenie i dalszy przebieg choroby oraz zdrowienie zależy od żywotności tkanek narządu. Jeśli stosowany zabieg zostanie dokonany w porę, jeśli upośledzenie krążenia i uszkodzenie nabłonka śluzówki z jednej strony, a śródbłonka otrzewnej z drugiej strony nie dojdzie do granic ostatecznych, na zejście pomyślne mamy prawo liczyć z wszelkiem prawdopodobieństwem.

Jeżeli sztucznie wywołać u królika wypadnięcie prostnicy i przewiązać ją, to już po dobie możemy znaleźć prątki okrężnicy w sercu, nerkach i innych narządach, zwłaszcza zaś w jamie otrzewnej, chociaż zwierzę przed sekcyą czuje się względnie dobrze. Przy sekcyi nie spostrzegamy znaczniejszych zmian w otrzewnej i jelitach z wyjątkiem znacznego rozdęcia pętli jelit i niewielkich wybroczyn. Jeżeli po 24 godzinach zdjąć opaskę, to zwierzę szybko powraca do zdrowia.

Czy zarazki, które dostały się w tym czasie i w takich warunkach do ustroju, są mniej jadowite, czy zbyt mało ich przenika, czy tkanki zdrowego zresztą ustroju skutecznie mogą je zwalczać, — przesądzać trudno. Prawdopodobnie wszystkie te czynniki są przyczyną, iż nie odrazu, a tylko po pewnym, często dość znacznym przeciągu czasu, po uwięźnięciu przepukliny lub powstaniu w inny sposób niedrożności jelit, występują groźne objawy zapalenia otrzewnej.

[1]) By uniknąć niebezpieczeństwa zakażenia otrzewnej podczas tego zabiegu operacyjnego, podał Klapp przyrząd, składający się z 2 rurek, z których jedną — grubszą i krótszą, wszywa się do jelita, drugą — cieńszą i dłuższą, wstawia się do pierwszej i przez nią wyciąga się treść jelit.

Ale gdy jakikolwiek czynnik — chemiczny, mechaniczny lub też zakaźny, wywoła znaczniejsze uszkodzenie śluzówki przewodu pokarmowego, wtedy nawet bez niedrożności może powstać ograniczone lub ogólne zapalenie otrzewnej. I tak, jeżeli królikom przez odbytnicę zapomocą miękkiego cewnika wprowadzano kilka kropel oleju krotniowego do kiszki (w doświadczeniach wyżej wspomnianych) — to już po kilku godzinach następowała znaczna bębnica i wysięk zapalny w jamie otrzewnej.

Zrozumiemy teraz, dlaczego np. podczas zapalenia wyrostka robaczkowego, w której to sprawie chorobowej cierpi przedewszystkiem nabłonek śluzówki, a następnie — wskutek skrzepów w naczyniach wyrostka — i inne tkanki wyrostka, tak szybko może powstać powikłanie w postaci zapalenia otrzewnej.

Droga przenikania zarazków, chociaż rzadko, bywa i odwrotna. Kiedy przyczyna w postaci drobnoustrojów chorobotwórczych o wybitnej sile toksycznej, działa na błonę surowiczą jelita, drobnoustroje mogą w wielkiej ilości dostać się do śluzówki i wywołać w niej ciężkie zmiany chorobowe.

Dla dokładniejszego wyświetlenia opisanych zjawisk pozwolę sobie przytoczyć dwa ciekawe spostrzeżenia kliniczne Lennandra[2]).

I. Chora 29-letnia, przedtem zdrowa, poczuła naraz gwałtowny ból w dołku; wymioty z domieszką krwi. Następnie odęcie brzucha i wszystkie objawy zapalenia otrzewnej; ziębienic, bredzenie, sinica twarzy, oddech powierzchowny, tętno 130, ciepłota 38,1; obmacywanie brzucha bardzo bolesne, zwłaszcza w okolicy nadbrzusza w lewej jego połowie. Operacya. Otrzewna ścienna zrośnięta z lewą połową wątroby i z żołądkiem; w miejscach wolnych mętny płyn wysiękowy. Przedziurawienia nigdzie nie znaleziono. Dolna połowa jamy brzusznej i miednica — bez zmian. Po operacyi wkrótce śmierć. Podczas badania zwłok okazało się: zapalenie ropne błony śluzowej żołądka (*gastritis phlegmonosa*) bez przedziurawienia i również ropne zapalenie otrzewnej, jako następstwo sprawy pierwotnej w żołądku.

Drobnoustroje przeszły zatem przez uszkodzone ściany żołądka i wywołały zapalenie otrzewnej.

II. Mężczyzna 37-letni, od kilku lat cierpi na objawy niestrawności. Leżąc w łóżku, naraz poczuł gwałtowny bol w brzuchu poniżej pępka. Podczas zabiegu operacyjnego (we $2^1/_2$ doby od początku zasłabnięcia), znaleziono drążący wrzód dwunastnicy, który zaszyto. Jamę otrzewnej, zawierającą wysięk włóknikowo-ropny, oczyszczono wacikami i przepłukano; w okolicach lędźwiowych założono sączki. W dobę po operacyi zejście śmiertelne. Przy badaniu zwłok znaleziono: rozlane włóknikowe zapalenie otrzewnej, przedziurawienie dwunastnicy wskutek wrzodu. Ale, co najciekawsze, największe zmiany były na śluzówce dolnego odcinka jelita czczego, a mianowicie tam, gdzie wysięk, otaczający je, miał charakter zupełnie ropny. W tej części jelita znaleziono *enteritis pseudomembranacea.* Natomiast w krętnicy, kiszce grubej i kątnicy, żadnych zmian chorobowych na śluzówce nie spostrzeżono.

Przytoczone spostrzeżenia mają wartość nietylko teoretyczną. Pod względem praktycznym dają one również cenne wskazówki.

Operując zapalenie otrzewnej, zwłaszcza ropne, powin-

[2]) Mitheilung. aus den Grenzgebiet. der Mediz. und Chir. 1898. T. IV. Zesz. 1.

niśmy usunąć, o ile można dokładnie, lecz bez uszkodzenia śródbłonka, wysięk, który jest siedliskiem drobnoustrojów chorobotwórczych, by zabezpieczyć narządy jamy brzusznej od przenikania do nich zarazków. Również wiedząc, iż z błony śluzowej mogą dostawać się zarazki do otrzewnej, powinniśmy przy zapalnych jej stanach dbać o jaknajdokładniejsze usunięcie i odkażenie treści jelit.

Metoda genealogiczna w medycynie*).

Podał

Dr med. O. Hewelke.

(Dokończenie).

Jeżeli autorzy pragną oznaczyć w ten sposób specyalnie te przypadki, gdzie zauważonych wśród rodziny cech nie można znaleźć u rodziców, to powinni wymyślić osobne określenie, ale nie »rodzinny« i to w przeciwstawieniu do »dziedziczny«. Przeciwnie »rodzinny« w tym przypadku jest to samo, co »dziedziczny«; tylko że nie od rodziców, ale od wyższych przodków. Wogóle w badaniach biologicznych określenie »rodzinny« nie powinno być używane.

Podobnież nie powinno być używane określenie: »kolateralny« czyli »dziedziczny w linii bocznej«; zakrawa to już na humorystykę i przypomina owego żebraka skarżącego się: »nie mam ojca, nie mam matki, ciotka mnie zrodziła«. Tu dziedziczność ma miejsce tak samo w linii prostej jak zawsze, tylko od przodka wspólnego, gdzieś wyżej stojącego w tablicy.

Z drugiej strony w pracach odnośnych szwankuje bardzo często samo określenie pojęcia dziedziczenia tego, co jest odziedziczonem. Przymiotniki »dziedziczny«, »przyrodzony«, »wrodzony« — spotyka się w nieścisłem, niejednakowem określeniu, wprowadzają one dużo zamieszania w całem dotychczasowem przedstawianiu sprawy dziedziczności (u Behringa spotyka się nawet taki dziwoląg »postgenitale Hereditat«!).

Dziedzicznie przekazanem, odziedziczonem — w pojmowaniu biologicznem może być tylko to, co przy amfimiksis w chromosomach jąder jajka i plemnika[6]) złączyło się w nowopowstałej komórce. Wszystko poza tem będzie już nabytem, — niezależnie, czy w życiu wewnątrzmacicznem, czy później. Wobec takiego określenia — takie pojęcia określenia jak »choroby dziedziczne« powinny być raz na zawsze usunięte z użycia, jako nie licujące z poglądami naukowej biologii. Skoro pod nazwą choroby pojmujemy pewną sprawę toczącą się w ustroju, w pewnych jego narządach, i będącą wynikiem odczynu ustroju na czynniki zewnętrzne, to oczywiście nie może być mowy o takiej sprawie (t. j. chorobie) w chwili, gdy narządów tych jeszcze niema.

Poza korzyściami natury krytycznej podaje genealogia na usługi medycyny rzecz pozytywną, a mianowicie omówioną powyżej metodę badania wpływów dziedziczenia — na podstawie tablicy przodków. Korzyści z tej metody mogą się oczywiście uwidocznić jedynie z czasem, po szeregu generacyi i to tylko w tym razie, jeżeliby odpowiedni materyał był już teraz przygotowywany.

Opracowanie odpowiedniego schematu (p. wyżej), wzbudzenie zainteresowania się tą sprawą wśród lekarzy spopularyzowanie jej pośród szerszych sfer inteligencyi, — oto zadanie, które się samo przez się naprasza. Wprowadzenie go w życie może stać się wtedy dziedzictwem, jakiem zasłużymy sobie na wdzięczność prawnuków rzetelniej, niż, gdy zostawimy im najpiękniejsze drzewa genealogiczne i najdokładniejsze spisy szlachty[7]).

Oczywiście już dziś możemy się zastrzedz, że i ta nowa metoda badania genealogicznego, nie zdoła odpowiedzieć na te pytania, jakie tego rodzaju poszukiwaniom bywają bezkrytycznie stawiane. A mianowicie, nie będzie ona mogła wyjaśnić istoty dziedziczenia, ani określić jego praw, czy reguł. Zadaniem jej będzie bowiem zebranie krytyczne naukowo pewnego materyału faktycznego z zakresu przejawów dziedziczności, bynajmniej zaś nie obiecując odpowiedzi na pytanie, dlaczego się tak dzieje.

Wogóle zdaje się, że dziedziczność i dziedziczenie nie może być zaliczane do szeregu czynników etyologicznych, jak to się niemal powszechnie dzieje w dzisiejszej patologii.

Zwykle, gdy się nasuwa sprawa dziedziczności, t. j. jeżeliodnośnie jakiegoś objawu, niedającego się objaśnić przyczynami zewnętrznemi, dochodzimy do wniosku, iż musi on pochodzić w spadku od rodziców, — zadawalniamy się wykazaniem, iż objaw ten występował u jednego z rodziców; stwierdziwszy fakt ten, nie zastanawiamy się już dalej, jakim sposobem powstał on tutaj, jakbyśmy już dotarli do istotnej przyczyny zjawiska. Pytanie »dla czego?« znajduje pozorne zaspokojenie — przez tę samą niewiadomą. Stoimy tu na poziomie rozumowania dziecka, zadawalniającego się w zaspakajaniu swej ciekawości przedwczesnej jakąbądź odpowiedzią. W danym razie na pytanie »jak powstało?« zadowalniamy się odpowiedzią — »stąd się wzięło«!

Jeżeli jednak badanego objawu nie spotyka się ani u ojca ani u matki, ale u dziadka linii ojczystej — to jaką, pytamy, rolę w łańcuchu przyczyn grają wtedy rodzice i fakt spłodzenia przez nich tego dziecka?. Są oni jedynie jakby przenośnikami jakiegoś wpływu, jakby przewodnik obojętny, wstawiony między przyczyną i skutkiem; w ich udziale nie zaznacza się istotny pierwiastek przyczynowy w myśl teoryi poznania.

Powiedzieliśmy, mówiąc o kazirodztwie, że każdy osobnik jest sumą algebraiczną (dodatnich i ujemnych) chromosomów, a łączenie się rodziców dla jego poczęcia — jest jakby samym aktem tego dodawania, który na wynik, t. j. na sumę, nie może mieć wpływu. Sam zaś wybór pozycyi, z których suma ta ma powstać, podlega prawom ogólnym dziedziczenia odwiecznie ustalonym, a zupełnie nam nieznanym, w których rządzeniu możemy dopatrywać się

*) Odczyt w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem na posiedzeniu d. 18. maja 1909.

[6]) Według nowszych poglądów biologicznych, nie można się ograniczać w sprawach życiowych komórek jedynie do uwzględniania roli jąder, a więc i w sprawie rozmnażania się, z pomijaniem protoplazmy (Verworn: Allgemeine Physiologie, p. 574, wyd. 1901), której udział jest również konieczny.

[7]) Przed kilku laty poruszając sprawy wychowawcze rzuciłem myśl (Tygodnik ilustrowany r. 1902), aby ojcowie i matki rodzin spisywali swe »portrety psychologiczne« na podobieństwo owych katalogów z końca XVIII wieku, w których możeby można było odnajdywać wskazówki dla kierujących wychowaniem młodego pokolenia.

pewnej szerokości wahań, zakreślonych prawem prawdopodobieństwa. Na bezpośredni udział rodziców w podziale plazmy zarodkowej nie ma dowodów i nie są oni właściwą tego skutku przyczyną.

Wszakże wśród dzieci tych samych rodziców widujemy najrozmaitsze kombinacye chromosomów i ich własnych i ich przodków, — raz te, to inne. Każde zapłodnienie, to jakby zaczerpnięcie z całej masy dziedzicznej pewnej jej ilości, ale nie zawsze takiej samej. Podobnie jednak, jak ręka wyciągająca z koła szczęścia raz bilet wygrywający, a innym razem pusty, nie może być uważana za przyczynę tych różnych skutków, tak też i sam akt złączenia się pierwiastków jajka i plemnika, nie może być uważany za przyczynę tego, a nie innego ukształtowania się płodu.

Gdy wreszcie staniemy u takiego kresu generacyi, gdzie badany objaw nie powtarza się więcej — i nie mógł więc być przekazanym dziedzicznie, pytanie nasze o jego przyczynę wystąpi z tą samą niezaspokojoną natarczywością — jak na początku przy pierwszem pokoleniu, gdzie został zauważony.

I wtedy w umyśle naszym nasuwają się pytania, przechodzące zakres badania lekarskiego i wkraczające w koło najogólniejszych pytań biologii, a mianowicie zagadnienia o stałości i zmienności gatunków, zagadnienie możności przyswajania własności nabytych, problemat wieczności plazmy zarodkowej. Stajemy też u granicy, gdzie kończy się przedmiot genealogii ludzkiej oraz zakres jej metod, a rozpoczyna się genealogia filogenetyczna.

Zapiski lecznicze, nowe leki i przetwory.

1) Aseptyczny przyrząd metalowy, zastępujący ucisk wężem Esmarcha, podług L'Hommea.

2) Retraktor metalowy do odsuwania części miękkich przy amputacyach.

3) Piłka Payra: na napiętym łuku umieszczona piłka Gigliego.

4) Uniwersalne szczypczyki do tętnic, posiadające odrazu nożyczki i ramię do prowadzenia podwiązki.

5) Samodziałające szczypczyki tętnicze podług Schoemakera; zakłada się je od razu już z podwiązką.

6) Metalowe giętkie sączki podług Lemaisea.

7) Strzykawka do parafiny Broeckaerta; przy wstrzykiwaniu posługiwać się można tylko jedną ręką, bo wstrzykiwanie, t. j. popychanie tłoka, odbywa się zapomocą dźwigni.

8) Automatyczny podtrzymywacz i rozwieracz przetok brzusznych, pokrywający zarazem brzuch podług Schoemakera.

9) Konchotom i tonsillotom przesuwalny na cztery strony.

10) Nożyce do wycinania żeber razem z raspatoryum Schoemakera.

(Wyroby firmy Scherer, Berno (Szwajcarya). *K.*

Nowe kleszcze kostne, modyfikacyę kleszczy Dahlgrena, podał F. de Quervani. Płytka wchodząca między kość a oponę mózgu, chroni oponę od uszkodzenia. (*Ztbl. f. Chir.*, Nr 18). *K.*

Do szwu klamerkowego zamiast niewygodnych szczypczyków podał Voigt większe szczypce, przezco można zakładać te szwy także głęboko, zwłaszcza na kroczu, w pochwie i t. p. Ulepszenie to ważne jest zwłaszcza dla ginekologów. Szwy klamerkowe zdejmuje się 6 dnia. (*Münch. med. Woch.*, Nr 28). *K.*

Wygodną maszynkę do robienia opasek gipsowych wynalazł posługacz kliniki chirurgicznej w Giessen Schmidt. Zapomocą niej można bardzo łatwo sporządzać bardzo dobre opaski gipsowe czysto i dokładnie (60 opasek na godzinę). (*Münch. med. Wochsr.*, Nr 26). *K.*

Do odkażania narzędzi poleca Conradi gotowanie ich w oleju łogowym (teramowym) Jaffa, albowiem przytem osiągnąć można ciepłotę powyżej 200°; natomiast gotowanie w 1% rozczynie sody z powodu niższej ciepłoty nie zabija zarodników wszystkich drobnoustrojów (*Deutsch. med. W.*, Nr 23). *K.*

Przy nakłuciach próbnych poleca Herzfeld odkażać skórę najpierw mieszaniną alkoholu z eterem i sublimatem 1:1000, a potem mieszanką: *Jod. 7·0, Kali jod. 5·0, Alkohol. 100·0.* (*Zblt. f. Chir.*, Nr 24). *K.*

Do badań rentgenowskich w miejsce trującego bizmutu podano w ostatnich czasach żelazo. Ma ono jednak tę wadę, że nie daje dobrej zawiesiny i proszek zaraz opada na dno. By temu zapobiedz, radzi Taege mieszać suchy tlenek żelaza z proszkiem tragakanty, a potem dopiero z wodą. Otrzymuje się przez to zawiesinę o gęstości syropu, z której żelazo nawet po godzinach nie opada. (*Münchener med. Wochenschrift.* Nr 23). *A.*

Wygodny przyrząd do usypiania chlorkiem-etylu podał dentysta Decolland. Guiser wypróbował go przez 2 lata na chorych i z wyników był zawsze zadowolony. (*Gaz. d. hop.*, 20. IV). *A.*

Znieczulenie rdzeniowe uważa Jonnescu za idealny sposób znieczulenia. J. nie używa już nawet wcale chloroformu i eteru. Do znieczulenia rdzeniowego używa rozczynu stowainstrychniny i to podwójnego, t. j. zawierającego ½ mg i 1 mg strychniny w jednym cm sześciennym. Rozczynu słabszego strychniny używa u dzieci i przy operacyach na szyi i głowie, piersi i kończynach górnych. Wstrzykuje tylko w 2 miejsca, a mianowicie przy operacyach powyżej pępka, między 1—2 krąg piersiowy, a przy operacyach nizkich między ostatni krąg piersiowy a pierwszy lędźwiowy. Dawka stowainy waha się od 3—8 cg, zależnie od operacyi. Po wstrzyknięciu utrzymuje J. chorego 2—3 minut w siedzącej pozycyi, a potem przy operacyach górnych umieszcza go w pozycyi półleżącej przy dolnych w leżącej. (*Revist. d. chir.*, II. 09). *A.*

Po znieczuleniu lędźwiowem stowainą występować mają znacznie częściej odleżyny, co Bilancioni odnosi do toksycznego działania stowainy na nerwy. (*Il policlin. s. pract.* 15). *A.*

W leczeniu wrzodów goleni poleca Lischke trwały uciskowy opatrunek, dozwalający wśród tego na opatrywanie wrzodu, a wykonuje go w ten sposób, że ucisk wywiera zapomocą plastra, nalepionego na goleń z okienkiem nad wrzodem, a na to daje dopiero opaskę elastyczną. (*Münch. med. Woch.*, Nr 26). *A.*

Opaskę „Klebro“, podaną przez Heussa, zachwala bardzo na podstawie doświadczenia zebranego w monachijskiej klinice chirurgicznej Gebele, do leczenia żylakowych wrzodów goleni. Opaskę zakłada się na 8 dni, opatrzywszy wrzód przeciwgnilnie. (*Münch. m. Woch.*, Nr 25). *K.*

Krem alsolowy polecają Athenstaedt i Redeker w początkach odleżyny i przy uporczywych wypryskach moszny i okolicy odbytu. (*Ther. d. Geg.*, Nr 4). *A.*

Wcale pomyślny wpływ wstrzykiwań fibrolizyny przy bliznowatem zwężeniu przełyku po oparzeniu ługiem spostrzegał Gębarski. (*Tow. lek. warsz.* 30/III. *A.*

Przy stosowaniu fibrolizyny z powodu cierpień chirurgicznych zrobił Riedel ciekawe spostrzeżenie, że środek ten działa zarazem znakomicie przeciw otyłości. Jedna np. chora straciła przy stosowaniu fibrolizyny 26 funtów bez zachowania jakiejś specyalnej dyety, a druga w przeciągu miesiąca 11 funtów. U pierwszej z tych chorych schudnięcie utrzymuje się już 2 lata stale. R. poleca wykonywać dalsze próby. (*Münch. med. Woch.*, Nr 28). *K.*

Rak wargi dolnej podług Steinera występuje 10 razy częściej u mężczyzn, niż u kobiet a 12 razy częściej na wardze dolnej niż na górnej. Operacya wczesna daje prawie w 70% dobre wyniki. (*Dent. Zblt. f. Ch.*, 97. III—IV). *K.*

Połączenie nerwu twarzowego (porażonego wskutek operacyi ucha od 6 miesięcy u 13-letniego chłopca) z **nerwem podjęzykowym** z pomyślnym skutkiem wykonał Tilmann. Obecnie w 4 lata po operacyi, operowany porusza już mięśniami twarzy przy małych współruchach języka. (*Tow. lek.* Kolonia 15/III. 09). *A.*

O przeszczepianiu gruczołu tarczowego wypowiada na podstawie swych doświadczeń Carraro z Padwy następujące uwagi. Gruczoł tarczowy, wszczepiany u tego samego osobnika, przyjmuje się najlepiej w tkance podskórnej lub jamie otrzewnej, natomiast w śledzionie gruczoł wprawdzie przygaja się szybko, ale wyniki na przyszłość są niepewne. Znacznie już gorszem podłożem dla przeszczepionego gruczołu jest szpik kostny i wątroba. Gruczoł przeszczepiać należy razem z jego torebką, ale w niezbyt dużych kawałkach. W miejscu, gdzie ma się wszczepić kawałek gruczołu, należy przedtem dokładnie zatamować krwawienie. (*D. Zft f. Chir.* 97. Z. III—IV). K.

Wole miąższowe w początkach udawało się Murrayowi prawie zawsze wyleczyć przez podawanie wieczorem 0,2—0,3 sproszkowanego gruczołu tarczowego. Skutek wystąpić powinien w 3—6 tygodni. (*Brit. Med. J.* 6. II. 09). A.

Leczenie wola w początkach prądami d'Arsonvala poleca Preobrażerski. (*Arch. f. Laryn.* XXII. 1). A.

Tworzenie się zaćmy po operacyi wola omawia Purtscher. Po operacyi wola występuje nieraz tężyczka, w której ciężkich postaciach prócz innych przypadłości wystąpić może także zaćma. Zaćma występuje jedynie przy ostrych postaciach tężyczki pooperacyjnej. (*Zbt f. Augenheilk.* Kwiecień 1904). A.

Krzywa szyja wrodzona może podług Böhma mieć także przyczynę w połączeniach kostnych, o czem przy zamierzonej operacyi zapominać nie należy. Badanie rentgenowskie może często rozjaśnić sprawę. (*Tow. lek.* Berlin 23. II). A.

Zranienia przewodu piersiowego przy operacyi (dotąd opisano 29) powodują silny limfotok, mogący podług Gobieta wywołać nawet i zejście śmiertelne. Tamponada zwykle nie wystarcza, lecz trzeba przewód wyszukać i zeszyć podług Carrela i Sticha lub podwiązać. G. zebrał z piśmiennictwa jeszcze 8 podobnych uszkodzeń i podaje jeden przypadek własny. (*Wiener klin. W.* Nr 23). A.

Przy ogólnem zapaleniu otrzewnej poleca Sencert, podane przez Thirvasa, trwałe przepuszczanie tlenu przez jamę brzuszną po operacyi zapomocą sączków. (*Presse med.* 13. II). A.

Wstrzykiwania oliwy w ilości 25—50 cm³ na kilka dni przed operacyą do jamy brzusznej, celem zapobieżenia zakażeniu otrzewnej polecają Pfannenstiel i Höhne. (*XII. Zjazd niem. tow. gin. i pol.* Strassburg. Czerwiec). A.

Przy usuwaniu wyrostka robaczkowego poleca Bertelsmann postępować w ten sposób, żeby szew jedwabny mógł się oddzielić, t. j. do kiszki, a więc należy podwiązać wyrostek jedwabiem, na to dać 1—2 szwów jedwabnych, a błony surowicze zeszyć katgutem. Zwykle postępuje się odwrotnie, co ma tę wadę, że szew jedwabny błony surowiczej wywołuje nieraz dalsze przypadłości z powodu wytworzenia się ogniska ziarninowego. (*Zbt f. Chir.* Nr 23). K.

O wyleczeniu zupełnem raka kiszki stolcowej przez skrobanie i fulguracyę donoszą Schwartz i Kewling-Hart. (*Bul. et mém. d. l. Soc. de Chir.* Paris. T. 33). A.

Do odbytu sztucznego sporządził Frisch kaniulę, składającą się z dwóch ramion, wsuwanych do obu świateł jelita i połączonych płytką, na którą wywiera się ucisk plastrem. Wprawdzie przyrząd ten nie leczy może zasadniczo cierpienia, zwłaszcza ostrogi, ale przywraca drożność jelita, przez co unika się wyprysków, niemiłej woni i częstych zmian opatrunku. (*Wien. klin. Woch.* Nr 22). K.

Chromocystoskopii odmawia Roth większego znaczenia rozpoznawczego; przynajmniej nie może ona zastąpić cewnikowania moczowodów. (*Berl. klin. Woch.* Nr 23). A.

Niezwykłej wielkości kamień moczowodowy (4 cm średnicy a 19 cm długości) znalazł w lewym moczowodzie przy operacyi Fedoroff. (*Presse med.* 13. II). A.

Zanadto dobre zestawienie złamanej kości, jak np. przy szwie kostnym, wywoływać może, jak to wykazał Zondeck w doświadczeniach na zwierzętach, słabe tworzenie się kostniny i złe gojenie się. (*Tow. lek.* Berlin. 23. II). A.

Przyrząd wyciągowy do ustalania odłamków kostnych i dokładnego zestawiania podczas szwu kostnego podał Mendler. (*Münch. med. Woch.* Nr 27). K.

Tak zwane nadwerężenie wewnętrznej półksiężycowatej chrząstki kolana polega, podług Morrisona, prawie zawsze na jej złamaniu i przesunięciu się. Często udaje się przez silne zgięcie kolana, zwrócenie na zewnątrz, a potem nagłe wyprostowanie, przesunąć chrząstkę na swoje miejsce. Jeżeli to się nie udaje, należy chrząstkę operacyjnie usunąć. Gdy chrząstkę się odprowadzi, należy kolano umocować w szynach wyprostowane, na 6 tygodni. (*Lancet* 27. II). A.

Przy gruźlicy chirurgicznej poleca Philip leczenie tuberkuliną. Zaczyna od bardzo małych dawek (np. tub. starej Kocha 0,0001, z T. R. $^1/_{5000}$ mg, a Beraneka 0,1 cm rozczynu 1:100). Wstrzykiwania powtarza co 3—14 dni. (*Edinb. med. Journ.* II). A.

Przy gruźliczych przetokach i owrzodzeniach poleca Tatschell po wyskrobaniu następujący płyn: *Jod. 5,0. Kal. Jod. 2,0. Glycerin. 1,0. Spirit. 40,0.* (*Brit. med. Journ* 6. II. 1909). A.

Przy bolach połykowych, towarzyszących gruźlicy krtani poleca Hofmann z Monachium wstrzykiwania alkoholu do nerwu krtaniowego górnego. Skutek następuje odrazu i trwa 6—40 dni. (*XVI Zjazd niem. laryngol.*). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Sprawozdanie z III. międzynarodowego Zjazdu w sprawie opieki psychiatrycznej

odbytego w Wiedniu w roku 1908 (6—11 października)

opracował

Dr W. Chodźko,

lekarz naczelny szpitala dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią.

(Według odczytu, wygłoszonego na Zjeździe psychiatrów i neurologów w Kochanówce w d. 3. stycznia 1909 r. i w Towarzystwie lekarskiem łódzkiem 17 marca 1909 r.).

(Dokończenie).

Wielkie spory wywołała wśród członków Zjazdu podniesiona przez Friedländera sprawa praktycznego i sądowego znaczenia, t. zw. »Moral Insanity«. W dyskusyi zabierał głos Bleuler, który twierdził, że nie jest zadaniem znawcy-psychiatry w sądzie określanie, czy podsądny jest umysłowo chorym, czy zdrowym i że nawet zwykle nie udaje się tego ściśle określić.

Zagadnienia psychiatryi administracyjnej poruszyli w swoich wykładach Gérenyi, Fischer, Starlinger. Gérenyi, nadinspektor budowlany, przedstawiciel dolno-austryackiego wydziału krajowego, nakreślił szeroki, na nowożytną miarę pomyślany, obraz zadań władz publicznych wobec szerzenia się chorób umysłowych i nerwowych wśród warstw niezamożnych ludności; zadania te stopniowo, konsekwentnie urzeczywistnia sejm dolno-austryacki, ostatnim zaś wyrazem jego dążeń jest świeżo wybudowany (w r. 1907) olbrzymi szpital dla umysłowo chorych »am Steinhof« pod Wiedniem. Gérenyi sądzi, że do szpitali psychiatrycznych należy ułatwić dostęp alkoholikom i nerwowo chorym z warstw niezamożnych, gdyż z jednej strony ludność jest naogół niechętnie usposobioną dla specyalnych lecznic dla opilców, z drugiej zaś strony budowa osobnych uzdrowisk dla niezamożnych nerwowo chorych jest rzeczą zbyt kosztowną. Oczywiście dla tych kategoryi chorych należałoby tworzyć przy szpitalach psychiatrycznych odrębne oddziały. Fischer (z Wiesloch) zastanawiał się nad niejednolitością sprawozdań szpitalnych i domagał się ich ujednostajnienia; uzasadniając swoje oburzenie na różnorodność tych sprawozdań, zajmował czas i uwagę zgromadzenia wyliczaniem wymiarów i formatów broszur sprawozdawczych, które rzetelnie wymierzył na centymetry, a nawet milimetry i opowiadaniem o kolorze ich okładek; ta »naukowa« dokładność badań poważnego dyrektora nad okładkami i formatami sprawozdań zjednała mówcy powszechną i niekłamaną wesołość zgromadzenia. Dr Starlinger, zasłużony dyrektor szpitala w Mauer-Öhling, w wykładzie swoim przytaczał bardzo ciekawe budżety szpitali psychiatrycznych Austryi Dolnej za ostatnie lat 25 i na podstawie ich dowiódł, że wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, nowoczesne urządzenia szpitali psychiatrycznych, choć na razie kosztowne, w końcu dają znacznie większą oszczędność, niż dawne szpitale bez żadnych urządzeń, pomimo podniesienia się cen żywności w ostatnich 25 latach;

dowiódł też, że lekarze, jako administratorzy szpitali psychiatrycznych nie są tak złymi rachmistrzami, za jakich uważają ich ludzie zawodów praktycznych, przemysłowych i handlowych.

W dziale techniki budowlanej szpitali psychiatrycznych przemawiał słynny budowniczy wiedeński Berger o pawilonach dla umysłowo chorych przestępców przy szpitalach psychiatrycznych i dyrektor Herting (z Galkhausen), który opowiedział bardzo ciekawe dzieje stopniowego rozwoju budownictwa psychiatrycznego od najdawniejszych czasów aż do ostatniej chwili, ilustrując je obrazami niknącymi.

Z luźnych odczytów zasługują na uwagę podane przez Buchholza ciekawe opisy szpitali psychiatrycznych miasta Hamburga, które między innymi, przytulają wielu naszych nieszczęśliwych wychodźców, a przez pomieszanie rozmaitych narodowości nabierają pewnych odrębnych cech. Prelegent podkreślił miękkość i usposobienie marzycielskie, uwydatniające się w psychozach u chorych pochodzenia słowiańskiego i przewagę stanów depresyi u tych chorych. Zasługuje na uwagę stosowane w szpitalach psychiatrycznych Hamburga nader humanitarne i szerokie dopuszczanie odwiedzin chorych przez ich rodziny, których wpływ prelegent uważa za bardzo pomyślny i pożądany w leczeniu. Przy szpitalach hamburskich urządzono kasy wsparcia dla chorych wyleczonych, wychodzących ze szpitali.

Dr Konrád (z Budapesztu) zdaje sprawę ze stanu opieki nad umysłowo chorymi na Węgrzech. W r. 1900 liczono na Węgrzech 16000 chorych umysłowo, z których tylko 7900 znalazło miejsce w szpitalach. Szpitale węgierskie są przepełnione chorymi i wskutek tego źle funkcyonują; obecnie rozpoczęto budowę paru większych szpitali dla umysłowo chorych.

Dubief, były lekarz i minister, obecnie deputowany do parlamentu francuskiego, streścił opracowany przez siebie projekt nowego prawa francuskiego o opiece nad umysłowo chorymi; ma on liczne braki, między innemi np. pozwala, aby lekarze asystenci mieszkali poza szpitalem i zajmowali się praktyką prywatną, wprowadza sędziego pokoju, jako czynnik rozstrzygający o umieszczeniu chorego w szpitalu i t. p., — to też spotkał się z ostrą krytyką ze strony Zjazdu.

Paru mówców poruszało w swych odczytach sprawy ekspertyzy sądowej, ubezpieczeń od niedołęstwa i braku pracy w związku z chorobą umysłową, pomocy psychiatrycznej w czasie wojny, urządzeń psychiatrycznych w armii austryackiej i t. d.

Jako uchwałę Zjazdu referował Prof. Tamburini (z Rzymu) sprawę utworzenia pod protektoratem króla włoskiego międzynarodowego Instytutu do badania i zwalczania przyczyn chorób umysłowych. Jak wszędzie, tak i w tym wypadku, sprawa zdobycia środków pieniężnych na utrzymanie Instytutu stanowi orzech trudny do zgryzienia.

Zjazd zakończono uchwałą odbycia następnego w Berlinie w r. 1910.

Trzeci Zjazd w sprawie opieki psychiatrycznej przez poruszenie bardzo żywotnych i ważnych spraw z praktyki psychiatrycznej niewątpliwie dobrze się zapisze w pamięci jego uczestników. Nie rozwiązał wprawdzie żadnego z palących zagadnień chwili, ale na każde rzucił jasny snop światła, które ujawniło wiele jeszcze braków rażących w najbardziej kulturalnych krajach. Wśród uczestników przeważali Niemcy austryaccy i pruscy, z niechęcią brali udział w obradach Anglicy. Przyznać trzeba, że tylko uczestnicy niemieccy, a obok nich włoscy, ujawnili szczery zapał i głęboką wiedzę i umiłowanie przedmiotu; Francuzi wystąpili nader niepozornie i wprost płytko i powierzchownie traktowali sprawy, zdradzając czasami nawet ignorancyę. Wśród Polaków brali udział w Zjeździe Prof. Jan Piltz i Prof. Halban. Prezydowali naprzemian: Niemiec Močli, Francuz Dubief, Włoch Tamburini, Anglik O'Farrell. Przewodniczącym Zjazdu był Prof. Obersteiner, kierownik znakomitego Instytutu neurologicznego przy wszechnicy wiedeńskiej, sekretarzem jeneralnym Prof. Aleksander Pilcz. W ciągu trwania Zjazdu odbywały się liczne uroczystości, przyjęcia oficyalne i wycieczki do pięknych okolic Wiednia; najciekawszemi oczywiście były wycieczki Zjazdu do nowowybudowanego wielkiego szpitala »Steinhof«, położonego w XIII cyrkule Wiednia i do szpitala Mauer-Öhling, o 2 godziny drogi od Wiednia, na linii drogi żelaznej zachodniej, obu ufundowanych przez sejm dolno-austryacki.

Nie będę nużył uwagi słuchaczy szczegółowym opisem tych szpitali. Zaznaczę tylko ogólne wrażenie swoje i wielu uczestników Zjazdu. »Steinhof«, mieszczący obecnie około 2500 chorych, został wybudowany kosztem 27 milionów koron z takim przepychem, że jedni z uczestników Zjazdu wyrażali żal, że czegoś podobnego nigdy nie zobaczą w swoich krajach (nawet tak bogatych, jak Francya i Belgia), inni oburzali się na nadmierny zbytek, który wykoleja chorych, odwodzi ich nawet od chęci powrotu do domu, do zwykłego szarego i biednego otoczenia. Braki tego nowego szpitala uderzają w oczy — pawilony są zbyt wielkie — po 100 do 150 chorych, dwu- i trzypiętrowe, zbyt blizko stoją obok siebie, pomimo tak wielkiej przestrzeni terytoryum szpitalnego, że dyrektor szpitala, Dr Schlöss, musi jeździć po nim samochodem. Na roboty w polu udzielono zbyt mało miejsca; cel izolacyjnych jest stosunkowo zbyt wiele i t. d. Natomiast powszechne zajęcie i zachwyt przez swoje praktyczne, oszczędne, a jednocześnie nie pozbawione komfortu urządzenie, wzbudził drugi szpital — Mauer-Öhling. Szpital ten obliczony na 1800 chorych, posiada wspaniale urządzoną kolonię — folwark z doskonałą organizacyą, obszerne warsztaty do pracy chorych, których pracuje około 60%— w roku ubiegłym wypracowali chorzy 174 tysiące dni roboczych — między innemi posiada własną drukarnię, obsługiwaną przez chorych, która załatwia wszystkie druki szpitalne i odbija własne pisemko »Mauer-Öhlinger Anstalts-Zeitung«. Wystawa robót chorych, urządzona z okazyi jubileuszu cesarskiego, ujawniła takie bogactwo i rozmaitość wyrobów, jakiego nawet nie przypuszczali sami lekarze szpitalni. Powszechną uwagę zwróciły urządzenia takie, jak np. w pawilonie dla epileptyków zupełne usunięcie schodów i zastąpienie ich przez płaszczyzny gładkie, stopniowo pochyłe, klozety na salach chorych w oddziałach dla gwałtownych, obfitość obrazów i kwiatów na salach dla tych chorych i t. p. W dziale kuchennym powszechną sensacyę sprawiła maszyna do wyrobu makaronu i klusek. Istniejąca przy szpitalu, doskonale zorganizowana »opieka rodzinna« daje przytułek obecnie około 250 chorym; szpital umieszcza zwykle w jednej rodzinie 3 chorych: jednego pracującego, jednego — półpracującego i jednego — niepracującego; mieszkania tych chorych są bardzo czysto i porządnie utrzymane; wyniki »opieki rodzinnej« są bardzo dobre. Szpital Mauer-Öhling na wszystkich zwiedzających sprawił wrażenie prawdziwie wzorowego nowożytnego szpitala psychiatrycznego.

Korzystając z możności dłuższego pobytu w Wiedniu miałem sposobność pracować w Instytucie neurologicznym p. Prof. Obersteinera i słuchać wykładów Doc. Marburga, za co składam obu tym Panom serdeczne podziękowanie; za okazywaną mi życzliwą pomoc i ułatwienie w pracy, należą się z mojej strony gorące wyrazy wdzięczności i pamięci p. Asystentowi Instytutu Drowi Kazimierzowi Orzechowskiemu.

W drodze powrotnej udało mi się zwiedzić doskonale urządzony i prowadzony szpital psychiatryczny »Dösen« pod Lipskiem (dyrektor Dr Lehmann). W szpitalu tym na oddziałach dla gwałtownych chorych, nie znalazłem ani jednej celi izolacyjnej; panowała w nich zupełna cisza i spokój, głównie dzięki szerokiemu zastosowaniu kąpieli długich. Pokoje kąpielowe łączą się tu bezpośrednio z salami czuwalnemi; widziałem chorych, leżących 8-mą z rzędu godzinę w wannie zupełnie spokojnie, bez śladu jakiegokolwiek wyczerpania; chorzy jedzą w wannach. Pokazywano mi też wanny, urządzone w ogródku spacerowym pod gołem niebem. O tej porze roku (w końcu października) oczywiście już nie były czynne. W szeregu urządzeń szpitala »Dösen« zasługuje na uwagę oddział dla 40 dzieci umysłowo chorych, albo obarczonych ciężkiemi cierpieniami układu nerwowego. Oddział ten, umieszczony w zgrabnym pawiloniku, znajduje się pod stałym dozorem wykwalifikowanej freblanki; istnieje w nim szkółka, którą prowadzi nauczyciel-specyalista z Lipska, dojeżdżający do szpitala 2 razy tygodniowo. W czasie zwiedzania szpitala odbywała się właśnie lekcya; nauczyciel nader uprzejmie zaznajamiał mnie z kajetami swoich uczniów, chwaląc ich dobre naogół postępy; robótki ręczne, wykonane przez dzieci, mało ustępowały robotom dzieci zdrowych. Oddział ten wogóle bardzo miłe i oryginalne sprawiał wrażenie. Sala zabaw i uroczystości w szpitalu jest urządzona w ten sposób, że z jednego jej końca urządzony jest ołtarz, z drugiego scena i estrada — stojące na widowni krzesła mogą być w miarę potrzeby odwracane w jednym albo drugim kierunku stosownie do rodzaju odbywającego się obchodu. Szpital w Dösen, jakkolwiek urządzony z mniejszym wykwintem, niż szpitale dolnoaustryackie, może śmiało konkurować z nimi przez konsekwentne i szerokie stosowanie metody »no restraint« i oryginalne metody lecznicze.

W dalszej podróży miałem sposobność obejrzeć szpital w Buch pod Berlinem; uderzyło mnie przedewszystkiem całkowite wyodrębnienie wydziałów administracyjnych od właściwego szpitala; budynki administracyjno-gospodarcze stoją nawet w dość znacznej odległości od pawilonów dla chorych; szpital sam wywiera wogóle wrażenie przykre: pawilony ogromne, ciężkie i nie-

zgrabne, stłoczone jeden tuż obok drugiego, stoją szeregiem w jednej linii, jak żołnierze na paradzie, wszędzie pełno krat i cel izolacyjnych: np. w pawilonie dla gwałtownych mężczyzn na 65 chorych jest 13 cel izolacyjnych, opatrzonych ciężkiemi, podwójnemi drzwiami i podwójnemi kratami w oknach! Korytarze długie, sklepione, nizkie, jak w dawnych klasztorach, malowane na szaro, nadają szpitalowi wygląd ponury, więzienny. Pawilon dla umysłowo chorych przestępców stoi oddzielnie w polu, otoczony wysokim i grubym murem, jak cytadela. Wygląd chorych i służby ponury, przygnębiony — zachowanie się służby wobec lekarza oprowadzającego nieprzychylne, — naogół wrażenie ciężkie, wrażenie powrotu do średniowiecza. Dodać należy, że szpital w Buch jest najmłodszym ze wszystkich szpitali psychiatrycznych miasta Berlina.

Całkiem oryginalne i niezwykle przyjemne wspomnienia odniosłem za zwiedzeniem niedawno zbudowanego sanatoryum dla niezamożnych nerwowo-chorych »Haus Schönow«, położonego w zalesionej miejscowości przy linii kolei podmiejskiej »Wannsee« pod Berlinem. Jest ono urządzone i utrzymywane przez osobne Towarzystwo; opłaty pobierane są niezwykle nizkie — na klasie II po 3 marki dziennie od osoby. Główny nacisk w leczeniu jest tu położony na pracę chorych na świeżem powietrzu i na umiejętne wypełnienie dnia. Między innemi sanatoryum posiada nawet własną pasiekę, nie mówiąc już, naturalnie, o ogrodzie owocowym i warzywnym; wszędzie pracują chorzy. Jest to żywe wcielenie idei Möbiusa, zapalonego propagatora sanatoryów ludowych dla nerwowo chorych w Niemczech, z leczeniem, opartem na pracy fizycznej. Nasze zakłady dla nerwowo chorych powinnyby na tę metodę leczenia zwrócić baczną uwagę, jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że wobec dość wysokiego nakładu, jakiego wymaga, nie wszędzie dałoby się ją zastosować.

Kończąc sprawozdanie niniejsze, pozwalam sobie wyrazić moją serdeczną wdzięczność Komitetowi szpitalnemu Kochanówki za uprzejmie powierzoną mi delegacyę na III Zjazd międzynarodowy w sprawie opieki psychiatrycznej w Wiedniu.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie oceny dochodu lekarza przez komisyę podatkową ogłasza ciekawy przyczynek *N. fr. Presse*. Pewnemu lekarzowi wiedeńskiemu wymierzyła komisya podatek osobisto-dochodowy od dochodu rocznego 50.000 nie uwzględniając jego fasyi. Dekret komisyi szacunkowej zawierał następujące słowa: »Ze względu na to, że Pan, jako specyalista ma rozgałęzioną, ilościowo bardzo dobrą praktykę lekarską, że Pan należy do najbardziej wziętych lekarzy w swym zawodzie, że wykonujesz liczne operacye i masz wielkie, wciąż rosnące dochody, wydaje się zeznany przez Pana dochód za mały«. W rekursie wniesionym przeciw temu wymiarowi podniósł lekarz, że nie ogólnikowe o jego szerokiej i dobrej praktyce zdanie nie jest jeszcze wystarczającem i w każdym razie nie dowodzi, że jego fasya jest nieprawdziwa. »Wykonywanie licznych operacyi« należy do zawodu lekarskiego, ale z ilości dokonanych operacyi nie można wnosić o wysokości dochodów operatora. Tak samo niedopuszczalnem jest powołanie się komisyi na »wciąż rosnące dochody«, jeśli powołanie to nie jest bliżej uzasadnionem. Zeznający podatki nic nie wie o wciąż rosnących dochodach, ale jeśli komisya szacunkowa lepiej zna jego dochody niż on sam, to niechaj poda konkretne cyfry, ale nie opiera się na ogólnikach. Ponieważ komisya rekursowa rekursu tego nie uwzględniła, odwołał się lekarz do trybunału administracyjnego, który odwołanie lekarza uwzględnił i zaczepione orzeczenie komisyi szacunkowej, z braku dostatecznych dowodów, uchylił. W uzasadnieniu powiedziano: Komisya szacunkowa nie podniosła żadnych konkretnych szczegółów, z którychby można było ustalić lub ocenić dochód, a natomiast orzeczenie swe opiera na ogólnikowych wywodach i twierdzeniach, na podstawie których każdą dowolną cyfrę dochodu możnaby ustalić. I dlatego rekurujący nie mógł podstaw, na których się oparły przypuszczenia komisyi, oświetlić i zbić. Postępowanie komisyi nie odpowiada zatem przepisom ustawy o podatku osobisto-dochodowym i dlatego musi być zaczepione orzeczenie, jako opierające się na niedostatecznem postępowaniu, unieważnionem. *Stahr.*

Honorarya lekarskie na obczyźnie. »Aerztliche Standeszeitung« ogłasza następujący list pewnego kolegi J. P.. Przeglądając nasze pisma zawodowe, a w szczególności rubryki »wolne posady lekarskie«, nie mogę oprzeć się przykremu uczuciu, powodującemu ironiczny uśmiech na mej twarzy. Jako lekarz okrętowy różnych towarzystw okrętowych miałem sposobność przekonać się, jak zarabiają lekarze w różnych stronach i krajach świata. W Chili znam lekarzy z Valparaiso, co zarabiają rocznie po 140.000 koron, czemu się nie można dziwić, zważywszy, że za wizytę na okręcie w Chile dostawałem 20 pesos (około 32 koron). Pewien kolega w Pampasie w okolicy saletrzanej Agna Santa ma stały dochód roczny wynoszący 40.000 Pesos (64.000 koron). Lekarze w Gwatemali zarabiają rocznie od 30.000 do 100.000 kor. W Brazylii poznałem lekarzy, którzy po pobycie tamże dziesięcioletnim wracali do ojczyzny z oszczędnościami wynoszącymi 400—800 tysięcy koron. W Chinach płaci się lekarzowi od głowy rocznie 20—100 koron, a więc łatwo obliczyć, ile tam zarabia rocznie lekarz, który tam leczy za taką pauszalę 1000 pacyentów. W Indyach Zagangesowych i Singapore liczą lekarze za wizytę u siebie w domu około 10 koron. Lekarze wojskowi w Indyach brytyjskich mają dochodu rocznego stałego 120.000 koron; holenderscy lekarze wojskowi na Jawie, Sumatrze i t. d. otrzymują stale po 7.200 koron rocznie. W Egipcie płaci się za poradę w domu lekarza angielski funt (24 koron). W Anglii (Londyn) płaci się lekarzowi najmniej 5 szylingów (6 koron) za poradę w East-end Londynu, biednej dzielnicy miasta; w West-end, dzielnicy bogatej, siedzibie angielskiej plutokracyi gwineę (wyżej 26 koron). Operacye, szczególnie większe płaci się w Ameryce północnej nigdy niżej 1000 dolarów (5000 koron). Milionerzy płacą nawet i 50.000 dolarów (240.000 koron). Trudno zrozumieć, że znaleść można lekarzy w Austryi, którzy za płacę 600 koron rocznie pełnią służbę lekarzy kolejowych lub t. p. To się nie da wprost pomyśleć w krajach zamorskich. Może i u nas kiedyś będzie lepiej. *Stahr.*

Jako bardzo pewny środek oceniania inteligencyi u dzieci, mogący lekarzom szkolnym oddać nieraz usługi, uważa Warburg zdolność nazywania barw. Na 1280 badanych dzieci dobrze nazwano barwę białą w 99%, czarną w 98%, czerwoną w 94%, żółtą w 87%, zieloną w 73%, niebieską w 71%, bronzową w 50%, szarą w 36%, fioletową w 29%. Dziewczynki nazywają barwy znacznie lepiej jak chłopcy. Że zdolność właściwego nazywania barw stoi w związku z inteligencyą, przekonał się W. dosadnie, dzieląc dzieci danej klasy na 3 grupy po zbadaniu i porównując z takimże podziałem, ze względu na postęp, uczynionym bez wiedzy W. przez nauczyciela. Wyniki zgadzały się zupełnie. Dzieci, które nazywały barwy właściwie były zarazem najzdolniejsze. Wobec tego sądzi W., że przy wypuszczaniu dzieci ze szkoły powinno się przeprowadzać zarazem badanie nad nazywaniem barw, z jednej strony bowiem sposób ten określa łatwo zdolność i inteligencyę dziecka, a z drugiej wykrywać można przez to nie tak znów rzadkie wrodzone wady w odczuwaniu barw lub braki tegoż. *X.*

Ministeryum bawarskie spraw wewnętrznych, rozporządzeniem z dn. 9. sierpnia b. r. poleciło gminom zapraszanie pań do brania udziału w pielęgnacyi i opiekowaniu się biednemi, a to na mocy korzystnego doświadczenia, jakie odniesiono z prywatnych towarzystw dobroczynnych. Kobiety, zwłaszcza przy pielęgnowaniu dzieci i innych kobiet okazują się do tego znacznie pożyteczniejszemi i zdatniejszemi jak mężczyźni, zwłaszcza, że w wielu przypadkach chodzi tu o pewne zarządzenia domowe, poprawę stosunków familijnych i t. p. *X.*

Liczba urodzeń we Francyi ulega corocznie wybitnemu zmniejszeniu. Na 40 milionów mieszkańców wypada rocznie 803.207, podczas gdy w Rosyi na 130 milionów rodzi się 4,801.190 dzieci, w Niemczech na 60 milionów 2,022.422, w Austryi na 50 milionów 1,642.216. Zwłaszcza we Francyi w klasach lepiej sytuowanych liczba urodzin jest uderzająco małą. Tak np. wykazał niedawno, jak to podaje »W. m. Presse« (Nr 36), Bertillon, że w Paryżu na 1000 kobiet przypada w klasie najbogatszej porodów 69, w klasie zamożnej 111, u biedniejszych 129, u bardzo biednych zaś 140. Różnice te wyrównują się jednak przez to, że w klasach biedniejszych śmiertelność dzieci jest zato znacznie większą. *X.*

Towarzystwo „Syndicat des médecins de la Seine“ postanowiło dążyć do tego, by doniesienia o chorobach zakaźnych robiła głowa rodziny, a nie lekarz, który to ostatni jest obowiązany tylko odpowiednio rodzinę pouczyć. *X.*

Société internationale de la tuberculose rozpisuje konkurs za najlepszą pracę nad gruźlicą z terminem do maja 1910

roku przeznaczając następujące nagrody: I. 300 franków, II. 100 franków, III. 50 franków; prócz tego 2 złote medale, 3 srebrne i dyplomy honorowe. Prace nadsyłać należy na ręce Dra Petita, Paryż, rue du Rocher 51, od 1. stycznia począwszy. X.

Międzynarodowy Kongres lekarski w Budapeszcie a Słowianie.

Wobec wiadomości o powyższym Zjeździe, podawanych i skąpo i mylnie, a mogących wskutek tego niewłaściwą wyrobić opinię publiczności i o osobach w grę wchodzących i o rzeczy samej, przerywam sobie wypoczynek, którego zażywać pragnąłem tutaj po ciężkiej pracy i pospieszam skreślić kilka słów następujących.

Dla zrozumienia położenia, niech mi wolno będzie przedstawienie zajść w Budapeszcie poprzedzić kilku uwagami wstępnemi.

Otóż kongresy międzynarodowe lekarskie, które dotychczas odbywały się co 3 lata, w ten sposób organizacyę swoją zapoczątkowują, iż wybrany na poprzednim kongresie komitet gospodarczy wzywa przedstawicieli wybitniejszych z kół lekarskich rozmaitych narodowości, do utworzenia komitetu narodowego. Od szeregu więc lat istniały niezależnie od komitetów tych narodów, które posiadają samoistny byt państwowy, także i komitety takich narodów, które nie są w tem szczęśliwem położeniu.

Po raz pierwszy miałem zaszczyt objąć przewodnictwo w komitecie polskim, utworzonym dla kongresu mającego się odbyć w Paryżu 1900, gdy ś. p. Prof. Korczyński ze względów zdrowotnych mandat swój złożył. Jako prezes komitetu polskiego już w Paryżu starałem się o dopuszczenie mnie do przemówienia przy uroczystem otwarciu Zjazdu w imieniu mego komitetu. Odmówiono jednak, zasłaniając się tem, iż przemówienia mogą mieć tylko charakter oficyalny. W trzy lata później miał się odbyć kongres w Madrycie. Przyjmując mandat utworzenia komitetu polskiego dla tegoż kongresu, uczyniłem to, co i później zawsze, zastrzegając dla nas warunek, że ten komitet będzie reprezentował Polskę, t. j. wszystkie zabory. Zawsze mi to przyznawano i dlatego nie zważając na trudności niemałe z utworzeniem komitetu połączone, podejmowałem się zadania. Przed otwarciem kongresu w Madrycie udałem się do bardzo sympatycznego sekretarza generalnego, Prof. Fernando Caro, i prosiłem o danie mi możności przemawiania w imieniu Polaków na pierwszem uroczystem posiedzeniu. Gdy mi to w uprzejmy przyrzekł sposób i nazwisko moje na liście mowców zapisał, reklamowałem to samo dla Czechów i to ze skutkiem. Uprzedziwszy o tem Czechów, których reprezentantem był Prof. Hlava z Pragi, wyczekiwaliśmy powołania nas do słowa w danej chwili, ale daremnie, a przemawiali przecież reprezentanci okupowanych krajów, jak Bośni i Hercogowiny, a nawet reprezentant prasy lekarskiej. Na moją interpelacyę Dr Caro, ubolewając widocznie i serdecznie, odpowiedział, iż oficyalny reprezentant Austryi, Prof. Schroeder, widząc na liście mowców nazwiska, w sposób brutalny, na własną odpowiedzialność, skreślił nazwiska moje i Prof. Hlavy. Oburzony w najwyższym stopniu interweniowałem w tej sprawie wprost u ambasadora austro-węgierskiego hr. Doubskiego, a z rozmowy długo trwającej wyniosłem wrażenie, iż to była sprawa naprzód ukartowana, a Prof. Schroeder narzędziem do jej przeprowadzenia. Nie lepiej było w Lizbonie w r. 1906, a i teraz w Budapeszcie w tym kierunku usiłowania moje spełzły na niczem; ale przynajmniej z góry mnie uprzedzono, iż wedle regulaminu tych kongresów międzynarodowych, tylko oficyalni przedstawiciele t. zw. państw udzielnych, mogą przemawiać. Smutno, iż i przy takiej sposobności, odczuwać musimy nasze przykre i nieszczęśliwe położenie polityczne, ale nie tracimy wiele, bo banalne te przemówienia i tak bez echa przebrzmiewają. Nie przywięzuję więc do tego takiej wagi, jaką nadawano niejednokrotnie w rozmowie ze mną, natomiast uważam za rzecz ważną, byśmy komitet polski dla każdego kongresu tworzyli, a choć zadanie jego faktyczne jest niewielkie, to jednak nie małej wagi pod względem moralnym, pod względem podtrzymywania myśli narodowej, zaznaczania naszej odrębności a także pod względem towarzyskim.

Ale jest inne jeszcze zadanie, które komitety narodowe spełniać mogą i powinny, t. j. porozumiewania się między sobą, gdy chodzi o interesy poszczególnych grup narodowych.

Dla XVI. kongresu np. wyłoniła się kwestya bojkotowania tego Zjazdu, mającego się odbyć w Budapeszcie, a sprawa byłaby może jednolicie przeprowadzona w tym czy innym kierunku, gdyby się ją było wczas poruszyło, pomijając nawet okoliczność, iż polityka powinna być wykluczoną ze spraw nauki i sztuki wogóle, czemu zresztą dałem wyraz swego czasu w ankiecie, umieszczonej w »Przegl. Powsz.« b. r.

A lubo zapatrywanie to podziela, jak się o tem miałem sposobność przekonać, sondując opinię i ustnie i listownie, przeważna większość naszych lekarzy, to jednak w poszczególnych przypadkach z powodu bardzo ważnych okoliczności mógłby zachodzić powód do odstąpienia od tej zasady, a w tym celu porozumienie nastąpić powinno wczas. Dla Budapesztu (Mémoire de l'association génér. des Médecins de Roumanie relatif au XVI. congrès Intern. de Médecine de Budapest. Bucarest. 1909) tak nie było. Bojkot zapowiedzieli Rumuni i w memoryale drukowanym złożyli pobudki do tego wobec całego świata naukowego. Nie moją rzeczą rozstrzygać, czy one słuszne czy nie, ani też czy odpowiedź na nie dana przez Węgrów (Réponse de l'alliance hongoire au mémoire des Médecins roumains) jest przedmiotową, na istotnych faktach się opierającą. A jak się sprawa ma z bojkotem odłamów narodowych słowiańskich? Otóż przypominam, iż utworzony w r. 1900 w Paryżu komitet lekarski słowiański, odbył w z. r. z okazyi Zjazdu I. lekarzy czeskich w Pradze posiedzenie, na którem Dr Vesely z Luhacovic, za inicyatywą Kroata stawił wniosek bojkotowania Budapesztu. Wniosek ten zwalczali nawet Czesi sami, i to tak poważni jak Prof. Chodounsky, to też wniosek upadł. Do tego powinniśmy się byli zastosować tem bardziej, iż od owego czasu nic takiego nie zaszło, coby bojkot choćby w przybliżeniu mogło było usprawiedliwiać. Prof. Pesina jednak, pod naciskiem pono opinii prasy politycznej, raz jeszcze podniósł do mnie telegraficzną myśl bojkotowania Budapesztu w chwili, gdy prawie wszyscy ci, którzy w Zjeździe udział wziąć mieli zamiar, porozjeżdżali się, a ja sam będąc w Zakopanem, miałem wielką trudność zbadania opinii. Ta zresztą ogólnie stała po mej stronie, tak, że z całą siłą myśl bojkotu zwalczać miałem powód. Skutek był ten, że Polaków zjechało się do Budapesztu więcej może aniżeli na kongresy poprzedzające, bo coś około 80, ale nie brakło i Czechów, Kroatów, Słowaków, choć nie oficyalnie występujących, zato czynili to Bułgarzy i Serbowie.

Zdawałoby się, że myśl niemieszania polityki do Zjazdów przez nas faktycznie przeprowadzona, ale i przez wielu poważnych reprezentantów innych narodów słowiańskich zaznaczana, będzie na rękę Węgrom. Ku memu wielkiemu zdziwieniu jednak, rozmawiając o tej sprawie z prezesem, jen. sekretarzem i innymi członkami komitetu gospodarczego, nie wyniosłem tego wrażenia, przeciwnie odczuwałem, że tam coś, lojalne wystąpienie nasze, nie w porę przyszło. Może to tylko podmiotowe wrażenie, może — przyznaję, ale było ciągłe.

Nie spotkałem się też z tą uprzedzającą grzecznością, okazywaną nam Polakom i w Madrycie i w Lizbonie. Poraz pierwszy nie uwzględniono Polaków przy wyborze prezesów honorowych Zjazdu. Chcąc w »Dzienniku Zjazdu« umieścić ogłoszenie polskie, spotkałem się z niechęcią, robiono trudności, gdyż żądano ogłoszenia w jednym z języków oficyalnych, do których pozwolono sobie i węgierski zaliczyć, a wogóle wcale nie korzystał komitet gospodarczy z praw mu przysługujących, by zrobić pewne przyjemności czy grzeczności na korzyść narodu złączonego z Węgrami węzłami historycznymi, rodzinnymi i przyjaźni. Z tegobym jednak najmniejszego nie czynił zarzutu, bo pobudką do tego mogłaby być chęć utrzymywania się na poziomie równej dla wszystkich sprawiedliwości i objawów sympatyi. Czy tak było, nie moją rzeczą osądzić, gdyż nie wszędzie, nie zawsze, w takim organizmie jak kongres międzynarodowy, gdzie życie wre równocześnie w najrozmaitszych od siebie czasowo i miejscowo odłączonych środowiskach, być można świadkiem naocznym. To są jednak sprawy mniejszej wagi, poruszyć zaś pragnę sprawę najważniejszą, to jest sprawę polityki wobec zjazdów naukowych, przechodząc do omówienia tego, co nam zatruło ostatnie chwile, zresztą wogóle dobrze zorganizowanego kongresu, który nadto odznaczał się, jak to było do przewidzenia, gościnnemi przyjęciami.

Ale mimo tych przyjęć, mimo pracy istotnie bardzo poważnej, przynajmniej o ile to wiem z własnej sekcyi i z tego, co mi o innych mówiono, nie obyło się bez przykrych dla gospodarzy dysonansów, bez protestów. Protestowali więc, jak się rzekło Rumuni, protestowali Kroaci i Czesi, protestowali socyaliści i pismem i zebraniem przeciw blichtrowi w przyjęciu, gdy w kraju bieda i ucisk, protestowali nawet Niemcy przeciw wzięciu udziału w wspaniałem przyjęciu u ministra Apponyego, który

uchodzi dziś za najlepszego mówcę na Węgrzech, mówcę, czego złożył dowód i przy otwarciu i pono przy zamknięciu Zjazdu. Niemcy protestowali z politycznych względów, a mianowicie z powodu przepisów językowych ministra dla szkół, nakazujących wszędzie zaprowadzenie języka węgierskiego z wykluczeniem innych, a nawet, o zgrozo, niemieckiego, tego uświęconego narzecza, którym mówili nawet Sem, Ham i Jaffet, boć Sem pochodzi, wedle bardzo poważnie rzecz traktującego niemieckiego autora od Semmel, Ham od Hammel, a Jaffet od zamiłowania Niemców do tłustych potraw, bo der Hammel soll ja fett sein.

A jakże mogło się było obyć i bez protestu antialkoholików w kraju ognistego wina węgierskiego, gdy podarunkami dwóch maleńkich buteleczek, przysłanych każdemu kongresiście, rząd starał się robić reklamę dla win tokajskich, a szampan węgierski przy licznych przyjęciach gasić miał pragnienie narażonych na poty członków kongresu.

Tak więc mimo wielu dodatnich stron kongresu, mimo wielkiego ożywienia, nastrój podniosły zakłócała jakaś dysharmonijna nuta, nuta niezadowolenia. To niezadowolenie ogarniało przedewszystkiem Słowian a najwięcej zaś Polaków, którzy nietylko licznie się stawili, ale i brali czynny naukowy udział; powodem do tego niezadowolenia, to ta przymieszka polityczna, niby potępiana przez wszystkich, nawet przez Węgrów, a właśnie oni z egoistycznych względów zaszczepili ją właśnie w ustrój kongresowy. Chcąc to wykazać, wypada mi cofnąć się do historyi przygotowania Zjazdu.

Już w połowie zeszłego roku doniósł jeneralny sekretarz prezesowi komitetu polskiego, a także i innych, iż Komitet gospodarczy zamierza zaproponować utworzenie s t a ł e j k o m i s y i d l a m i ę d z y n a r o d o w y c h z j a z d ó w lekarskich, w której skład weszliby, po jednym, delegaci komitetów narodowych i w razie przychylenia się do wniosku, prosił już o wyznaczenie delegata. Komitet nasz sprawą tą zajmował się, a do propozycyi przychyliwszy się, delegata naznaczył i jeneralnego sekretarza o tem uwiadomił. Zdawało się więc, że sprawa tak załatwiona na kongresie samym, dozna potwierdzenia Rady kongresowej, składającej się z komitetu gospodarczego, delegatów rządowych, jakoteż prezesów i sekretarzy komitetów narodowych. Stało się jednak inaczej. Niestety zrobiono zamach na prawa komitetów narodowych słowiańskich i to prawdopodobnie ze strony węgierskiej i to jak wolno się domyślać z powodu ustroju różnonarodowościowego tegoż państwa.

Gdy dn. 3. września wieczorem punktualnie stawiłem się na posiedzenie rady kongresowej, która miała się zająć rozmaitemi sprawami, dotyczącemi kongresów, a także utworzeniem komisyi stałej w myśl projektu komitetu węgierskiego, dalej wyborem miejsca stałego siedliska dla tej komisyi, a także wyborem miejsca przyszłego kongresu, już prowadzono dyskusyę, a każdy z obecnych posiadał hektografowane druki, będące podstawą do dyskusyi. Druków tych dostarczono mi teraz dopiero n a ż ą d a n i e, a były to referaty jeneralnego sekretarza. Nie widziałem ich poprzednio, ani też o treści ich nie wspominał mi nikt z biura komitetowego, a jednak treść projektu komitetu gospodarczego była odmienną od projektu, który stał się podstawą porozumiewania się z komitetami narodowymi, przynajmniej z naszym.

To też szybko przebiegłszy referat okiem i spostrzegłszy zasadniczą zmianę, poprosiłem o głos. Wyraziwszy ubolewanie, iż referaty powielane nie były mi wręczone przed posiedzeniem, byłyby mi bowiem umożliwiły porozumienie się z ziomkami, dałem wyraz zdziwieniu, iż nie widzę w spisie komitetów, które swych delegatów do komisyi wyznaczyły, komitetu polskiego, ani czeskiego. Podniosłem, że komitet polski, reprezentujący lekarzy narodu, liczącego przeszło 20 milionów ludności, winien mieć swego reprezentanta w tej komisyi, gdy takiego ma np. taki mały Luxemburg. Zebrani uczynią — dodałem — tylko akt sprawiedliwości, jeżeli uzupełnią projekt komitetu gospodarczego, scil. węgierskiego i dopuszczą także komitet polski do współudziału w komisyi stałej.

Na to zabrał najprzód głos jen. sekretarz, tłómacząc motywy projektu wykluczającego nawet sympatycznych mu Polaków; wobec położenia politycznego, mówił, takiem samem prawem mogliby Włosi austryaccy utworzyć drugi komitet narodowy i wysłać delegata, gdy już taki zasiadać będzie z ramienia właściwego komitetu włoskiego.

Prof. Landouzy z Paryża znowu zasłaniając się sympatyą, okazywaną przez Francyę tak często Polakom i sympatyą osobistą, zastrzega się przeciw względom niechęci dla nas i znów tłómaczy, iż komitet utworzony w Austryi przez Polaków, mógłby być nie uznanym przez inne zabory, które utworzą sobie odrębne ; a tak my mielibyśmy z trzech komitetów trzech delegatów, gdy wielka Francya ma tylko jednego.

Podkreśliwszy wyraźne nieporozumienie, zaznaczyłem, iż l u b o, n i e s t e t y, p o l i t y c z n i e r o z d z i e l e n i j e s t e ś m y, c z u j e m y s i ę j e d n o l i t y m n a r o d e m p o d w z g l ę d e m h i s t o r y c z n y m, k u l t u r a l n y m, j ę z y k o w y m i o b y c z a j o w y m, ż e k o m i t e t p o l s k i n a r o d o w y d l a k o n g r e s ó w m i ę d z y n a r o d o w y c h b y w a j e d e n t y l k o, u z n a n y p r z e z l e k a r z y w s z y s t k i c h z a b o r ó w i t e n k o m i t e t m a t e ż p r e t e n s y ę t y l k o d o j e d n e g o r e p r e z e n t a n t a, k t ó r e g o r a z j e s z c z e r e k l a m u j ę w i m i ę s p r a w i e d l i w o ś c i i s ł u s z n o ś c i. »Gdybyście panowie tego nie uchwalili, a także dla innych komitetów narodów, nie posiadających bytu politycznego samodzielnego; natenczas kongresy nasze przestają być kongresami międzynarodowymi, czem być winny, a staną się międzypaństwowymi czyli rządowymi (Congrès intergouvernementaux ou congrès des états)«.

Włosi nie mogą zresztą w Austryi rościć pretensyi do komitetu narodowego w obrębie Austryi, bo go posiadają we Włoszech. To zauważyłem w odpowiedzi jen. sekretarzowi. Gdy następnie nikt za wnioskiem moim się nie oświadczył, a wniosek komitetu gosp. przeszedł, z g ł o s i ł e m p r o t e s t d o p r o t o k o ł u w i m i e n i u k o m i t e t u p o l s k i e g o.

Tu dodać winienem, że dla upozorowania słuszności projektu bez wiedzy naszej przedłożonego przez jen. sekretarza radzie kongresu, dla upozorowania więc uchwały przez Radę przyjętej, dodano do artyk. 2., paragrafu 2. brzmiącego: d'un delegué de chaque comité national« wyraz »d'état«.

Ten dziwoląg miał sumienie głosujących uspokoić, a zadość uczynić pragnieniom reprezentantów samodzielnych państw, którzy może na razie na ten pomysł nie byliby wpadli, gdyby nie projekt, przez Węgrów z politycznych względów wniesiony poza naszemi plecami, t. j. komitetów słowiańskich.

Że przypuszczenie motywów politycznych nie jest pozbawione podstawy, wznoszę z rozmów prowadzonych nawet z Węgrami o tej sprawie. Znamiennem było n. p., że pewien radca sądowy, którego później w Badenie poznałem i wobec którego objawiałem mój żal do Węgrów z powodu zajść na kongresie, zrazu nie rozumiał pobudek kroku węgierskiego komitetu, gdy mu jednak zwróciłem uwagę na to, iż Węgrom chodzi prawdopodobnie o usunięcie od udziału w komisyi komitetów narodów niewęgierskich w obrębie Węgier zamieszkałych odrazu przytakiwał, uważając położenie za zrozumiałe. Niemcy, których Węgrzy na Zjeździe przedewszystkiem dowodami sympatyi odznaczali, jeżeli nie dali inicyatywy do projektu zdrożnego, to go popierali niewątpliwie, gdyż chodziło tu przecie o skórę słowiańską. Interpelowani przezemnie okolicznościowo koledzy niemieccy w tej sprawie znamienne zachowywali milczenie, zaledwo zdobywając się niekiedy na nic nieznaczący jakiś frazes.

Że stałą siedzibą tej komisyi zrobiono Hagę, i że przyszły kongres odbyć się ma z a c z t e r y l a t a, bo tak uchwalono dla przyszłych kongresów dzielący okres czasu, to już mniejszej wagi wobec przykrości, którą wyniosłem z posiedzenia, przykrości, która udzieliła się całej Polonii. O tem zaś, co się stało, dowiedzieli się z ust moich tegoż wieczoru liczni w klubie polskim przy Vigado-tér zebrani ziomkowie. To też postanowiliśmy bólowi naszemu dać wyraz przez wstrzymanie się od uczestniczenia w uroczystem zamknięciu Zjazdu. Nie zmniejsza przykrości okoliczność, iż na przyjęciu u ministra hr. Apponiego odbierałem od kilku wybitnych członków kongresu wyrazy ubolewania nad tem, co się stało, iż dalej reprezentant Nikaraguy w sympatycznych dla Polski słowach zapewniał mnie, iż miał zamiar popierać mój wniosek, ale dostawszy referat jen. sekretarza późno, nie zapoznawszy się z treścią, nie mógł się zoryentować, o co właściwie chodzi, no... i nie miał odwagi przyznać się do tego, a Anglik znowu zapewniał mnie, że w Londynie wynagrodzą nam krzywdę, — nie zmniejsza to wszystko powtarzam, przykrości wyrządzonej nam ze strony najmniej spodziewanej. Czy dlatego obwiniać Węgrów? Bynajmniej, tylko tych chyba w komitecie gospodarczym, którzy z zimnem wyrachowaniem poświęcili nas dla polityki ukrytej, dla celów ubocznych, a są może pomiędzy nimi tacy, w których żyłach wcale krew węgierska nawet nie płynie.

Czy dlatego mamy wstrzymać się od udziału w kongresach? I to nie, bo my szukamy i szukać będziemy na nich nauki i zawsze tylko nauki, a nie polityki, lubo naszego stanowiska bronić i tam musimy, gdy się je zaczepia.

To też uważałem sobie za obowiązek sprawę tę przedłożyć na posiedzeniu lekarzy słowiańskich, które powinno było się odbyć w Budapeszcie, ale z powodu niestawienia się Czechów w Budapeszcie na moją propozycyę zaraz po kongresie odbyło się posiedzenie we Wiedniu w Besedzie słowiańskiej. Zjazd członków komitetu był liczny, a brakło tylko reprezentanta rosyjskiego, a zwłaszcza prezesa komitetu Prof. Otta z Petersburga, który już w Budapeszcie oświadczył mi, że nie weźmie udziału, bo »Zjazd ten regulaminowo powinien odbyć się w Budapeszcie«. Przed rozpoczęciem porządku obrad, naznaczonego przez biuro, zakomunikowałem zebranym kolegom słowiańskim przebieg sprawy, o której wyżej była mowa.

Wiadomość zajścia nieznanego dotychczas zrobiła wrażenie przygnębiające. Oburzenie było, jak się tego było można spodziewać, wielkie i ogólne.

Uchwalono na razie wysłać telegram protestujący na ręce jen. sekretarza Prof. Grósza do komisyi stałej podpisany przezemnie jako przewodniczącego zebrania, Prof. Hlavę i Prof. Pesinę, a zarazem uchwalono przy najbliższej sposobności zastanowić się nad środkami, które wypadnie przedsięwziąć dla obrony interesów słowiańskich komitetów na kongresach międzynarodowych lekarskich.

Telegram wysłany w języku francuskim brzmi w tłomaczeniu, jak następuje: Prof. Grósz jen. sekretarz międzynarodowego kongresu lekarskiego w Budapeszcie.

»Komitet lekarski słowiański zebrawszy się dziś dla odbycia posiedzenia we Wiedniu protestuje jaknajenergiczniej przeciw naruszeniu praw pewnych komitetów słowiańskich narodowych polegającem na tem, iż odmówiono na zebraniu konstytującem dn. 3. września tym komitetom prawa udziału w komisyi stałej dla kongresów międzynarodowych.

Projekt przedłożony przez biuro węgierskie zebraniu konstytującemu, i to bez uprzedniego zakomunikowania go nam, a niestety przyjęty przez zgromadzenie, odbiera kongresom lek. międzynarodowym ich znamię prawdziwie międzynarodowe, narzucając im piętno urzędowe, czyli państwowe.

Protestując, zastrzegamy sobie przedsięwzięcie kroków celem odzyskania praw nam przynależnych«.

Dalsze obrady posiedzenia, które przez cztery godziny zajęły komitet słowiański, dotyczyły spraw statutu i regulaminu tegoż komitetu, a także innych, o czem na właściwem miejscu przy innej sposobności. Rozeszliśmy się w tem przeświadczeniu, iż i na polu naukowem tworzyć winniśmy Słowianie falangę jednolitą, by nie dać się majoryzować przez szczęśliwsze narody.

A teraz jeszcze pytanie, czy komitety narodowe tak pokrzywdzone przestaną istnieć, wzgl. tworzyć się, jak to przypuszczano w notatce pewnego pisma krakowskiego? Bynajmniej. O tem nigdy, nigdzie nie było dotychczas mowy, a myśl taką, gdyby powstała, trzeba zwalczać, komitety zaś zorganizować na silnych podstawach.

Podczas kongresu ułożyli przedstawiciele wszystkich dzielnic polskich projekt statutu i regulaminu **stałego komitetu polskiego** dla międzynarodowych Zjazdów lekarskich, mający być przedłożony do zatwierdzenia krajowej organizacyi lekarskiej galicyjskiej, wzgl. Towarzystwom lekarskim wszystkich dzielnic. Sądzimy, że to samo zrobią i inne komitety narodowe słowiańskie. Komitety nasze pozostaną więc tem, czem były, tylko jedno będą miały jeszcze zadanie, to jest zadanie wywalczenia nam równych praw i w tym celu komitety słowiańskie, t. j. szczerze słowiańskie winny się połączyć i czuwać nad tem: »ne quid detrimenti respublica slavica capiat«.

Bol. Wicherkiewicz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Magistrat stoł. król. miasta Krakowa. Miejski urząd zdrowia wydał następujące ostrzeżenie:

Do mieszkańców stoł. król. m. Krakowa.

Gruźlica płuc (suchoty) jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą i zabiera co roku najwięcej ofiar ludzkich. Dowiedzioną jest rzeczą, że choroba ta jest zaraźliwą. Zaraza szerzy się głównie za pośrednictwem plwocin, zawierających zarazki gruźlicze.

Sprzymierzeńcami gruźlicy są nędza, brud i nieświadomość niebezpieczeństwa.

Gruźlica jest chorobą uleczalną i ustrzedz się jej można.

Przed gruźlicą strzeże w znacznym stopniu dobre, czyste powietrze, słońce i ścisłe stosowanie zasad hygieny.

Pokój, sprzęty, pościel i ubranie człowieka chorego na gruźlicę są zakażone, podobnie, jak się to dzieje i przy innych chorobach zakaźnych, dlatego sprowadzenie się do takiego pokoju, używanie pościeli i rzeczy z tego pokoju, noszenie ubrania po chorym bez poprzedniej dezynfekcyi jest dla zdrowia niebezpieczne. Znane są liczne przypadki, w których ludzie zdrowi, sprowadziwszy się do mieszkania zakażonego gruźlicą, a nie zdezynfekcyonowanego, sami zapadali na gruźlicę.

Należy przy zbliżającej się porze zmiany mieszkań zwrócić na tę okoliczność baczną uwagę.

Mieszkanie, do którego się sprowadzamy, powinno być bez wyjątku dokładnie oczyszczone. Jeżeli w mieszkaniu tem mieszkał człowiek chory na gruźlicę lub podejrzany o tę chorobę, to należy przed sprowadzeniem się mieszkanie zdezynfekcyonować; tyczy się to przedewszystkiem pokoju zajmowanego przez chorego.

Nie należy ani sprzedawać, ani rozdawać rzeczy, pościeli lub ubrań po chorym na gruźlicę bez poprzedniego zdezynfekcyonowania tych przedmiotów.

Dezynfekcyę mieszkań i rzeczy przeprowadza po nizkich cenach miejski zakład dezynfekcyjny; zgłaszać się należy w tej sprawie do miejskiego Urzędu Zdrowia, gmach magistratu, oficyna, parter, drzwi Nr 16 od godziny 11 do 12.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza konkurs na kilka stypendyów fundacyi Konstantego Marcinkiewicza każde po 300 rb. i na stypendyum w kwocie 225 rb. z legatu Dra Ignacego Gołębiowskiego.

Z różnych stron. Wprowadzony w roku 1894 w austryackiej służbie wojskowej egzamin na lekarzy sztabowych, został obecnie zniesiony. W jego miejsce wprowadzono kurs informacyjny, po którego wysłuchaniu każdy lekarz pułkowy może otrzymać stopień lekarza sztabu. Jest to znaczne ułatwienie posuwania się w stopniach i na przyszłość mogą więcej w awansie decydować wiadomości lekarskie, a nie czysto administracyjne.

— W dniu 16. października b. r. odbędzie się w Wiedniu walne zebranie związku austryackich lekarzy państwowych. Na tem zebraniu będą wygłoszone referaty o państwowej ustawie zwalczania epidemii, o powszechnem zabezpieczeniu i o stosunku lekarzy rządowych do praktyki prywatnej. Obok tego mówić będzie Prof. Schattenfroh o zwalczaniu epidemii, Dr Gąsiorowski ze Lwowa o dyzenteryi, Dr Kutschera z Gracu o kretynizmie, Prof. Haberda o nagłej śmierci z niewiadomej przyczyny i Dr Fueerntratt z Gracu o nagminnem zapaleniu opon mózgowych.

— W październiku r. b. otwierają w Nervi (Riviera włoska) polski pensyonat pp. Polakówna i Niewiadomska.

Mianowani: Doc. Dr Rijnbeck profesorem fizyologii w Amsterdamie;

Doc. Dr Shoták profesorem farmakologii na uniwersytecie czeskim w Pradze;

Prof. Dr Kassel dyrektorem instytutu higienicznego w Giesen;

Doc. Węgłowski profesorem chirurgii w Tomsku.

Zmarli: Dr Lossen, profesor honorowy chirurgii w Heidelberdze.

Redakcya otrzymała: Seraditi i Rajchman: Sur l'adsorption des protéines anaphylactisantes du sérum par les éléments cellulaires (Extrait des Comptes rendus des séances de la Société de Biologie du 26. Juin 1909).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Tannismut Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym z ich następstwami przy dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania i przy nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.

Salit szybko uśmierzający ból i leczący środek do wcierania przy cierpieniach gośćcowych. Salit znosi skóra w stanie nierozcieńczonym.

Novargan Z powodu braku działania drażniącego także wyżej zgęszczonych rozczynów nadaje się szczególniej do leczenia ostrego wiewióra.

Injectio Dr Hirsch: rozczyn gotowy do użycia do zupełnie niebolesnych podskórnych i śródmięśniowych wstrzykiwań rtęci.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 b

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 F. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

ROK VI. 185 ROK VI.

„GŁOS LEKARZY"

Dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcyą Dra Szczepana Mikołajskiego.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron = 6 marek = 3 ruble.

Adres redakcyi i administracyi: Lwów, ul. Śniadeckich, Nr. 6.

Abbazia
Dr Leopold Löw

ordynuje wyłącznie w chorobach skórnych i narządów moczowych (Abbazia, Postgebäude). 298

GUTTAPLASTY

Beiersdorfa gutaperkowe muśliny plastrowe według prof. Dra P. G. Unny, odznaczające się przed wszystkimi innymi plastrami leczniczymi przez

skuteczność! siłę przylepienia! trwałość!

Guttaplasty zawierają leki, rozdzielone najdokładniej i najjednostajniej, zatopione w zupełnie niedrażniącej i silnie lepkiej podstawowej masie kauczukowej. Roztarte one są na nieprzepuszczalną warstwę muślinu gutaperkowego, pod którą zdolność wchłaniania skóry i działanie leków w głąb wybitnie się wzmagają. Przy umiejętnem obchodzeniu się zachowują latami siłę lepkości i skuteczność. Są skuteczniejsze od wszystkich innych plastrów leczniczych i przedstawiają oszczędność w porównaniu z maściami.

Najwięcej używane bywają:

Guttaplast Nr 24 z zincum oxydatum 14 a
Nr 15 z rtęcią
Nr 16 z kwasem karbolowym i rtęcią
Nr 10 z kwasem salicylowym
Nr 2 z kwasem borowym.

Próbki, piśmiennictwo i wykazy bezpłatnie.

P. BEIERSDORF et Co., Hamburg 30.

Dla uspokojenia nerwów i pobudzenia snu

Bromural

(α-monobromisovalerianylowy mocznik)

Dawki: Jako środek uspokajający 0,3 g. kilka razy dziennie; jako lekki środek nasenny 0,6 g. przed pójściem spać jako proszek lub w kołaczykach.

Rp. 1 rurka oryg. kołaczyków bromural. (Knoll) po 0,3 No XX. 13 a

KNOLL et Co., Ludwigshafen am Rhein.

Fabryka chemiczna Drów R. Scheublégo i A. Hochstettera, Tribuswinkel, Austrya Dolna,

poleca łaskawej uwadze PP. lekarzy, preparat swój: 296

Salimentol, ester mentolowy kwasu salicylowego, płyn prawie bezwonny i bez smaku, stosowany wewnętrznie i zewnętrznie w wypadkach: zapalenia stawów, rwy kulszowej, postrzału, neuralgii, gośćca, wewnętrznie także jako antisepticum jelitowe w wypadkach biegunki, wzdęcia itp.

Dla PP. lekarzy próbki i literatura w języku polskim bezpłatnie.

Skład główny dla Galicyi i Królestwa Polskiego Dr A. Zarewicz, Wiedeń I. Ballgasse 6.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

Stomachin (Cognac chinae).



Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum". Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podniecą i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

MARKA OCHRONNA E. MATULA

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: **oryginal Matula.** Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 25. września 1909. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Pozapłciowe zakażenie kiłą.

Napisał

Dr Jan Papée.

Zakażenie kiłowe, w którem zmiana pierwotna powstaje w częściach ustroju, poza granicami narządów płciowych, należy do zjawisk z dawna znanych, acz niewątpliwie rzadkich. Ze względu na to umiejscowienie wrzodu pierwotnego, nazwano też grupę zakażeń w ten sposób powstałych, kiłą pozapłciową; niektórzy zaś, nadając temu pojęciu szersze znaczenie, nazywają przypadki kiły, tą drogą nabyte, *lues insontium*, w przeciwstawieniu do przypadków nabytych za pośrednictwem spółkowania. Pozostawiając bez odpowiedzi pytanie, czy ta ostatnia kategorya słusznie — ze stanowiska lekarskiego — zasługuje na nazwę kiły »winnych«, zaznaczyć trzeba, że nie wszystkie zakażenia, w których zmiana pierwotna umiejscowioną jest poza częściami płciowemi, zaliczyć można do *lues insontium*, w przypadkowem znaczeniu tego pojęcia. Podania chorych w tym kierunku przyjmować należy »cum grano salis«, a mieć trzeba na pamięci, w takich przypadkach, zaspokajanie popędu płciowego w sposób przewrotny. Z drugiej strony niektóre zakażenia, nabyte w drodze spółkowania, kwalifikują się mimo to do zaliczenia ich do kategoryi *lues insontium*, że wspomnę tu tylko o zakażeniach kobiet *e coitu legitimo* w małżeństwie, lub o zakażeniu dzieci, zrodzonych z rodziców dotkniętych kiłą.

Że zakażenie kiłą może nastąpić w drodze pozapłciowej, wiadomem było i dawniejszym syfilidologom; w szczególności wiedziano o tem, że choroby można udzielić przy sposobności karmienia (Vella, Cataneus »plures infantulos lactentes, tali morbo infectos, plures nutrices infecisse«), za pośrednictwem całusów (Massa), przy rękoczynach położniczych, za pośrednictwem naczyń, o czem mówi Piotr Maynardus, przestrzegając nietylko przed »coitus cum mulieribus infectis«, ale i przed używaniem naczyń, Kasper Torella również zwraca uwagę na te możliwe sposoby zakażenia. Naszemu Wojciechowi Oczce niemniej nie były one obcemi, wyraża się bowiem na wstępie swego traktatu, iż »przymiot albo dworska niemoc rozmaitym sposobem człowieka zarażać może, tak, że nietylko z nierządnego obcowania między zarażonymi, ale też i z szaty, z pościeli, z całowania, od szklenice, i z małych a niespodzianych początków bywa, iż jest istność jego jadowita, iż czego się jedno zarażony dotknie, a zdrowemu do używania poda, w tem go prędko zarazą obdarzyć może« [1]).

Hunter przyjmował, że każde miejsce powłok zewnętrznych może być bramą wejścia dla zakażenia; pogląd ten jest dzisiaj pojęciem ustalonem, jak niemniej możność nabycia kiły na drodze pozapłciowej, o czem wspominają wszystkie dawniejsze i nowsze podręczniki o chorobach wenerycznych, podając jako najczęstszą siedzibę wrzodów pozapłciowych wargi ust i sutki kobiece, a jako sposób najczęstszy nabycia całusy, karmienie, a dawniej z zabiegów lekarskich szczepienie i pijawki.

Na drodze pozapłciowej powstawały też znane w literaturze lekarskiej endemie kiły: o takiej endemii wspomina Neuman [2]), a rozszerzyła się ona za pośrednictwem chorej na kiłę akuszerki, która przy sposobności rozwiązania zaraziła kilka położnic *(Mal de Sainte Euphemie)*. W r. 1577 podobna endemia miała miejsce w Bernie, a powstała za pośrednictwem pijawek, których w łaźni używano *(Mal de Moravie)* Theiner [3]) wspomina o przypadku, w którym jeden żyd, przy sposobności obrzezania, udzielił kiły więcej niż 30 dzieciom. Zekert zwrócił uwagę na szerzącą się między pospólstwem na Litwie kiłę, udzielaną przeważnie w łaźniach lub za pośrednictwem naczyń, pościeli.

Endemia kiły, w której nabywanie choroby na drodze pozapłciowej nie małą rolę odgrywało, szerzyła się z końcem XVIII a początkiem XIX wieku w Skandynawii (*radesyge*), a w r. 1790 w okręgu kroacko-dalmatyńskim (Skerljewo).

Bulkley [4]) naliczył w czasie od r. 1577—1892 takich endemii 110, tablicę przez niego zestawioną podaje Münchheimer [5]), spowodowane zaś one były używaniem wspólnych pijawek, karmieniem, obrzezaniem, szczepieniem, przy połogach przez chore akuszerki; w latach 1858—1892 w hutach szklanych (4) i 4 lekarskie, za pośrednictwem narzędzi. Jedną taką endemię spowodowała w Rosyi znachorka, sprowadzając zakażenie (będąc sama chorą) u 34

[1]) Oczko W. »Przymiot« wyd. jubileuszowe warszawskie z r. 1881.

[2]) Neuman. Das extragenitale syph. Primäraffect in seiner klinischen und sozialhyg. Bedeutung. Wiener klin. Wochschr. 1902. Nr 39.

[3]) cyt. Gedroyć. »Nauka o chorobach wener. w polskiem piśmiennictwie lekarskiem«. Warszawa 1909.

[4]) Bulkley. Syphilis in the innocent. Nev York 1893.

[5]) Müncheimer. Über extragen. Syphilisinfection. Archiv f. Derm. u. Syph. r. 1897. T. XL.

kobiet, a to przez wylizywanie oczu cierpiącym na choroby oczne, który to zwyczaj jest rozpowszechniony wśród wieśniaków w Rosyi (Tepliaszin)[6]).

O podobnych endemiach wspominają i nowsi autorowie, np. o rodzinnej Gottheil[7]): z 10 członków rodziny tylko ojciec i dwoje dzieci pozostało wolnymi od zakażenia, natomiast matka, trzy córki w wieku 14, 9 i 7 lat, trzej chłopcy w wieku 4, 2 i $1/2$ roku ulegli zakażeniu. Autor ten podaje, że zakażenie wyszło prawdopodobnie od 14-letniej, źle się prowadzącej dziewczyny. Złe warunki hygieniczne w tej rodzinie tłomaczyły dostatecznie rozszerzenie się choroby na drodze pozapłciowej, aczkolwiek z wyjątkiem matki i 9-letniego chłopca, u których jedynie można było stwierdzić wrzody pierwotne, u reszty nie wykazano drogi wejścia zakażenia do ustroju.

Massazza i Truffi[8]) opisali endemię kiły w małej wiosce pod Pawią, w której w ciągu 2 lat uległo zakażeniu 11 wieśniaków (10 dzieci), a choroba przeniesiona została za pośrednictwem karmienia niemowląt i wskutek przyjętego na wsi zwyczaju podawania piersi obcym dzieciom.

Dzięki szerzeniu się swemu na drodze pozapłciowej, przybrała kiła charakter choroby rodzinnej, endemicznie zakorzenionej wśród szerokich warstw ludności w niektórych guberniach rosyjskich. Popow i Belussow stwierdzili w r. 1885 w 3 guberniach: rjazańskiej, włodzimirskiej i kurskiej, że kiła u ludności tamtejszej nabytą została pozapłciowo w 74—92% przypadkow (przez karmienie, wspólne pożycie, a najczęściej drogą ust). Dina Sandberg[9]) stwierdziła podobne stosunki w obwodzie kozłowskim. Endemia kiły, z charakterem choroby rodzinnej, wśród ludności huculskiej południowo-wschodnich powiatów Galicyi, ma zawdzięczać również w bardzo wielu przypadkach początek swój przeniesieniu choroby na drodze pozapłciowej. Najdalej idąca wspólność, przy używaniu łyżek, naczyń, fajek i t. p., przy bardzo małej dbałości o czystość ma być tą drogą, którą najczęściej choroba się przenosi, jak to podaje Doboszyński[10]), zaznaczając, że najczęstszym — obok części płciowych — punktem wyjścia zakażenia jest jama ustna.

W swojej praktyce spotkałem cztery przypadki zakażenia rodzinnego; wszystkie tyczyły się małych dzieci, a jakkolwiek tylko w dwu z nich można było stwierdzić wrzód pierwotny, nie ulegało jednak wątpliwości, że zakażenie zostało nabyte na drodze pozapłciowej we wszystkich czterech przypadkach. Opiszę je poniżej szczegółowo.

(C. d. n.).

[6]) Syph. Infection durch Auslecken des Auges (Ref. Archiv f. Derm. u. Syph. 1887).

[7]) House Epidemic of Syphilis. Nev-York mediz Journal 1898. Ref. Archiv f. Derm. u. Syph. T. 50.

[8]) Epidemia di sifilide nel commune di Casalisma durante giovanni 1895—1896. Giornale ital. della mal. vener. T. 32. 1897.

[9]) Syphilis im russischen Dorf. Arch. f. D. u. S. T. 31.

[10]) Z akcyi przeciwkiłowej w pow. kossowskim. Przegl. lek. 1904.

Z oddziału Dra J. Brudzińskiego, lekarza naczelnego szpitala „Anny-Maryi" dla dzieci w Łodzi.

O analogii w czasie występowania zapalenia popłoniczego gruczołów i nerek.

Podał

Dr Władysław Schoenaich,

lekarz pawilonów dla chorób zakaźnych.

Schick[1]) na zasadzie materyału z kliniki Prof. Eschericha w Wiedniu stwierdził, że wszystkie choroby następowe po płonicy wykazują analogię w czasie występowania, a mianowicie w przypadkach Schicka występowały one najczęściej w 3 i 4 tygodniu płonicy.

W niniejszej pracy chcemy podać, jak zachowywały się pod względem częstości i czasu występowania choroby popłonicze wśród przypadków, spostrzeganych przez nas na oddziale płoniczym szpitala »Anny-Maryi« dla dzieci w Łodzi i podkreślić podobieństwa i różnicę między naszymi przypadkami, a przypadkami Schicka. Przytem weźmiemy na uwagę 2 najczęstsze powikłania płonicy — zapalenie nerek i zapalenie popłonicze gruczołów chłonnych. Do tego drugiego zaliczamy wraz z Schickiem tylko te przypadki, w których objawy, świadczące o sprawie zapalnej w gruczołach: obrzmienie gruczołów, ich stwardnienie, bolesność i towarzyszące im zazwyczaj podniesienie ciepłoty wystąpiły dopiero w pogorączkowym okresie płonicy po zupełnem ustąpieniu pierwotnych objawów zapalenia w jamie ustnej, w gardle i gruczołach.

Materyał nasz obejmuje 127 przypadków zapalenia nerek i 69 przypadków zapalenia popłoniczego gruczołów chłonnych, pochodzących z okresu od 1 V. 1906 do 1. VII. 1909. Włączyliśmy do naszej statystyki tylko te przypadki zapalenia nerek i gruczołów, które rozwinęły się na oddziale u chorych, przyjętych do szpitala w gorączkowym okresie płonicy przed wystąpieniem chorób następczych. U chorych płoniczych mocz bywa codziennie badany co do białka, a przy wystąpieniu jakichkolwiek objawów, świadczących o rozpoczynającej się sprawie zapalnej w nerkach, jak podniesienia się ciepłoty ciała w pogorączkowym okresie płonicy, zwolnienia tętna i wystąpienia wzmożonego jego napełnienia, a częstokroć i napięcia, zmniejszenia się ilości moczu, wystąpienia nieumotywowanego podniesienia się wagi ciała i wybitnej bladości skóry, badamy mocz (nawet przy braku białka) drobnowidowo. Co do stwierdzenia zapalenia popłoniczego gruczołów, to niejednokrotnie objawy zapalenia są tak nieznaczne (brak podniesienia ciepłoty, nieznaczna bolesność, niewielkie obrzmienie), że przy obfitym materyale można łatwo niejeden przypadek przeoczyć i dlatego też przy określaniu częstości występowania będziemy posługiwali się tylko przypadkami, pochodzącymi z okresu, w czasie którego zwracaliśmy szczególną uwagę na omawiane powikłanie, a mianowicie od 1. X. 1906 do 1. VII. 1909.

W tym czasie przyjęto do szpitala w ostrym, gorączkowym okresie płonicy 418 przypadków.

[1]) Schick: Jahrbuch für Kinderheilk. Tom 62 1905. Tamże Tom 65. 1907.

Na 418 przypadków zapalenie nerek stwierdziliśmy 110 razy, co stanowi 26·3%, zapalenie popłonicze gruczołów chłonnych 60 razy (u 56 chorych — u 4 chorych po 2 razy) = 14·4%. Więc wśród naszych chorych z Łodzi zapalenie nerek występowało prawie 2 razy częściej, niż zapalenie popłonicze gruczołów wśród przypadków Schicka z Wiednia. przeciwnie, zapalenie popłonicze gruczołów (68 przyp.) występowało 2 razy częściej, niż zapalenie nerek (33 przyp.).

Na zasadzie swej statystyki Schick słusznie twierdzi, że popłonicze zapalenie gruczołów jest o wiele częstszą chorobą, niż popłonicze zapalenie nerek, my zaś na zasadzie naszej statystyki z równą słusznością moglibyśmy powiedzieć, że, przeciwnie, zapalenie nerek jest o wiele częstszem powikłaniem płonicy, niż wtórne zapalenie gruczołów. Jednak, zdaje się, będziemy najbliżej prawdy, jeżeli z badań naszych i badań Schicka wysnujemy wniosek, że zarówno zapalenie nerek, jak i zapalenie gruczołów należy do najczęstszych powikłań płonicy i podczas jednej epidemii w pewnej miejscowości może wystąpić częściej zapalenie nerek, podczas drugiej epidemii w innej miejscowości — zapalenie popłonicze gruczołów. Takie przeciwieństwo w częstości występowania jednego powikłania w porównaniu z drugiem, nie przedstawia w płonicy nic osobliwego i objaśnia się różnym »charakterem epidemii«, przez który klinicznie rozumiemy pewną — znaną i często spostrzeganą również przy innych chorobach zakaźnych — jednolitość w przebiegu samej choroby, jak również w częstości i ciężkości powikłań i chorób następczych.

Pod względem czasu występowania nasze przypadki zapalenia popłoniczego gruczołów i nerek przedstawiają się, jak następuje:

Początek zapalenia gruczołów.

Dzień choroby	Liczba przypadków	
8—11	6	
12—14	12	31
15—18	19	
19—21	7	
22—28	14	
29—35	4	
36—42	5	
43	1	
44	1	
Ogółem	69	

Początek zapalenia nerek.

Dzień choroby	Liczba przypadków	
7	3	
8—11	10	
12—14	20	74
15—18	54	
19—21	16	
22—28	14	
29—35	8	
36—42	1	
47	1	
Ogółem	127	

Przedewszystkiem słów kilka powiemy o granicach czasu, w którym mogą występować omawiane powikłania płonicy.

Schick mówi, że popłonicze zapalenie nerek i zapalenie gruczołów chłonnych nie występują przed 12. dniem płonicy, a najpóźniej zjawiają się w 6. tygodniu choroby. Z naszej statystyki widać, że w wyjątkowych razach zarówno zapalenie popłonicze gruczołów, jak i nerek może wystąpić nawet w 7 tygodniu płonicy, co zaś się tyczy wczesnego występowania przed 12. dniem, to nie należy ono do rzadkości: zapalenie gruczołów wystąpiło przed 12. dniem 6 razy na 69 przypadków, zapalenie nerek — 13 razy na 127 przypadków.

Wśród przypadków Schicka zapalenie popłonicze gruczołów wystąpiło w 2. tygodniu (od 12—14 dnia) 3 razy, w 3. tygodniu (od 15—18 dnia 16 razy i od 19—21 dnia 22 razy) 38 razy, w 4 tygodniu 24, w 5—5 razy i w 6. — 1 raz. Więc najczęściej występowało w 3. i 4. tygodniu płonicy.

Wśród naszych przypadków na 3. tydzień przypada również największa liczba 26, lecz następna 18 przypada nie na 4. tydzień, lecz na 2., wreszcie trzecia na 4. tydzień.

Jeżeli zaś weźmiemy na uwagę dni, to u Schicka największa liczba przypada na drugą połowę 3. tygodnia (od 19—21 dnia) 22 przypadków, wśród naszych zaś przypadków zapalenie popłonicze gruczołów najczęściej występowało w pierwszej połowie 3. tygodnia (od 15—18 dnia) 19 przypadków i następnie w drugiej połowie 2. tygodnia (od 12—14 dnia) 12 przypadków — razem od 12—18 dnia 31 przypadków.

Z powyższego zestawienia wypływa, że pomiędzy naszymi przypadkami zapalenia popłoniczego gruczołów, a przypadkami Schicka zachodzą pod względem czasu występowania dość znaczne różnice.

Zapalenie popłonicze nerek w przypadkach Schicka wykazało pod względem czasu występowania zupełną analogię z przypadkami zapalenia gruczołów i występowało najczęściej również w 3. i 4. tygodniu choroby: z 33 przypadków zapalenie nerek 2 razy wystąpiło w 2. tygodniu, 18 razy w 3. tygodniu, 7 razy w 4. i po 3 razy w 5. i 6. tygodniu choroby.

Wśród naszych przypadków zapalenie nerek wystąpiło najczęściej w 3. tygodniu 70 razy, następnie w 2. tygodniu 30 razy, wreszcie w 4. tygodniu 14 razy; podług zaś dni najczęściej od 15. do 18. dnia 54 razy i od 12 do 14. dnia 20 razy — ogółem od 12. do 18. dnia 74 razy.

Jak widzimy, przypadki zapalenia nerek spostrzegane przez nas w Łodzi również różnią się pod względem czasu występowania od przypadków wiedeńskich Schicka, lecz, co jest rzeczą najważniejszą i co stanowi jądro danej sprawy, nasze przypadki zapalenia płoniczego nerek i gruczołów wykazały między sobą zupełną analogię w czasie występowania.

Na zasadzie więc naszej statystyki i statystyki Schicka możemy wyprowadzić następujący wniosek:

Zapalenie popłonicze gruczołów i zapalenie nerek podczas oddzielnych epidemii w różnych miejscowościach mogą różnić się nieco pod względem czasu i częstości występowania lecz spostrzegane na jednym i tym samym materyale wykazują zupełną analogię w czasie występowania.

Oprócz powyższych danych o ścisłym związku między temi powikłaniami płonicy świadczą dobitnie przypadki, w których zapalenie nerek i zapalenie gruczołów występowały jednocześnie. Liczne podobne przypadki opisał Schick mówią o nich w swych pracach Leichtenstern, Jür-

Numer	Imię i nazwisko	Wiek	Początek zapalenia gruczołów. Dzień choroby	Początek zapalenia nerek Dzień choroby	Ile dni między począt. obu powikł.	Najwyższa ciepłota przy zapaleniu	Uwagi	
1	Antoni D.	3	13	19	+ 6	41,2°	U brata Bolesława D., 6 lat, wystąpiło również 15. dnia choroby, zapalenie popłonicze gruczołów, lecz bez zapalenia nerek.	Zapalenie gruczołów poprzedza zapalenie nerek.
2	Symcha B.	4 1/2	25	30	+ 5	40,0°		
3	Franciszek P.	6	13	18	+ 5	39,2°	Siostry Nr 23 i 24. U Franciszka P. zapalenie gruczołów wystąpiło po raz drugi 32 dnia przy końcu zapalenia nerek.	
4	Maryan W.	6	16	18	+ 2	39,0°		
5	Piotr K.	5	32	34	+ 2	40,8°	U Piotra K. zapalenie gruczołów wystąpiło dwa razy: po raz pierwszy 21 dnia bez zapalenia nerek i po raz wtóry 32 dnia choroby.	
6	Michał G.	4	12	14	+ 2	38,6°		
7	Wanda J.	12	16	18	+ 2	40,2°		
8	Lucya S.	14	9	11	+ 2	40,6°		
9	Artur F.	2	18	19	+ 1	38,7°		
10	Zygmunt K.	3	14	15	+ 1	40,6°		
11	Micia S.	3	11	12	+ 1	39,8°		
12	Artur B.	6	13	13	0	39,6°		Zapalenie gruczołów stwierdzono jednocześnie z zapaleniem nerek.
13	Dawid W.	5	15	15	0	37,8°	U Dawida W. zapalenie gruczołów wystąpiło po raz wtóry 44 dnia choroby przy końcu zapalenia nerek.	
14	Stanisława P.	3	25	25	0	38,6°		
15	Edyta K.	9	25	25	0	37,5°		
16	Józef U.	9	24	24	0	39,9°	U Józefa U. zapalenie gruczołów wystąpiło dwa razy: po raz pierwszy 10 dnia bez zapalenia nerek i po raz wtóry 24. dnia choroby.	
17	Czesław S.	2 3/4	11	11	0	39,6°		
18	Erma G.	5	21	21	0	38,8°		
19	Janina M.	6	13	13	0	40,6°	} rodzeństwo — 2 siostry.	
20	Marta M.	8	15	15	0	40,0°		
21	Karol H.	6	23	23	0	40,2°		
22	Franciszek W.	14	26	26	0	40,3°	U Franciszka W. zapalenie nerek po raz pierwszy wystąpiło 15. dnia. 22. i 24. mocz bez składników chorobowych. 26. dnia wraz z zapaleniem gruczołów nawrot resp. obostrzenie zapalenia nerek — wybitny krwiomocz.	
23	Władysława P.	8	16	16	0	39,6°	+ Nr 3 — rodzeństwo — 2 siostry i 1 brat.	
24	Bronisława P.	10	24	23	— 1	38,°		Zapalenie gruczołów następuje po zapaleniu nerek.
25	Roman W.	8	19	18	— 1	40,9°		
26	Abram S.	5	24	23	— 1	40,6°	U Abrama S. zapalenie nerek po raz pierwszy wystąpiło 14. dnia. 20. i 22. mocz bez składników chorobowych. 23. dnia wraz z zapaleniem gruczołów nawrot resp. obostrzenie zapalenia nerek — wybitny krwiomocz.	
27	Wacław D.	1 1/2	14	13	— 1	37,9°		
28	Helena H.	6	15	16	— 1	39,9°		
29	Anna K.	7	19	17	— 2	40,8°		
30	Aleksy N.	5	27	25	— 2	39,8°	U Aleksego N. zapalenie gruczołów wystąpiło dwa razy: po raz pierwszy 14. dnia bez zapalenia nerek i po raz wtóry 27. dnia choroby.	
31	Jan P.	2 1/2	18	14	— 4	38,7°		
32	Marya J.	4	22	17	— 5	39,8°		
33	Mieczysław K.	3 3/4	28	21	— 7	40,3°	Wybitne pogorszenie zapalenia nerek przy wystąpieniu zapalenia gruczołów.	

gensen, Fiłatow, Stembo, poświęcił im osobną pracę już w 1888 roku Korsakow, lecz, o ile możemy sądzić, dotąd nie określono częstości występowania podobnych przypadków w przebiegu płonicy.

W okresie, w którym zwracaliśmy szczególną uwagę na omawiane powikłania, wśród 418 przypadków płonicy stwierdziliśmy zapalenie popłonicze gruczołów 60 razy, z czego w 30 przyp. = 7·2% stwierdziliśmy zapalenie gruczołów jednocześnie lub prawie jednocześnie z zapaleniem nerek. Zapalenie gruczołów wśród naszego materyału w połowie przypadków występowało przeto współcześnie z zapaleniem nerek.

Ogółem mieliśmy 33 podobnych przypadków, przytem spostrzegaliśmy 2 rodziny, z których w jednej u 3 dzieci, w drugiej u 2 stwierdziliśmy współczesne wystąpienie obu powikłań (patrz na tablicy Nra 3, 23, 24 i Nra 19 i 20). Jak widać z załączonej tablicy w 12 przypadkach

stwierdzilismy początek obu powikłań tegoż samego dnia, w 11 przypadkach stwierdziliśmy zapalenie gruczołów przed zapaleniem nerek, w 10 przypadkach spostrzegliśmy zapalenie gruczołów po zapaleniu nerek. Fakt, że w pewnej liczbie przypadków stwierdzaliśmy początek obu powikłań jednego i tego samego dnia, w innych zaś pomiędzy stwierdzeniem jednego powikłania upływało kilka (w znacznej większości na 21 w 15 przyp. od 1 do 2) dni, świadczy o tem, że prawdopodobnie sprawa zapalna w tych przypadkach rozpoczyna się jednocześnie w obu narządach, lecz tylko czasami objawy kliniczne jednego powikłania poprzedzają wystąpienie objawów drugiego.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Hoesslin. **Zależność białkomoczu od zawartości kwasu w moczu.** (*Münch. med. Woch.* Nr 33). W zakładzie swoim zrobił H. spostrzeżenie, że bardzo często u chorych nerkowych białkomocz stoi w związku z kwasotą moczu, a to w tem rozumieniu, że w miarę zmniejszania się ostatniej opada też lub i znika ilość białka, a podobnie także zachowują się wałeczki. U niektórych chorych związek ten jest tak ścisły, że można po prostu doświadczalnie przez alkalizowanie moczu zmniejszać ilość białka i wałeczków, co też ma dodatni wpływ na stan ogólny i poczucie podmiotowe chorych. Mocz alkalizował H. z pomocą sody. Naturalnie objaw ten nie występuje u wszystkich chorych, brak go naprzykład stale w ciężkich postępujących przypadkach zapalenia nerek, zwłaszcza tam, gdzie występują objawy mocznicowe. Prócz znikania białka i wałeczków nieraz można spostrzegać przytem i poprawę czynności nerki w postaci większego wydzielania się chlorku sodu. *A.*

Doc. Lüdke. **O przeszczepianiach śledziony.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 29—30). W ostatnich czasach sprawa przeszczepiania narządów zaczęła zataczać coraz to szersze kręgi, zwłaszcza, że przez szew naczyniowy uzyskano bardzo dobre pod tym względem widoki. Co do gruczołów, to przeszczepia się je zwykle albo do jamy brzusznej wolnej, ew. podskórnie, dalej do innych narządów, np. śledziony, wątroby, albo też łączy z podobnym narządem szwem naczyniowym. Przeważnie przeszczepiano dotąd w celach leczniczych gruczoł tarczowy. Co do przyjmowania się, to wyniki są, jak dotąd nieświetne. Ribbert, Lubarsch i t. p. celem uzyskania pewniejszych wgojeń, polecają przeszczepiać małe kawałeczki narządu. Wgojenie wydarza się często, natomiast trwałe utrzymywanie się przeszczepionej tkanki w innem miejscu jest niezmiernie rzadkie, choć niewątpliwie możebne. Christiani np. jeszcze 2 lata po przeszczepieniu spostrzegał zupełnie dobrze zachowaną i działającą tkankę tarczycy, a Payr przy przeszczepieniu gruczołu tarczowego do śledziony, spostrzegał do 300 dni brak wszelkich objawów braku jego czynności, co także znalazło potwierdzenie w jednym przypadku obrzęku śluzowatego u 6-letniego dziecka, któremu Payr wszczepił w śledzionę tkankę gruczołu tarczowego z matki i $8^1/_2$ miesiąca spostrzegał ciągle postępującą poprawę intelektualną i cielesną.

Zdaje się, że przez szew naczyniowy zyskamy jeszcze pewniejsze wyniki. L. postanowił przeprowadzić badania nad wynikiem przeszczepiania śledziony, wziętej z osobnika jednego gatunku na osobnika innego gatunku, np. z psa na kozę i t. p., a to celem zbadania ewentualnych następowych zmian krwi, przenoszenia niweczników, a wreszcie wyjaśnienia przyczyn i sposobu wsysania się z czasem przeszczepionej tkanki. Lüdke przeszczepiał głównie śledziony (w całości lub kawałkach) królików w kieszonki, zrobione w śledzionie psów lub małp. Wyniki wogóle były dobre. Mimo złych warunków na 17 operowanych zwierząt (6 małp i 11 psów) stracił L. jedną tylko małpę (gruźlica otrzewnej) i 3 psy (jednego w uśpieniu, dwa na zakażenie otrzewnej). Zresztą śledziony wszczepione przyjmowały się wcale dobrze w obcej śledzionie. U małp stwierdzono makroskopowo zupełne wgojenie się 4 razy, u psów 6 razy. Dwa razy u małp, a 3 razy u psów już w 4—10 tygodni wszczepiona śledziona uległa zupełnemu wessaniu. Po operacyi stan zwierząt był zupełnie dobry. Wszczepiona śledziona po kilku tygodniach (o ile odrazu nie uległa wessaniu) zmniejsza się o $^1/_4$—$^1/_3$ objętości pierwotnej, przybierając zabarwienie podłoża, tylko zwykle bywa nieco mniej, niż podłoże, w krew zasobna. Makroskopowo przejścia obu tkanek nie dało się wykazać na przekroju. W porównaniu z przeszczepianiem śledziony do jamy brzusznej, przeszczepianie do drugiej śledziony wywoływało szybsze wessanie szczepionej tkanki. Drobnowidowo wykazać można było jeszcze wszczepioną tkankę po 2—3 miesiącach. Krew zwierząt zachowywała się przytem dość typowo. Liczba ciałek czerwonych zmniejszała się a białych miernie wzrastała (zwłaszcza limfocyty i eozynochłonne), zmiany te trwały 4—6 tygodni. Zupełnie podobne zmiany spostrzegano także po wstrzykiwaniach do ustroju wyciągów ze śledziony.

O wgajaniu się śledziony świadczyło także przenoszenie się do nowego ustroju nagromadzonych w śledzionie ciał ochronnych. Jak wiadomo, narządy krwiotwórcze uważać należy za główne źródło tworzenia się niweczników, o czem świadczą między innemi doświadczenia Pfeiffera i Marxa. Wycięcie np. śledziony w 4—5 dni po zakażeniu durem, wywołuje brak lub upośledzenie tworzenia się ciał ochronnych. L. przeszczepiał tedy śledziony królików, u których przez wstrzykiwania drobnoustrojów czerwonki i duru uzyskał silnie aglutynującą surowicę. W 6 z 10 badanych przypadków wykazać się dało wybitnie przeniesienie się ze śledzioną do drugiego ustroju substancyi aglutynujących. Że nie chodziło tu li tylko o przeniesienie bierne, dowiódł fakt, że wstrzykiwania samej zawiesiny śledziony z uodpornionego zwierzęcia nie wywoływały takiego wybitnego przeniesienia się, lecz znacznie słabsze i szybko przemijające, a więc czysto bierne; natomiast przy przeszczepianiu śledziony utrzymywały się te substancye we krwi 3—4 miesięcy i dłużej. Substancye te zjawiały się we krwi psa lub małpy nawet wtedy, jeżeli śledzionę wyjęto królikowi w 2—3 dni po zakażeniu t. j. wtedy, gdy jeszcze u królika we krwi tych substancyi gotowych wykazać się nie udawało, a więc gdy tworzyły się one dopiero ze śledziony przeszczepionej ustroju, w który ją wszczepiono. Podobnie udawało się wykazać po przeszczepieniu w surowicy krwi precypityny i swoiste cytolizyny. Tkanka przeszczepiona wskutek złego odżywienia, braku wpływów nerwowych i t. p., skłonna jest naturalnie do rozpadu i wessania się, co znów jest pobudką do tworzenia się cytotoksyn, a te następnie wywołują szybkie wsysanie się przeszczepionej tkanki. Zapewne tworzą się znów w takim ustroju także antycytotoksyny, chroniące przeszczepioną tkankę od zupełnego wessania, ale o nich jeszcze nie wiele wiemy. *K.*

Dungern. **O odporności przeciw nowotworom.** (*Tow. lek. i przyr.* Heidelberg 2. III. 09). Doświadczenia swe przeprowadzał D. wspólnie z Drem Coca na mięsakach zajęcy, które przeszczepiał na króliki. Nowotwory te sadowią się zwykle na małżowinie usznej albo w pobliżu oka, dochodzą wielkości śliwki i drobnowidowo przedstawiają obraz włókniako-mięsaków. Cząstki nowotworu wstrzykiwano podskórnie. Zwykle w 1—2 tygodni występował już wyraźny nowotwór. Nowotwory klinicznie przebiegały to łagodnie, to znowu złośliwie, przerastając wszystkie tkanki i tworząc przerzuty. Zwykle jednak po pewnym czasie zaczynały się zmniejszać i często znikały zupełnie. Jeżeli po pierwszem zaszczepieniu, szczepiono w inne miejsce po raz drugi, nowotwór nie przyjmował się nigdy, choć np. pierwotnie zaszczepiony guz wycięto lub uległ wessaniu. U zajęcy guzy przyjmowały się lepiej i rosły więcej. Odporność wśród szczepienia trwała do 2 miesięcy. W przypadkach badanych drobnowidowo wykazano jako przyczynę obumierania tkanki nowotworowej zaczopowanie okolicznych naczyń dużemi komórkami (makrofagami). Ten odczyn makrofagów jest u różnych królików różny, a czasem niema go wcale i wtedy guz rośnie szybko i tworzą się przerzuty. Czy i komórki rakowe mogą wywoływać podobny odczyn orzec trudno, choć znamy przypadki samorodnego znikania tych nowotworów. Bądźcobądź zachęca to do prób leczenia raka wstrzykiwaniami cząstek nowotworu, choćby uzyskanych przez wycięcie przy operacyi. W dyskusyi zaznaczył Werner, że próbował już podobnych doświadczeń na człowieku w 2 przypadkach nieuleczalnego raka. Wprawdzie nie osiągnął wyleczeń, ale też chorym nie zaszkodził, a spostrzegać można było bardzo wybitny odczyn miejscowy. Próby te zachęcają do dalszych prac na tem polu. *K.*

Tegeler. **Rana postrzałowa aorty z zagojeniem się kuli w zastawce sercowej.** (*Münch. med. Woch.* Nr 34). Przy sekcyi górnika, zmarłego wskutek porażenia elektrycznego, zna-

lazł T. przygodnie bardzo ciekawe siedlisko pocisku, bo w kieszonce zastawki sercowej. Na wstępującem ramieniu aorty wykazać się dała znów promienista blizna na 3—4 palcy powyżej przyczepu zastawek. Zresztą prócz zrostu worka osierdziowego ze sercem od przodu i zrostów opłucnych nie wykazano żadnych uszkodzeń. Bliższe badania wykazały, że zmarły w zamiarze samobójczym przed rokiem strzelił do siebie z rewolweru w okolicę serca. Przewieziono go do szpitala, gdzie prócz rozkurczowego szmeru nad aortą nie wykazano żadnych zaburzeń w czynności serca, a zresztą tylko w lewym worku opłucnym mierny wysięk krwawy. Badanie prześwietleniem Röntgena kuli nie wykazało. Chory opuścił wtedy »uleczony« szpital w $1^1/_2$ miesiąca i od czasu tegoż do ostatniej chwili pracował w zupełnem zdrowiu. Wypadek ten tłomaczy T. sobie w następujący sposób: kula utkwiła z początku w ścianie aorty tuż pod błoną wewnętrzną, przez co nie było znaczniejszego krwotoku. Z czasem, gdy już rana zewnętrznej ściany się podgoiła, błona wewnętrzna wskutek tarcia krwi o miejsce gdzie tkwiło ciało obce, uległa przeżarciu i kula wpadła do aorty, a ztąd do zastawki, gdzie została przez tkankę łączną umocowana. *K.*

Medycyna wewnętrzna.

G. Reynaud: **O gorączce żółciowej z hemoglobinuryą** (*Revue de medecine* 1909 Nr. 7). Między cierpieniem tem a zimnicą istnieje pewna korelacya, ponieważ wszyscy chorzy dotknięci niem, cierpieli przedtem na zimnicę. Autor przypuszcza, że jako czynnik przyczynowy wchodzą tu w grę zmiany w składnikach krwi, a mianowicie demineralizacya, kruchość krwinek, hemoliza i inne. Leczniczo poleca jako środek bardzo skuteczny, wypróbowany przez niego i innych autorów, wstrzykiwanie śródmięśniowe chininy oraz wlewanie podskórne 250 cm³ 7‰ roztworu soli 2—3 razy dziennie przez dłuższy czas, aż do ustąpienia hemoglobinuryi.

Krajewska: **O tężyczce u kobiet dotkniętych zmiękknieniem kości** (*Międzynarodowy kongres lekarski w Budapeszcie 1909.* Sekcya neuropatologiczna). Zmięknienie kości (osteomalacia) jest w niektórych powiatach Bośni cierpieniem endemicznem. W Serajewie stwierdziła autorka w ciągu 10-ciu lat 150 przypadków tego cierpienia, a w tem 116 przypadków, spowodowanych połogami. Tężyczka (tetania) jest w Bośni względnie częstą. Na 70 przypadków tego cierpienia, stwierdzonych w Serajewie w przeciągu lat dziesięciu 48 było połogowych i związanych ze zmięknieniem kości również połogowego pochodzenia. Zmięknienie kości zarówno jak i tężyczka nachodzą kobiety tubylcze najuboższej ludności muzułmańskiej, żyjącej w jak najgorszych warunkach zdrowotnych, mieszkającej na stokach gór w źle przewietrzanych, ciemnych i wilgotnych domach i odżywiającej się bardzo licho. Źródła obu chorób należy szukać w przedwczesnem wychodzeniu za mąż (niekiedy w 12. roku życia), w częstych porodach, których liczba dochodzi 12—16, oraz w nadmiernie przedłużonem karmieniu, przeciąganem do $2^1/_2$ lat. Tężyczka najczęściej towarzyszy zmięknieniu kości w okresie początkowym. Związek obu tych schorzeń z funkcyami macierzyństwa zdaje się nie podlegać żadnej wątpliwości. Odnośnie do pory roku, oba cierpienia występują najczęściej w marcu i kwietniu, najrzadziej w czerwcu i we wrześniu. W miesiącach lipcu i sierpniu nie pojawiały się. Spostrzeżenia autorki przemawiają za tem, że nie zachodzi tu przypadkowy zbieg obu cierpień, lecz, że wywołują je tesame czynniki i warunki niehigieniczne i że stanowią one przejaw jednej i tej samej wadliwości odżywczej. Leczniczo działa skutecznie fosfor w przypadkach tężyczki związanej ze zmięknieniem kości.

Dr M. Blassberg.

Martius. **Problem patogenetyczny dziedziczności.** (*Kongres międzynarodowy lekarski w Budapeszcie* 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Przy powstawaniu chorób odgrywa dziedziczność bardzo ważną rolę, niekiedy rozstrzygającą. Wszelako dotychczas panowały w literaturze lekarskiej niejasne pojęcia w sprawie dziedziczności, które są zupełnie niezgodne z pojęciami przyrodniczemi ścisłej biologii współczesnej. Według tej ostatniej bowiem jest grubym błędem mieszanie pojęcia dziedzicznej skłonności z chorobą wrodzoną, oraz pojęcia zakażenia śródmacicznego z aktem dziedziczenia, albowiem zakażenie śródmaciczne i przeniesienie czynników chorobotwórczych drogą rozrodczą (germinativ) nie ma nic wspólnego z dziedzicznością. Po myśli wiedzy naukowo-biologicznej, istnieje wprawdzie kiła wrodzona, ale niema kiły dziedzicznej. Pod odziedziczonemi ze strony potomstwa lub dziedzicznie przekazanemi, rozumiemy biologicznie tylko takie właściwości, których zaczątek jest zawarty w plazmie zarodkowej rodzicielskich komórek płciowych. Pojęcie właściwości wrodzonej obejmuje wszystko to, co dziecko przynosi ze sobą na świat i jest szerszem od pojęcia cechy odziedziczonej. Czy jakaś wrodzona skłonność chorobowa lub jakiś anatomiczny wrodzony brak jest w naukowem znaczeniu tego słowa dziedzicznym, czy zatem pochodzi z plasmy zarodkowej rodziców lub też został tylko śródmacicznie nabytym, to należy w każdym poszczególnym przypadku z osobna zbadać i rozstrzygnąć. Naprzykład warga dolna u Habsburgów lub nos u Orleanów jest cechą dziedziczną, a brak jednego ramienia wskutek odsznurowania w życiu płodowem jest cechą wprawdzie wrodzoną ale nie odziedziczoną. Choroba nie jest istotą (ens jak np. prątek) ani też właściwością, ale jest sprawą wprawdzie nieprawidłową lecz powstającą w jakiejś części ustroju samorodnie lub też z przyczyny zewnętrznej. Sprawa chorobowa zatem nie może być odziedziczoną, bo powstaje ona na tkanie już wykształconej, która jako taka nie istniała w pierwoszczy zarodkowej. Choroba zatem nigdy nie może być odziedziczoną i w naukowej biologii nie istnieją choroby dziedziczne. Co najwyżej mógł istnieć w pierwoszczy zarodkowej związek, względnie skłonność (die Anlage). Odziedziczoną bywa więc nie gruźlica, lecz większa lub mniejsza skłonność tkanek do serowatego rozpadu, albo też większa lub mniejsza odporność wobec wnikania, wylęgania i bujania prątków gruźliczych. Sumy przekazywanych dziedzicznie przez rodziców korzystnych lub niekorzystnych właściwości nie mogą zwiększyć lub zmienić zewnętrzne wpływy podczas indywidualnego życia rodziców. Konstytucyi ludzkości nie zmieniają zewnętrzne wpływy w krótkim przeciągu czasu, jaki ludzie obejmują. To zasadnicze zapatrywanie, zastosowane przy ocenie lekarskich problemów dziedziczenia właściwości indywidualnie nabytych, wykazuje, że dotychczas niema żadnego dowodu na spostrzeżenia, wskazujące jakoby na dziedziczenie właściwości nabytych indywidualnie. Co się natomiast tyczy tych właściwości indywidualnych, których powstanie nie polega na bodźcach i które nie powstały w ciele (somatogen), to te, jak naprzykład hemofilia — są dziedzicznemi, a dla dowodu ich dziedziczności nie potrzeba się wcale uciekać aż do wykazywania statystycznego względnie genealogicznego, bo dla nich nie istnieje wogóle inne źródło powstania, jak dziedziczność. Pojęcie zatem obciążenia dziedzicznego jest znacznie szerszem, aniżeli zwykle przyjmujemy, ale też równocześnie znacznie ściślejszem. Zasadniczym błędem przy zwykłych lekarskich rozpatrywaniach dziedziczności i wywodach statystycznych jest posługiwania się pojęciem »rodzinny«, biologicznie zupełnie bezwartościowem. Bo rodzina w pojęciu biologicznem obejmuje tylko rodziców i dzieci, a badanie właściwości rodzinnych uwzględnia tylko bardzo małą część ascendencyi ogólnej. Drzewa genealogiczne rodzinne przedstawiają tylko materyał surowy statystyczny, ale nie dopuszczają same przez się do wyciągania żadnych biologicznych wniosków. *Dr M. Blassberg.*

Prof. Grober. **Doświadczenia ze środkami zastępczemi naparstnicy.** (*Med. Klinik* Nr 31). Oddawna okazuje się dążność do zastąpienia surogatu naparstnicy, o tak różnym składzie ze względu na porę zbioru, preparatami czystemi ew. z naparstnicy uzyskanemi. W ostatnich czasach podano ich kilka. Zwłaszcza zyskał sobie uznanie *digalen* 30%, rozczyn digitoxyny, najważniejszego składnika naparstnicy. Środek ten rzeczywiście jest dobry, nie jest zbyt trującym i wygodny w użyciu, natomiast nie jest pozbawiony działania kumulatywnego i wcale nie działa szybciej jak naparstnica. Digalen podaje się wewnętrznie lub gdy chodzi o szybkie działanie śródżylnie. Śródmięśniowo stosowany wywołuje ropnie. Preparat angielski *digitalone* nie jest dobrym, natomiast polecenia godnym jest *digipuratum* (w tabletkach po 0,1). Podaje się go do 0,5 dziennie do 1—2 grm razem (zawierać ma wszystkie składniki naparstnicy). W przypadkach nagłych zapadów serca np. w ostrych chorobach zakaźnych niezłe usługi oddaje *strophantin* Böhringera wstrzykiwany śródżylnie, działa ono nadzwyczaj szybko. Nieco podobnie działa też adrenalina zwłaszcza w zapadach ma korzystne działanie. W końcu wspomnieć też należy o jednym środku nasercowym, mianowicie chlorku baru. Stosuje się go zwłaszcza u ludzi, którzy tak na działanie naparstnicy, jak i strophantu, są zupełnie odporni, lub też do tych preparatów już się przyzwyczaili. Podaje się go z 1% rozczynu 3 razy dziennie 3—4 gm. Mimo wad, jakie ma surogat naparstnicy, pozostanie on jednak i nadal w naszej skarbnicy leczniczej, albowiem zawiera on w sobie prócz głównych działających środków, także inne, które w połączeniu naturalnem działają nadzwyczaj korzystnie na serce.

A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie dnia 19. maja 1909.

Przewodniczący kol. K. Jasiński. Sekretarz: E. Sonnenberg.

1. Na początku posiedzenia przewodniczący kol. K. Jasiński w dłuższem przemówieniu wspomniał o stracie, którą poniosło Towarzystwo lekarskie łódzkie przez śmierć przedwczesną kolegi Józefa Sachsa, jednego z najczynniejszych członków Towarzystwa. Przewodniczący w przemówieniu swem podkreślił niezwykłą pracowitość zmarłego kolegi i jego zamiłowanie do obranej przezeń dziedziny nauki. Kol. Jasiński wspomniał o wzorowo przez kol. Sachsa prowadzonym przytułku dla położnic w szpitalu Poznańskich, w którym kol. S. dokonał szeregu poważnych zabiegów chirurgiczno-ginekologicznych, które zwróciły nań uwagę świata lekarskiego warszawskiego. Dalej kol. Jasiński podniósł zalety zmarłego kolegi, jego prawy charakter i umysł krytyczny łatwo się oryentujący.

Po przemówieniu przewodniczącego sekretarz kol. Sonnenberg przeczytał tytuły 22 drukiem ogłoszonych prac kol. Sachsa, przeważnie z dziedziny ginekologii i położnictwa, poczem obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2. Kol. Perlis przedstawił 66-letniego mężczyznę, który ma od 9 tygodni bole bardzo silne w okolicy prawego stawu barkowego. Staw zaczął bardzo szybko się powiększać. Obecnie okolica stawu przedstawia się w postaci wrzeciona wielkości dużego ananasa. Skóra nad stawem niezmieniona. W głębi wyraźne chełbotanie, zarówno w przedniej, jak i tylnej powierzchni stawu. Próbne nakłucie wykazuje obecność znacznej ilości czystej krwi. Rozpoznanie: mięsak (*cystosarcoma*).

3. Kol. Klozenberg przeczytał rzecz p. t.: **Przyczynek do kazuistyki guzów przysadki mózgowej.**

Podawszy ogólną symptomatologię guzów przysadki: bole głowy, zmiany psychiczne, zaburzenia wzrokowe (hemianopsia bitemporalis, jedno- lub obustronna amblyopia lub amauroza, jednostr. amauroza z hemianop. temp. drugiego oka, akromegalie lub degener. adiposogenitalis), zaznacza, że postępy dyagnostyki radiologicznej znacznie się przyczyniły do ułatwienia rozpoznawania tychże guzów i zmiany konturów siodła tureckiego, pozwalają oryentować się nietylko co do samego charakteru cierpienia, lecz i co do stosunku grup do sąsiednich części. Ten ostatni wzgląd ma duże znaczenie przy stawianiu wskazań do leczenia operacyjnego, do którego nadają się głównie przypadki, w których przypuścić można, że nowotwór rośnie ku dołowi. Leczenie chirurgiczne guzów przysadki mózgowej jest zdobyczą najnowszej chirurgii, szczególniej przez szkołę wiedeńską opracowaną. Tu następuje rozbiór metod operacyjnych — zewnątrz- i wewnątrzczaszkowej, wraz z opisem przypadków operowanych. W ostatnich czasach utrzymuje się zewnątrzczaszkowa metoda (Schloffer, Eiselsberg, Hochenegg). Chora przedstawiona przez prelegenta, 38 l., akromegaliczka, oprócz typowych objawów akromegalii, miewała coraz silniejsze bole głowy, amenorrhoea od lat 10, na prawe oko nie widzi zupełnie, na lewem hemian. temporalis ze znacznem osłabieniem siły wzroku, zanikiem nn. wzrokowych, atrophia simplex, zmianami uwłosienia typu męzkiego. Badanie radiologiczne (kol. Judt) wykazało powiększenie i rozszerzenie siodła tureckiego w czwórnasób. Postępujący charakter zmian wzrokowych wraz z wynikami badania radiologicznego, uzasadniły przypuszczenie nowotworowego pochodzenia. Chora skierowana do Prof. Hochenegga, operowana została w grudniu r. z. Operacyi dokonano drogą nosa, usunięto część guza, który okazał się gruczolakiem złośliwym. Przebieg pooperacyjny naogół dosyć gładki; natychmiastowe ulżenie bolów głowy; wkrótce dało się zauważyć na tyle kiści rąk fałdowanie dawniej napiętej skóry; zmniejszenie wyczuw. obwod. części kończyn stale postępujące; również zaczął się wyczuwać przedtem zupełnie niewyczuwalny zrazik środkowy gruczołu tarczowego. Poprawa wzroku dotychczas nie nastąpiła, również nie wróciła miesiączka. Wynik operacyi w tym, jak i w poprzednim przez Hochenegga operowanym przypadku akromegalii są przyczynkiem bardzo ważnym do kwestyi patogenezy akromegalii. Operacya w tym przypadku równa się eksperymentom. Wyliczywszy dawne teorye w tym względzie zatrzymuje się nad »hypophysarme« teoryą Pierro Marie, upatrującą przyczynę akromegalii w zmianach w przysadce. Biorąc pod uwagę hyperplastyczny charakter nowotworu (tak zwykły w guzach przysadki) i wynik pooperacyjny, należy uznać hyperfunkcyę przysadki za wybitny moment etyologiczny. Nie sama jednak przysadka zdaje się tu odgrywać rolę: zaburzenie płciowe (zanik narządów płciowych), przerost gruczołu tarczowego (po operacyi w danym przypadku, wolo od początku cierpienia w przypadku Hochenegga, w związku z powiększeniem przysadki i obserwowanemi zmianami psychicznemi u kobiet ciężarnych, kastrowanych zwierząt, skopców, nasuwają przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z zaburzeniami wewnętrznej gruczołów tarczowego, płciowych i przysadki, a może i grasicy i naruszenie równowagi w tej sekrecyi w zależności od pod- lub nadczynności, wywołuje te lub inne zmiany troficzne.

W dyskusyi nad powyższym odczytem wzięli udział koledzy: Przedborski, Perlis, Helman, Pański i Grabowski.

Kol. Przedborski, mówiąc o technice operacyi, polegającej na odchyleniu przedniej ściany zatoki czołowej, wyraża wątpliwość, czy stosowany zabieg jest tu odpowiednim, zdaniem bowiem kolegi P., operujący znajduje tu strop gardzieli, który przedstawia grubą warstwę kostną.

Kol. Perlis zwraca uwagę na to, że Loevy proponuje zamiast operowania przysadki drogą otwierania jamy nosowej inny zabieg, Pharyngotomiam suprahyoideam, który to rękoczyn daleko prędzej prowadzi do celu i nie pozostawia takiego zeszpecenia.

Kol. Helman również zwraca uwagę na proponowane przez Loevyego operowanie przysadki mózgowej drogą pharyngotomii. Zabieg ten stanowi daleko prostszy sposób dotarcia do stropu gardzieli, niż dotychczasowe zabiegi przez szerokie otwieranie jamy nosowej, które, pomijając zeszpecenia, kryją większe niebezpieczeństwo dla operowanego. Kol. H. wspomina o dwóch odmianach pharyngotomii, proponowanych przez Loevyego: Pharyngotomia subhyoidea (cięcie poziome pod kością gnykową) i Pharyngot. suprahyoidea, gdzie cięcie jest zrobione nad kością gnykową.

Kol. Grabowski zapytuje, czy kol. H. wspomniał o zmianach, zachodzących w przysadce przy obrzęku śluzowym.

Kol. Pański zastanawia się, czy warto wogóle, wobec nieznacznych wyników, jakie daje operowanie części przysadki mózgowej, stosować tak niebezpieczny zabieg i czy nie wystarczałoby tu stosowanie paljatywu, jakim jest trepanacya, która zmniejszy ciśnienie wewnątrzczaszkowe.

Kol. Klozenberg w odpowiedzi zaznacza: 1. koledze Przedborskiemu: że odchylenie przedniej ściany zatoki czołowej, która przy akromegalii jest rozszerzona, powiększa znacznie pole operacyjne. 2. Kolegom Perlisowi i Helmanowi prelegent odpowiada, że ostatniej pracy Loevyego w oryginale nie czytał, wie jednak o niej. Zresztą ani Loeve, ani nikt wogóle metody tej dotychczas na żywym nie stosował. 3. Koledze Grabowskiemu prelegent odpowiada, że zmiany w przysadce w obrzęku śluzowym były podawane. Zresztą o pokrewieństwie gruczołów: tarczowego i przysadki było wzmiankowane. 4. Koledze Pańskiemu: prelegent wątpi, czy paljatyw trepanacyi powstrzymałby postępowanie zaniku n. wzrokowego, sprawa bowiem jest tu zależną nie tyle od wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, ile od bezpośredniego ucisku nowotworu na chiasma.

W dalszym ciągu kol. przewodniczący zaznaczył, że na ręce jego złożona została prośba, podpisana przez kolegów: Pańskiego, Klozenberga, Justmana, Steinberga, Chodźkę, Sokołowskiego, Krzyżanowską, Sepnera i Kopcińskiego, pragnących utworzyć przy Tow. lek łódzkiem sekcyą neurologiczną.

W końcu posiedzenia kol. Perlis pokazał preparat **venae saphenae magnae**, wyłuszczonej u 22-letniego mężczyzny, cierpiącego na żylakowate rozszerzenie dolnej kończyny (prawej). Długość usuniętej żyły wynosi 33 cm. *E. Sonnenberg.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

IV. międzynarodowy kongres prasy lekarskiej, który obradował 27—28 sierpnia w Budapeszcie uchwalił założenie międzynarodowej komisyi dla zjazdów, dalej przytaczanie na końcu prac oryginalnych, krótkich streszczeń w kilku językach

europejskich, zwalczanie reklamy a raczej nadużywania prac do celów reklamy i t. p. Mimo spodziewanego licznego napływu członków, ze względu na ciekawe i ważne tematy, zebrało się zaledwo 30. *X.*

Rada honorowa związków lekarskich w Saksonii uznała pewnego lekarza winnym przekroczenia godności stanu za umieszczenie na tablicy domowej ogłoszenia: »Spezialarzt für Schilddrüsenerkrankungen sowie Entwickelungsstörungen und Gemütskrankheiten«. W motywach podano, że działy wymienione nie są wcale pokrewne, nie można specyalizować się do jednego organu, symptomów lub następstw danych chorób, gdyż pobudza to publiczność do stawiania u siebie rozpoznań i niepotrzebnie zwraca uwagę na powikłania lub następstwa pewnych chorób. *X.*

We Frankfurcie nad Menem grozi poważny konflikt pomiędzy lekarzami a kasami chorych. 31-go grudnia kończą się dotychczasowe umowy. Kasy żądają usunięcia interwencyi związków i chcą umowy zawierać z pojedynczymi lekarzami, a nadto granicę dochodu członka kasy chcą przesunąć na 3000 marek. Lekarze naturalnie nie zgadzają się na to, a ze swej strony żądają ponadto podwyższenia wynagrodzeń. *X.*

We Francyi toczy się walka między syndykatami lekarskiemi a towarzystwami ubezpieczeń od wypadków dla robotników, o wolny wybór lekarza. Właściwie ustawa z r. 1898 przyznała wolny wybór lekarza, lecz Towarzystwa w miarę czasu wprowadzały zwyczaj nasyłania swoich lekarzy zaufanych, celem leczenia chorych, przeciw czemu robotnicy nie reagowali. Obecnie zaś dążą z powrotem tak lekarze jak i robotnicy do przywrócenia wolnego wyboru lekarza. *X.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 12. IX. do 18. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych — † —), kokluszu 1 (—), płonicy 42 † 7 (6 † 4), odry 26 † 1 (—), duru brzusznego 16 † 1 (5), czerwonki 2 † 1 (—).

Dr Legeżyński.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. IX. do 18. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 2 (w tem obcych 6 † 2), krztuśca 1 (—), płonicy 7 † 2 (4 † 2), duru brzusznego 6 (4), cholery dziecięcej i swojskiej 8 † 7 (2 † 1), gorączki połogowej 1 † 1 (—), róży 2 (—), tężca 1 (—), wścieklizny 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

W sprawie reorganizacyi Najwyższej Rady Zdrowia.

Ustrój sanitarnych władz austryackich oddawna jest przedmiotem licznych utyskiwań. Organa sanitarne, postawione w hierarchii urzędowej na stosunkowo bardzo nizkim szczeblu, wynagradzane niedostatecznie, pozbawione są wszelkiej bezpośredniej egzekutywy; stąd też nie mają należytego wpływu i znaczenia, a co za tem idzie, także i sprawy zdrowia publicznego nie zwracają na siebie uwagi w stopniu należytym, w wielu przypadkach traktowane są zbyt lekko i daleko jeszcze do tego, aby zostały uznane za jedno z najważniejszych zadań społecznych, jak to się dzieje w innych państwach. Największem złem w organizacyi służby sanitarnej austryackiej jest brak centralnego urzędu, działającego do pewnego stopnia samodzielnie, a wyposażonego w należyte atrybucye i środki; agendy sanitarne są rozstrzelone w różnych ministerstwach wiedeńskich, a tylko część ich skupia się w departamencie sanitarnym ministerstwa spraw wewnętrznych, na którego czele postawiono... prawnika, referentowi fachowemu, lekarzowi, wyznaczając rolę drugorzędną. Naśladując we wszystkiem Niemcy, nie zdobył się jednak dotąd rząd austryacki nawet na to, aby za ich wzorem utworzyć centralny »Państwowy urząd zdrowia«. Jedyne zaś ciało, mogące w sprawach sanitarnych stanowić bezstronną fachową instancyę, Najwyższa Rada Zdrowia, od lat kilkudziesięciu nie reformowane, złożone ze zbyt szczupłej liczby członków, skazane na rolę organu czysto tylko doradczego, w znacznym stopniu skrępowane swą, niewątpliwie przestarzałą organizacyą, pozbawione było przytem dostatecznych środków dla wypełnienia coraz większych zadań, jakie nasuwa doba obecna.

Toteż z kół lekarskich coraz częściej i coraz usilniej odzywały się głosy, domagające się gruntownej reorganizacyi centralnych władz sanitarnych w Austryi, jeżeli już nie osobnego ministerstwa zdrowia publicznego. Nareszcie znalazły te żądania echo i w ciałach prawodawczych; Izba Panów uchwaliła niedawno wniosek swego członka, Prof. Ludwiga, wzywający rząd, aby przystąpił do reorganizacyi przedewszystkiem Najwyższej Rady Zdrowia, wyposażając ją w szerszy zakres działania i w odpowiednie wymaganiom doby obecnej środki, w osobne, pod kierunkiem Rady pozostające pracownie i t. p. Jak zwykle w Austryi, tak i tym razem wezwanie to ma odnieść skutek tylko połowiczny. Dobrze zwykle poinformowana »Allgemeine Wiener med. Zeitung« podała z początkiem lata wiadomość, że rząd gotuje się do reorganizacyi Najwyższej Rady Zdrowia, ale nie w tak rozległym zakresie, jak tego oczekiwano. Chociaż jednak nie wszystkie żądania, zawarte we wniosku Prof. Ludwiga, mają się spełnić, dobre i to, że się wreszcie spełni chociaż część ich jakaś.

Reorganizacya miała nastąpić jeszcze przed jesienią, a główną w niej rzeczą miały być dwa punkta, mianowicie rozszerzenie zakresu działania Najwyższej Rady Zdrowia i wyposażenie jej w lepsze środki z jednej strony, a podział na sekcye (odpowiadający coraz większej specyalizacyi spraw), przy równoczesnem pomnożeniu liczby członków Rady z drugiej strony. Grono plenarne Rady, złożone dotąd około z 20 osób, ma wzróść w dwójnasób.

Ta będąca już zapewne w toku, a po cichu dokonywana reorganizacya, wymaga bacznej uwagi i usilnych a niezwłocznych starań ze strony wszystkich czynników w kraju naszym, mogących wywrzeć wpływ na przebieg i wynik sprawy. Potrzeba bowiem, aby przy tem Galicya, w której warunki działalności sanitarnej są pod wielu względami odmienne, zdobyła w Najwyższej Radzie Zdrowia odpowiednie zastępstwo swoich interesów, potrzeba, aby w zreorganizowanej Radzie zasiadła dostateczna liczba członków, powołanych z naszego kraju i znających dokładnie krajowe stosunki. Rzecz jest tem ważniejsza, że przez długi szereg lat była Galicya pod tym względem jaskrawo pokrzywdzona i że właśnie obecnie, przy rozszerzeniu agend Najwyższej Rady Zdrowia, nie mało ważną będzie rzeczą, aby o nas nie rozstrzygano tam bez nas, coby się łatwo zdarzyć mogło przy podziale Rady na specyalne, w pewną samodzielność wyposażone sekcye, jeżelibyśmy nie uzyskali w każdej sekcyi należytego przedstawicielstwa dla Galicyi.

Aż do ostatnich czasów, dziesiątkami lat, nie było w Najwyższej Radzie Zdrowia a n i j e d n e g o członka z Galicyi. Ś. p. Jordan, mianowany członkiem Rady przed laty kilku, był w o g ó l e dopiero p i e r w s z y m w Radzie Polakiem. Obecnie ma wprawdzie kraj nasz w Radzie dwóch dzielnych przedstawicieli, ale te dwa miejsca, uzyskane nie bez usilnych starań ze strony wpływowych czynników w kraju, stanowią przy o b e c n y m składzie Rady zaledwo $^1/_{10}$ część tego grona, a więc zaledwie część tego, co się Galicyi słusznie należy. Jeżeli zreorganizowana Rada ma liczyć około 40 członków, to żądanie, aby przynajmniej ośmiu z nich powołano z Galicyi, nie jest wcale wygórowane, tem więcej, że przy podziale Rady na sekcye wypadałoby wtedy w każdej sekcyi na przedstawicieli Galicyi zapewne zaledwo po 1—2 członków. Pewne sprawy zaś rozstrzygane być mają przez te sekcye bez odwołania się do pełnej Rady, a że są to sprawy, dla naszego kraju nietylko pod względem sanitarnym, ale nieraz i ekonomicznym pierwszorzędnej wagi, przekonało dowodnie doświadczenie lat ostatnich. Wystarczy wymienić sprawę projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Sprawa reorganizacyi Najwyższej Rady Zdrowia i pomnożenia jej członków jest dostatecznie dla kraju naszego i interesów naszej ludności ważna, aby zainteresować nietylko koła lekarskie, ale i tych, którzy przez swe naczelne w kraju stanowisko wywrzeć mogą pewien nacisk na władze centralne, jakoteż, by zainteresować szersze grono przedstawicieli kraju w Sejmie i Radzie państwa. Koła lekarskie spełniają swój obowiązek samem już poruszeniem tej sprawy, ale nie łudzą się, by same ją przeprowadzić i prawa kraju zawarować zdołały; o to zaapelować trzeba do tych, którzy są powołani stać na straży wszelkich interesów naszego społeczeństwa i którzy mają moc i środki, by skutecznie się nimi opiekować. *C.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Z wiarygodnego źródła otrzymujemy wiadomość, że Słowianie nie zostali dopuszczeni do udziału w stałej komisyi

międzynarodowych Zjazdów lekarskich, za sprawą głównego komitetu austryackiego.

— W dniu 12. sierpnia 1909 roku odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej, na którem między innemi przedmiotami obrad uchwalono w sprawie wniosku Izby czeskiej, zdążającego do tego, by lekarzom pomocniczym i sekundaryuszom przy publicznych szpitalach nie było dozwolonem przyjmowanie czyto stałych czyto pauszalowanych posad kasowych, odpowiedzieć, że nasza Izba zasadniczo na to się nie zgadza, możliwe jednak, że po wglądnięciu w motywa okaże się, że zdanie swe zmieni. — Sprawę Dra Z. i A., którym jako lekarzom więziennym odmówiono wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie uchwalono poruszyć na XIV. wiecu Izb lekarskich w Wiedniu, jako sprawę mającą znaczenie ogólne.

W dniu 13. września 1909 odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej. Na wezwanie c. k. Namiestnictwa o wydanie opinii w sprawie dyplomów lekarskich, po dyskusyi Wydział uchwalił odpowiedzieć, że Izba lekarska nie jest w możności udzielić opinii, w jaki sposób możnaby zapobiedz fałszowaniu dyplomów, gdyż rzeczą władz wydających dyplomy jest postarać się o to, by dyplomów nie fałszowano; w sprawie wydawania dyplomów poddanym obcych mocarstw, Wydział Izby proponuje, by tymże wydawano dyplomy różniące się od dyplomów wydawanych poddanym austryackim tak barwą jakoteż formą i klauzulą, co powinno zapobiedz odnośnym pomyłkom. Wreszcie Izba lek. proponuje, by Wysoki c. k. Rząd wydał zarządzenia, zmierzające do tego, by lekarz, który zamierza rozpocząć praktykę lekarską, był zobowiązany zgłosić się najprzód do Izby lekarskiej i przedłożyć jej dotyczące dokumenty, przyczem Izba zbada dokładnie jego upoważnienie do wykonywania praktyki. To dałoby się przeprowadzić w ten sposób, że władze polityczne I. instancyi tylko tym lekarzom pozwoliłyby na wykonywanie praktyki lekarskiej, którzy się wykażą dowodem, że Izba lekarska ich uprawnienie do wykonywania praktyki zbadała. — Przewodniczący zdawał sprawę z kilku przedmiotów, nad którymi tegoroczny wiec Izb lekarskich ma obradować. Są nimi: *a*) wniosek Izby szlązkiej, tyczący się oclenia środków tajnych i specyfików; *b*) wniosek Izby styryjskiej, tyczący się bojkotu pewnego lekarza kąpielowego przez kolegów; *c*) wniosek Izby styryjskiej, tyczący się stanowiska lekarzy wobec zamierzonej ustawy o ubezpieczeniu społecznem, wreszcie *d*) wniosek Izby styryjskiej w sprawie reformy ustawy sanitarnej z r. 1870. Ostateczne uchwały co do powyższych wniosków odłożono na czas późniejszy.

W kwestyi Zjazdu międzynarodowego lekarskiego w Budapeszcie i wiecu słowiańskich lekarzy w Wiedniu oraz wydarzeń na obu wiecach, wywiązała się dyskusya; wobec tego, że wiadomości o tych wypadkach pochodzą jedynie z krótkich wzmianek pism codziennych, Wydział Izby uchwalił wstrzymać się z zajęciem stanowiska wobec protestu i uchwał powziętych na wiecu lekarzy słowiańskich w Wiedniu, aż do czasu, kiedy delegat lekarzy polskich zda sprawę z dotyczących wydarzeń.

Przewodniczący podnosi myśl dobrowolnego opodatkowania się lekarzy na rzecz »Daru Grunwaldzkiego«. Po dyskusyi Wydział uchwalił, że Izba zgadza się w zasadzie na tę myśl, jednakże nie uważa się za instytucyę właściwą do przeprowadzenia tej akcyi, natomiast uchwalił zwrócić się do Towarzystwa lekarzy galicyjskich, jako skupiającego największą ilość lekarzy z propozycyą zainicyowania odnośnej akcyi.

Lwów. Z początkiem października b. r. przystąpi Izba lekarska wschodnio-galicyjska do rozdania reszty kwoty, przysłanej ze Związku Towarzystw lekarskich w sumie 1526 koron. Uprawnione do otrzymania zapomogi wdowy i sieroty po lekarzach, którzy mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wsch.-galic. zechcą wnieść najdalej do końca września b. r. należycie udokumentowane podania do Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11).

Warszawa. »Polski komitet badania i zwalczania raka« ogłasza konkurs z nagrodą 300 rb. za najlepszą oryginalną pracę naukową z zakresu: *a*) badań anatomiczno-patologicznych raka i innych nowotworów złośliwych; *b*) badań doświadczalnych nad szczepieniem raka i uodpornianiem zwierząt; *c*) badań wymiany materyi u chorych na raka; *d*) statystycznych opracowań przypadków raka w jednym ze szpitali pod względem klinicznym i sekcyjnym; *e*) badań nad leczeniem raka wogóle, oraz poszczególnych narządów. Prace w języku polskim, opatrzone godłem, powtórzonem na zapieczętowanej kopercie, zawierającej nazwisko i adres autora, nadsyłać należy najdalej do 1. marca 1910 pod adresem: »Komitet badania i zwalczania raka. Warszawa. Towarzystwo higieniczne, Krakowskie Przedmieście 66«. Nagrodzona praca, pozostając własnością autora, powinna być niezwłocznie oddana do druku do jednego z polskich czasopism lekarskich. Sąd konkursowy składają: Dr J. Jaworski, Fr. Kijewski, Prof. Przewoski, M. Rejchman i S. Serkowski.

Z różnych stron. Izba lekarska wiedeńska uchwaliła, na wniosek Dra Grüna, prosić Rząd, by przy zamierzonem pomnażaniu liczby członków Najwyższej Rady Zdrowia wezwać do tej instytucyi czterech lekarzy-praktyków, z pomiędzy których jeden byłby lekarzem kasy chorych. Sprawa ta będzie poruszona także na Zjeździe Izb lekarskich.

— »Brit. med. Journal« z 4. b. m. wykazuje, że w Anglii (z wyjątkiem Szkocyi i Irlandyi) liczba lekarzy wynosi 25092, czyli że jeden lekarz przypada na 1407 mieszkańców. Nadmiar ten lekarzy wytworzył niezdrową konkurencyę pod formą zmniejszenia się honoraryów. Te motywa skłaniają Brit. Med. Association do przestrogi dla młodzieży, by zbyt licznie nie garnęła się do studyów lekarskich.

— W Roterdamie wybuchła cholera, zawleczona prawdopodobnie okrętem.

— Międzynarodowy kongres w Peszcie rozdał nagrodę Paryża Drowi Bordetowi z Gent, nagrodę Moskwy Prof. Hertwigowi, nagrodę otologiczną Prof. Neumannowi z Wiednia i Greyowi z Glasgowa. Nagrody węgierskiej za najlepszą pracę o jaglicy w kwocie 1000 koron nie rozdano z braku pracy, któraby zaznaczyła wybitniejszy postęp w badaniu tej choroby.

Mianowani: Dr Nebesky habilitował się w Insbruku do położnictwa i ginekologii.

Dr Alessandrini profesorem patologii zewnętrznej w Rzymie.

Dr Pietrzykowski profesorem chirurgii w Pradze na uniwersytecie niemieckim.

Dr Glas habilitował się w Wiedniu do laryngologii.

Zmarli: Prof. Dr Jaffé prymaryusz oddziału chirurgicznego w szpitalu miejskim w Poznaniu.

Dr Hansen profesor anatomii w Kopenchadze.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie od 2—23. grudnia 1909.

Wyjaśnień udzielają i zgłoszenia przyjmują Prof. Ciechanowski (Wielopole 4), Prof. Dobrowolski (Podwale 2), i Prof. Krzyształowicz (Basztowa 6).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26. listopada do 2. grudnia 1909.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dnie powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się we środę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakteryj chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegorzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Nowak wspólnie z asystentem Dr Szymanowskim: Praktyczny kurs bakteryologii. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Mięsowicz: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej (Kopernika 15) w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej (Kopernika 15). 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mające. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz wspólnie z asystentem Dr Landauem: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5—6 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8—10 rano. Czesne 20 kor. Najmniej 5 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem Dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5—7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Derm tologia i sifilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od 8½ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 15 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami Dr Cetnarowskim, Przybylskim i Schlankiem: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Prof. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9. Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10. Dermatologie i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków
Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
Chirurgia (Prof. Rutkowski) codz. prócz sobót.
9—10. Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11. Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.
10—11. Położnictwo (Prof. Dobrowolski) codz
10—12. Pedyatrya (Prof. Lewkowicz). Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—1. Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki.
12—1. Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona. { Medycyna wewn. (Doc. Mięsowicz, Doc. Latkowski) 4 godz. tyg.
3—5. Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
4—5. Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6. Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6. Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid) codz.
4—5. Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
5—7. Badania laryngol. (Prof. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—8. Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) wtorki, czwartki
Pora popołudn. na razie nie oznaczona. { Wziernikowanie oka.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8·50 z przesyłką pocztową Rbs. 9. 184

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. **Łączy działanie bismutu i tanniny.**

Gastrosan Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych **objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym** z ich następstwami, przy **dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania** i przy **nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.**

Unguentum Heyden Do dyskretnych wcierek rtęci; nadaje się szczególniej dla **kobiet, dzieci** i do **peryodycznego leczenia się.** Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g

Ichthynat, ammonium ichthynatum Heyden, z tyrolskiego węgla rybnego, o wiele tańszy od ichtyolu.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 c

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 G. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Zanim Pan poczynisz kroki o uzyskanie **pożyczki osobistej hipotecznej lub realnej** proszę żądać prospektu bezpłatnie **MELLER L. EGYED** Budapest IX. Lónyai-ulca 7 Telef. międzymiast. 46—81. 384

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 125

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Pomiędzy wszystkimi niezliczonymi, w handlu znajdującymi się środkami przeczyszczającymi żaden chyba nie został tak łatwo i szybko wprowadzony, jak



KALIFORNIJSKI

SYRUP FIGOWY „CALIFIG"

(nazwa prawnie strzeżona)

który przez swą nieszkodliwość, pewne i łagodne działanie może być panom lekarzom jako ulubiony także w praktyce kobiecej i dziecięcej

przyjemny środek przeczyszczający

polecany. Sposób użycia przy każdej flaszce. 235 a

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kor. 3. — za 1/1 fl., Kor. 2. — za 1/2 fl.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Próbki dla lekarzy bezpłatnie i opłatnie.

PEPSYNA ACIDOLOWA

zupełnie stała, znakomicie działająca.

Przetwory kwasu solnego z pepsyną.

Siła I. i II.

Karton z 50 pastylkami po 0·5 gr.

BROMLECITHIN

zastępuje przetwory żelaziste przy niedokrewności.

Dawka: dziennie 2×3 pigułki.

Flaszki z 50 i 100 pigułkami po 0, 1 gr. bromlecithin. 9 c

BOROVERTIN środek odkażający mocz.

TANOCOL środek ściągający jelitowy.

BROMOCOLL środek przeciw padaczce.

PERUOL środek przeciw świerzbowi.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation Pharmac. Abteilg. Berlin S. O. 36.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamiu tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: **oryginał Matula.** Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 2. października 1909. Nr 40

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Pozapłciowe zakażenie kiłą.

Napisał

Dr Jan Papée.

(Ciąg dalszy).

Fournier w swych wykładach klinicznych o kile, wydanych w r. 1881 [11]), zwrócił uwagę na znaczenie i częstość nabywania jej na drodze pozapłciowej, a określając potrzebę poznania tego rodzaju przypadków nietylko jako »affaire de curiosité«, zaznaczył ich interes kliniczny i doniosłość rozpoznawczą. Ten ostatni wzgląd ma niewątpliwie znaczenie dla lekarza praktycznego, gdyż pomyłki w tym kierunku, i to ciężkie, przydarzały się, o czem świadczą przypadki notowane w piśmiennictwie: Claude [12]) podał przypadek, w którym wrzód sutka rozpoznany jako rak, sprowadził wyłuszczenie sutka i gruczołów chłonnych sąsiednich; Siepe [13]) wspomina o operacyi gruczołów podszczękowych u 20-letniej chorej, u której potem na klinice Doutreleponta stwierdzono wrzód pierwotny na błonie śluzowej policzka. Rolleston [14]) opisał przypadek, w którym 28-letni mężczyzna zgłosił się z rozpoznaniem dyfteryi nosa i poświadczeniem, że w wydzielinie błony śluzowej stwierdzono prątki Loefflera. Rolleston stwierdził jednakże wysypkę tułowia, a gdy po zastosowanem leczeniu przeciwkiłowem, początkowe silne obrzmienie nosa ustąpiło, umożliwiając dokładniejsze jego zbadanie, stwierdzono wrzód pierwotny w prawym otworze nosa. O podobnych pomyłkach rozpoznawczych wspominają również Esmarch, Münchheimer ze szpitala wrocławskiego, Neumann i inni.

Świadomość możliwości zakażenia nietylko na drodze stosunków płciowych, ma również znaczenie hygieniczno-społeczne, a zwłaszcza przy zakażeniach mniej lub więcej masowych, gdzie kilku członków rodziny lub osób ze sobą bliżej się stykających, chorobę w ten sposób może nabyć. W tych wypadkach właściwe rozpoznanie nietylko że skieruje leczenie na odpowiednie tory, ale może zapobiedz dalszemu szerzeniu się zakażenia. Toż samo znaczenie odnosi się do t. zw. zakażeń zawodowych, np. u robotników w hutach szklanych, u fryzyerów i golarzy.

Słusznie tedy zaczęto poświęcać od lat przeszło 20 w literaturze lekarskiej baczniejszą uwagę wrzodom pierwotnym, umiejscowionym poza częściami płciowymi i rozmaitym sposobom przenoszenia zarazka kiłowego. Kazuistyka spostrzeżeń tego rodzaju jest od tego czasu dość liczną.

W r. 1894 Bulkley [15]) zebrał i ogłosił statystykę wszystkich przypadków zakażeń pozapłciowych, ogłoszonych do r. 1890 w całej literaturze lekarskiej; liczba ich wynosiła 9058, a zestawił on je w tablicy, grupującej przypadki podług umiejscowienia wrzodów i według krajów, z których ogłoszenia pochodziły.

Statystykę Bulkleya uzupełnił Münchheimer zebraniem dalszych przypadków, ogłoszonych do końca roku 1895, a było ich 1207, czyli razem z zebranymi przez Bulkleya 10265.

Z dostępnej mi literatury starałem się uzupełnić tę statystykę zebraniem przypadków, ogłoszonych od r. 1896 do końca r. 1908, w liczbie ich jednakże zamieściłem przypadki, spostrzegane u nas i tylko w naszej literaturze ogłaszane, z datą znacznie wcześniejszą, bo od r. 1880 począwszy a to z tego powodu, że nie zostały one uwzględnione w statystyce Bulkleya i Münchheimera. Ilość tych wszystkich zmian pierwotnych pozapłciowych, przezemnie zebranych, wynosi 842; ugrupowawszy je podług wzoru Bulkleya, t. j. podług umiejscowienia zmiany i miejscowości, skąd pochodziło ogłoszenie, uzyskałem następującą tablicę jak niżej.

Z większych statystyk, obejmujących jednak tylko zestawienia przypadków z pewnej grupy umiejscowień, wymienić należy obliczenia poczynione przez Sędziaka [16]). Według niego zmiany pierwotne w górnych drogach narządu oddechania i trawienia jakoteż w nosie, należą do rzeczy stosunkowo częstych, a ilość przypadków wrzodów pierwotnych, zebranych z całej literatury, z siedzibą w jamie ustnej, gardłowej, noso-gardłowej, w nosie i uszach wynosiła 3767 (do r. 1900). Następnie Szadek [17]) zebrał wszystkie ogłoszone w literaturze do r. 1894 przypadki

[11]) Leçons clinique sur la syphilis. Paris II. edit. 1881.

[12]) Cyt. przez Münchheimera.

[13]) Über extragen. Sclerosen. Inaug. Disserl. Bonn 1892.

[14]) Ein Fall von intranasalem Primärsyphilid mit Vortäuschung von Diphterie. Ref. Monatshefte f. pr. D. 1906. T. 44.

[15]) Bulkley l. c.

[16]) Über luetischen Primäraffect in der Mund- und Rachenhöhle, sowie in der Nase und den Ohren. Odb. z Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1900 (po polsku w Gazecie lekarskiej 1901.

[17]) Szadek. Pierwotne stwardnienia i owrzodzenia przymiotowe migdałków i przełyku. Przegląd chirurgiczny. T. I. R. 1894. str. 687.

Umiejscowienie zmiany pierwotnej pozapłciowej		Wargi	Palce rąk	Nos	Jama ustna (Podniebienie, dziąsła, błona śluz. policzków)	Migdały i łuki	Język	Powieki oka	Policzki	Podbródek	Ucho zewn.	Czoło, głowa, kąt noso-brwiowy	Szyja, kark, klatka piersiowa	Sutki	Ramię, uda, pachwiny	Pośladki, otwór stolcow. i kiszka stolc.	Brzuch, wzgórek łonowy	Prącie i ciała jamiste [1])	Moszna [2])	Nieznane	Suma
Warszawa i Król. Polskie	1880—1908	26	5	2	—	10	1	1	1	1	1	1	1	95	—	13	—	11	4	—	173
Kraków	"	21	1	1	—	6	—	1	—	—	1	—	1	10	10	6	2	2	10	14	86
Lwów	"	6	2	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	6	1	2	1	—	—	2	25
Anglia	1896—1908	20	15	4	2	14	5	1	1	—	—	—	—	1	6	3	—	—	—	—	72
Austrya i Węgry	"	35	4	4	4	8	3	3	4	5	—	2	1	7	3	—	1	2	—	—	86
Niemcy	"	32	14	2	3	6	2	13	6	2	—	1	—	—	3	2	2	—	—	2	90
Francya	"	10	3	4	7	10	—	10	—	2	—	2	1	5	4	—	—	—	—	—	58
Rosya	"	20	15	3	1	44	1	5	1	2	—	1	1	4	2	1	7	1	—	—	109
Włochy	"	3	—	2	—	3	—	2	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	22
Ameryka	"	33	28	4	6	10	6	4	3	1	1	1	2	3	3	7	2	1	—	—	115
Holandya, Belgia	"	—	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Turcya	"	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Australia	"	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Rumunia	"	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Suma		206	88	26	23	114	20	43	18	14	3	8	7	143	32	34	16	17	14	16	842
%		24·4%	10·4%	3%	2·7%	13·5%	2·3%	5·1%	2·1%	1·6%	0·2%	0·9%	0·8%	17%	3·8%	4%	1·9%	2%		1·9%	

Uwaga: [1]) Odnosi się do prącia noworodków (po obrzezaniu), w jednym przypadku po kateteryzowaniu (Montgomery).
[2]) W kazuistyce Krzyształowicza i Mayzla zaliczone do pozapłciowych, jakkolwiek ściśle tu nie należą.

pierwotnego stwardnienia migdałków i przełyku, podając liczbę ich na 272.

Zachodzi pytanie, czy wobec znacznego stosunkowo rozpowszechnienia kiły wogóle, wielkiej zaraźliwości zmian jej świeżych, umiejscowiania się tych zmian na miejscach łatwo dostępnych z jednej strony, łatwego stykania się chorych ze zdrowymi na szerokiej linii stosunków domowych, towarzyskich i społecznych, nie zawsze ścisłego przestrzegania czystości z drugiej strony, czy wobec tego wszystkiego droga zakażania się pozapłciowego nie jest zbyt częstą. Jeślibyśmy na to pytanie chcieli dać odpowiedź na podstawie osobistego doświadczenia każdego z lekarzy, mającego dużo do czynienia z chorymi wenerycznymi, wypadłaby ona przecząco; t. zn. że w stosunku do ogólnej liczby chorych mała ich liczba nabywa choroby w sposób, o którym mowa. Jasną i niedwuznaczną odpowiedź dać mogą w tym kierunku zestawienia statystyczne. I te jednakże przedstawiają, jak to poniżej zobaczymy, pewne wahania i niedokładności, które stają się zrozumiałymi, jeśli zważymy, że pochodzą one z najrozmaitszych źródeł, że dokonane są na podstawie rozmaitego sposobu obliczania i że opierają się na spostrzeżeniach różnych obserwatorów, niejednokrotnie z łatwością przyjmujących podawane przez chorych sposoby i źródła nabycia choroby. Z drugiej strony niewątpliwie pewna ilość zakażeń pozapłciowych nie dochodzi albo zupełnie do wiadomości lekarza, lub też, doszedłszy, nie bywa ogłaszana.

W każdym razie z liczb tych, zestawionych z rozmaitych szpitali, a obejmujących zawsze pewien dłuższy okres czasu, możemy sobie wytworzyć pewien obraz, rzucający światło na częstość zakażeń pozapłciowych i stosunek tej częstości do ogólnej liczby przypadków kiły. Bulkley określa ten stosunek na 5·2% w ogóle, w szczególności zaś 6% u mężczyzn, a 12% u kobiet, Fournier oblicza ilość zakażeń pozapłciowych na 7·8%, Jullien na 3·6% u mężczyzn, a 18% u kobiet. Pospelow[18]) zestawił zakażenia te, spostrzegane w latach 1878—1887 w szpitalu Miaznitzkiego w Petersburgu, przeznaczonym dla syfilitycznych robotników, podając ilość ich w tym dziesięcioletnim okresie czasu na 198, przyczem zaznaczył, że rocznie zakaża się na drodze pozapłciowej 15—20 robotników. Mniej więcej w tym samym okresie czasu (1877—1884) wynosił, według obliczenia Petersena, stosunek zakażeń pozapłciowych w szpitalu Aleksandra 1·9%, Grödinger[19]) zaś podał go dla chorych leczonych w szpitalu w Rydze, na 1·3%. Krefting[20]) ogłosił w r. 1894 zebraną przez siebie statystykę zakażeń w szpitalu w Chrystyanii za lat 25: na 2916 chorych, w tym czasie leczonych, było 539 przypadków kiły pozapłciowej, co odpowiadało stosunkowi 15·6% (4·3% u mężczyzn, 12·8% u kobiet); jest tu uderzającą wysoka różnica w porównaniu z ogłoszeniami skądinąd podanemi. Z kliniki wrocławskiej ogłosił Protzek za czas od 1879—1890 93 przypadków takich zakażeń = 1·32% ogółu chorych, Münchheimer[21]) uzupełnił te daty aż do końca r. 1895. W ciągu tych 5 lat spostrzegał 46 przypadków = 1·5% ogólnej liczby chorych, a 1·02% mężczyzn, 2·07% kobiet, biorąc atoli za podstawę

[18]) Pospelow. Über extragenitale Syphilisinfection. Archiv. f. D. u. S. 1889. T. 21.

[19]) Ref. Monatschr. f. prakt. Dem. R. 1888.

[20]) Krefting. Extragenitale Syphilisinfection. Archiv. f. D. u. S. R. 1894. T. 26.

[21]) Müncheimer. Über extragenit. Syphilisinfection. Arch. f. D. u. S. R. 1897. T. 40. str. 191.

rachunku sumę wszystkich, w tym czasie leczonych, chorych kiłowych. Jeżeli jednak obliczenia swe zestawił w stosunku do wrzodów pierwotnych, w tym czasie na klinikę przyjętych, to według tego obliczenia było 32·79% kiły pozapłciowej (3·09% u mężczyzn, 6·9% u kobiet). Ten dwojaki sposób zestawiania, nie zawsze przez autorów wyjaśniony, tłomaczyć nam może, do pewnego stopnia, niektóre znaczne wahania w porównaniu rozmaitych statystyk ze sobą. (C. d. n.).

Spostrzeżenia z praktyki.

W sprawie działania lulecznicy.

Podał

Dr Sałaban.

Lulecznica (*scopolia atropoides* Schultes, *scopolia carniolica* Jaco, verrückte Rübe), należy do rodziny psiankowatych *solanaceae*; ojczyzną jej jest Europa południowa; ta lulecznica jest znana w handlu jako europejska, w odróżnieniu od japońskiej (*copolia iaponica* Maxim), rosnącej w Chinach i Japonii i tamże oficyalnej. Kłęby (*rhizoma*) obu roślin zawierają, co do jakości, te same składniki, rodzinie psiankowatych właściwe, jakoto: atropinę, hyoscyaminę i hyoscynę, co do ilości zaś, kłęby lulecznicy japońskiej zawierają o połowę prawie tych składników mniej, niż europejskiej, która ma zawierać średnio 0,4—0,5% alkaloidów razem wziętych.

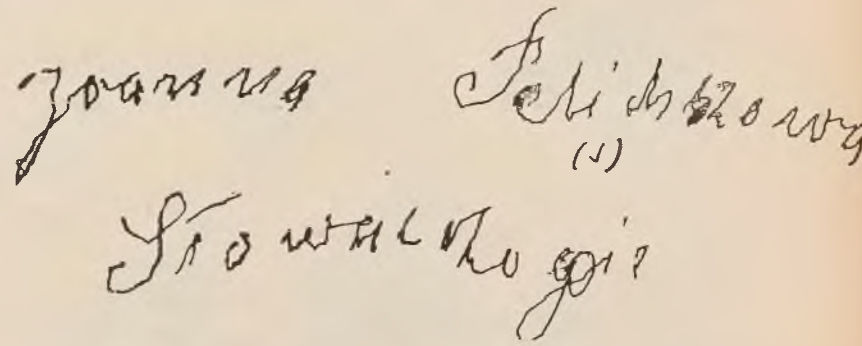
Tymto właśnie alkaloidom, a głównie hyoscyaminie, której ma zawierać najwięcej, zawdzięcza lulecznica swe działanie; zaletą lulecznicy ma być to, że nawet przy dłuższem używaniu, np. przez szereg miesięcy ma nie wywoływać szkodliwego działania ubocznego, na jakie chory nie rzadko narażony bywa przy najostrzejszem nawet stosowaniu dzielnie działającej, stosowanej w podobnych przypadkach hyoscyny (*hyoscinum hydrobromicum*).

Na czem ta właściwość łagodnego działania polega, czy na szczególnem ugrupowaniu drobin, czy też na obecności jeszcze innych ciał i związków chemicznych, zobojętniających uboczne działanie, na to odpowiedzi — jak dotąd — niema.

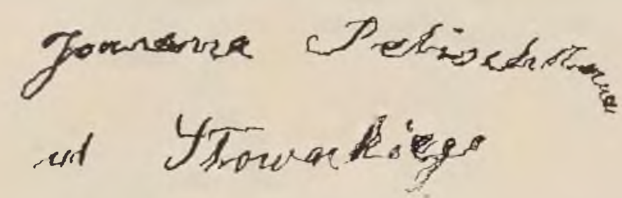
Już w r. 1897 zwrócił Podack uwagę na korzystne działanie kłębu lulecznicy na drżenie w drżączce poraźnej (*paralysis agitans*) a lek ten odkrył przypadkowo, obserwując wieśniaka, cierpiącego na drżączkę poraźną, który przez lat 30 codziennie jadał kłęby tej rośliny, bez jakichkolwiek szkodliwych następstw ubocznych. Lek ten jednak, aż do ostatnich czasów, nie miał szerszego zastosowania, ani też nie był klinicznie badany. Dopiero w r. 1902 Ketly badał działanie tej rośliny w dwóch przypadkach drżączki poraźnej i jednym nerwicy urazowej a spostrzeżenia swe o korzystnem działaniu kłębu lulecznicy w pomienionych chorobach, ogłosił w »Therapie der Gegenwart« (z marca 1903).

Gdy niedawno nasunął mi się przypadek, w którym rozpoznawałem chorobę Parkinsona, postanowiłem przeto spróbować działania kłębu lulecznicy. Przypadek ten dotyczy 46-letniej mężatki, która nigdy nie rodziła, regularność straciła przed 7 laty, poczem — jak podaje — wkrótce zauważyła drżenie rąk. Drżenie to, mimo leczenia — przeniosło się zwolna kolejno na głowę i szczękę dolną, a w końcu na kończyny dolne tak, że chora nie może sama ani żywić się, ani stać, nietylko z powodu drżenia kończyn dolnych, ale także z powodu zawrotu głowy i uczucia przy staniu, jakoby padała ku przodowi. Z tego powodu przez kilka miesięcy (7 r. choroby) prawie wyłącznie leżała. Prócz tego skarżyła się na rozliczne bole, pieczenie i mrowienie, szczególnie w kończynach dolnych.

Badanie wykazało co następuje: chora licho odżywiona, sprawia wrażenie osoby bardzo chorobą wyniszczonej, o wejrzeniu apatycznem, wyrazie twarzy maskowatym; postawą ciała pochyloną ku przodowi. Chora nie może stać; nie może mówić dłużej z powodu silnego drżenia szczęki dolnej. Mowa jednostajna i utrudniona. Wybitne drżenie kończyn górnych, szczęki dolnej, głowy i kończyn dolnych. Odruchy ścięgniste lekko wzmożone, więcej po stronie prawej. Czucie dotyku, bolu i ciepłoty oraz lokalizacya czucia bez zmian. Uporczywe zaparcie stolca. Wybitny objaw propulsyjny i retropulsyjny. Próba pisania ujemna. Chorej podałem kłęby lulecznicy (*rhizoma scopoliae carniol.*) w proszku po 0,25. Po wyżyciu dziesięciu proszków, nastąpiła widoczna poprawa co do drżenia. Próba pisma wypadła jak poniżej:

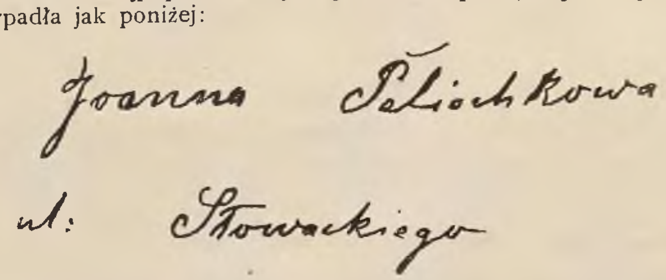


Chora dostała następnie piętnaście proszków po 0,3, po wyżyciu których stwierdzić się daje widoczna poprawa w stanie ogólnym. Drżenie szczęki dolnej jest widoczne jeszcze przy dłuższem mówieniu, a drżenie rąk, lubo znacznie mniejsze, to jednak jeszcze widoczne. Również i drżenie kończyn dolnych wybitnie mniejsze. Podmiotowe uczucie zawrotu głowy zmniejszyło się także. Chora wykonywać może ruchy prawie swobodnie. Próba pisma:

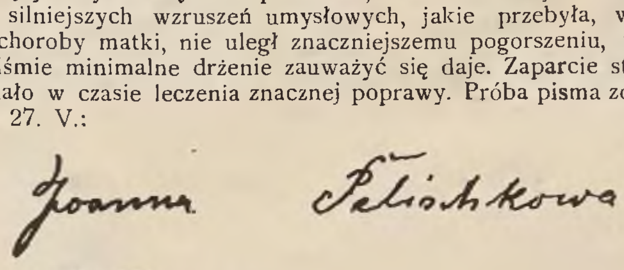


W rzeczywistości jednak próba ta nie odpowiada istotnemu stanowi choroby, gdyż chora przed badaniem odbyła w towarzystwie męża i siostry dłuższą drogę, wskutek czego widoczne było znaczne umęczenie i drżenie rąk się zwiększyło.

Po następnych dziesięciu proszkach po 0,35 próba pisma wypadła jak poniżej:



Chora czuje się podmiotowo dobrze. Brak zupełnie prawie drżenia, mowa swobodna i zrozumiała, postawa ciała również znacznie swobodniejsza. Chora wykonywa już wszystkie czynności, nawet cięższe prace, w zakres gospodarstwa wchodzące, odbywa długie spacery, a ruchy rąk tak dalece opanowywa, iż wykonywa nawet bardziej skomplikowane czynności, jak np. zapinanie guzików, szycie i t. p. W dalszym ciągu wyżyła chora proszków po 0,35 jeszcze dziesięć. Chora brała lek przez dni 45, począwszy od 10. VIII. 1908. Obecnie od dziewięciu prawie miesięcy obywa się bez proszków, a stan chorej mimo nawet silniejszych wzruszeń umysłowych, jakie przebyła, wskutek choroby matki, nie uległ znaczniejszemu pogorszeniu, tylko w piśmie minimalne drżenie zauważyć się daje. Zaparcie stolca, doznało w czasie leczenia znacznej poprawy. Próba pisma zdjęta, dnia 27. V.:



Przez cały czas leczenia nie zauważyłem objawów podrażnienia, ani zatrucia; czasami tylko chora wspominała, o nie wiele znaczącem, uczuciu wysychania w gardle.

Kłąb lulecznicy stosowałem również w jednym przypadku

drżączki starczej, w dawce małej po 0,2. Środek ten jednak w tym przypadku całkowicie zawiódł. Stan chorego nietylko nie uległ żadnej poprawie, ale zaraz z początku zażywania, wystąpiły objawy zatrucia, w postaci pieczenia, uczucia suchości i ściskania w gardle i uczucia wysadzania oczu z oczodołów. Drżenie rąk zwiększyło się. Chory sam przestał zażywać lek, a objawy wkrótce miały ustąpić.

Próbowałem także podawać lulecznicę w jednym przypadku padaczki. Chory dobrze odżywiony i w sile wieku cierpi na padaczkę już od lat kilku; w ostatnich miesiącach, stan znacznie się pogorszył. Napady trapiły chorego, prawie co noc, nie rzadko po dwakroć, a często i w dzień. Przez wzgląd na silną budowę ciała, dobre odżywienie i okoliczność, że chory, przez czas swojej choroby wyżył sporo narkotyków i do nich się przyzwyczaił, podałem choremu dawkę większą: 10 proszków, po 0,4. Przez cały czas używania leku, chory nie miał ani jednego typowego napadu. W miejsce napadu występowały z początku leczenia tylko krótkie lekkie stany zamroczenia, które całkowicie ustąpiły przy dalszem zażywaniu proszków. Chory przez kilka miesięcy nie miał odtąd ani jednego napadu. Tu również nie zauważyłem objawów zatrucia, z wyjątkiem mało znaczącego uczucia wysychania w gardle.

Z tych trzech spostrzeżeń nie śmiałbym wysnuwać wprawdzie żadnych ogólniejszych wniosków, zwłaszcza, że obserwacyi w praktyce prywatnej na prowincyi daleko do tej ścisłości, jaka jest konieczna do oceny wartości jakiegoś leku, a jaka jest możebna tylko na materyale klinicznym lub szpitalnym, oraz, że zarówno w toku drżączki porażnej, jak i w toku padaczki mogą się przecież zdarzać samoistne zwolnienia (remisye). Zdaje mi się jednakże, że kłąb lulecznicy (pomimo, iż nie jest bezwzględnie wolny od działania ubocznego, jak się okazało u chorego na drżączkę starczą), godziłoby się na większym materyale wypróbować i sprawdzić jego wartość. To też celem niniejszej notatki jest zwrócenie na ten środek uwagi tych kolegów, którzy rozporządzają odpowiednim materyałem i prośba o podjęcie na szerszą skalę prób z kłębem lulecznicy.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Bychowski. **O rozpoznawaniu i operacyjnem leczeniu nowotworów przysadki mózgowej.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1909, Nr 27—28). W listopadzie r. 1908 zgłosiła się do B. 17-letnia chora z powodu silnych bolów głowy i wymiotów. Od roku osłabienie wzroku, stale się pogarszającego. Chora apatyczna. Pokład tłuszczowy obfity (w ostatnich czasach przybyło chorej 12 funtów). Chora nigdy nie miała jeszcze regularności. Badanie wykryło niedowidzenie połowicze (hemianopsyę). Siła prawego oka $^1/_8$, lewem poznaje chora tylko ruchy palców. Wobec braku zmian na dnie oka i wspomnianych objawów rozpoznał B. cierpienie przysadki mózgowej, a to opierając się także na badaniach Fröhlicha, który wykazał, że niektórym guzom przysadki, zwłaszcza tym, które nie wywołują akromegalii, towarzyszy nadmierne tycie, zanik, lub niedokształcenie się narządów płciowych. U chorej B. był też zupełny brak włosów pod pachami, skąpe uwłosienie wzgórka łonowego, brak regularności i zaniki narządów płciowych. Badanie podstawy czaszki promieniami Röntgena wykazało wybitną i cechującą zmianę kształtu siodła tureckiego, mianowicie brak wyrostków pochyłych przedniego i tylnego i rozszerzenie podstawy. Mimo skąpego jeszcze na tem polu piśmiennictwa polecił B. chorej operacyę, na którą się zgodziła. Wykonał ją 12. grudnia 1908 Prof. Eiselsberg w Wiedniu i znalazł torbiel przysadki. Pierwsze 8 dni chora miała się dobrze; 9. dnia wystąpiły objawy oponowe. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny, lecz zawierający jedynie drobnoustrój, zbliżony do *bac. foecalis alcaligenes.* Pod wpływem stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej Paltaufa i śródżylnych wstrzykiwań elektargolu stan chorej zaczął się poprawiać. Przy końcu 2. miesiąca pobytu w szpitalu wystąpiła u chorej pierwsza w życiu miesiączka, trwająca 2 dni. Również pole widzenia i siła wzroku stale się polepszały; bole głowy i wymioty ustąpiły. Obecnie można uważać chorą za zupełnie wyleczoną (5. VII. 1909).

Przypadek ten jest bardzo rzadki i ciekawy. Wiadomo, że przy akromegalii przysadka mózgowa prawie w 85% jest zmieniona, względnie powiększona. Według zdania Bendy wzmożona czynność przysadki wywołuje akromegalię, zaś zmniejszona n. p. zwyrodnienie, typ podany przez Fröhlicha. Czynności przysadki zresztą nie znamy. Ciekawe są zmiany, spostrzegane w ciąży. Weichselbaum na zasadzie 150 spostrzeżeń wyraża nawet przekonanie, że na zasadzie tego, jak przysadka wygląda, można w przybliżeniu określić nawet miesiąc ciąży. Spotyka się przytem nietylko powiększenie przysadki, ale i zmianę w obrazie mikroskopowym. Trzebienie wywołuje u zwierząt nieraz powiększenie przysadki; podobne spostrzeżenia poczyniono u eunuchów i skopców (Tandler i Grop). Po trzebieniu często występuje nadmierna otyłość, wypadanie włosów i t. p. Związek przysadki z gruczołem tarczowym jest także ścisły. Często przy zmianach w gruczole tarczowym znajdowano zmiany także w przysadce.

Obecnie znamy już 5 przypadków operacyi przysadki. Wprawdzie nie upłynęło jeszcze wiele czasu od operacyi (od pierwszej operacyi Eiselsberga 2 lata), to jednak z poprawy wysnuć już można różne wnioski. I tak po wycięciu przysadki przy akromegalii spostrzegano wybitne zmniejszanie się rąk, stóp i twarzy (Hochenegg). Podobnie ustępowały zmiany płciowe i objawy oczne. Ponieważ, jak to wykazał Zander, przysadka mózgowa w 60% nie leży w linii środkowej, lecz przesunięta jest trochę na prawo lub lewo, przeto zwykle z początku uciska na jeden nerw wzrokowy.

W ostatnich czasach zaczęto wyodrębniać podobną postać chorobową, powstającą wskutek nowotworów i zwyrodnienia ciała szyszkowatego (*glandula pinealis*). I tu istnieją objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, nadmierna otyłość i zaburzenia wzroku. Natomiast wybitną różnicę spotykamy w narządach płciowych, bo w przeciwieństwie do zmian przy cierpieniach przysadki występuje tu właśnie przedwczesna dojrzałość płciowa.

Zmiany w siodle tureckiem przy cierpieniach przysadki występują w trojakiej postaci: 1) zmiana wejścia do siodła, 2) rozsadzenie i pogłębienie siodła, 3) kombinacya obu poprzednich. Długa postać, t. j. guz rosnący z boków i na dół, nie wywołuje tak prędko ucisku na nerwy oczne; postać tę spotykamy często przy akromegalii.

W ostatnich czasach ma B. w obserwacyi drugi przypadek, dotyczący 19-letniego subjekta handlowego, który od 4 lat przestał rosnąć, natomiast tyje, cierpi na silne bole głowy i umysłowo obecnie zupełnie się nie rozwija. Badanie wykazuje brak uwłosienia płciowego, prącie i jądra zanikłe i wyraźne zmiany w siodle tureckiem. *Klęsk.*

Paysen. **Prosty trójgraniec do wyciągania wysięku opłucnego.** (*Münch. med. Wochs.* 1009, Nr 30). Przyrządy Dieulafoy i Potaina są w użytku za nadto skomplikowane, często się psują i są drogie. Z tego powodu obmyślił P. trójgraniec, który lekarzowi praktycznemu oddać może te same usługi. Składa się on z dwóch części: 1) z właściwego trójgrańca, 2) z zatyczki. Trójgraniec wygląda tak, jak metalowa strzykawka (lub pipeta) razem już z igłą i ma tuż przy igle boczny otwór. Zatyczka zaś idzie aż do końca, podobnie jak przy zwykłym trójgrańcu, tylko ma w środku zgrubienie, które przylega szczelnie do ścian szerszej części trójgrańca i ewentualnie zatyka otwór boczny. Przyrząd ten wprowadza się złożony do opłucnej, poczem wyciąga się zatyczkę o tyle, by otwór boczny, którym odpływa wysięk, był wolny. Gdy chcemy przerwać odpływ lub przetkać igłę, posuwamy znów zatyczkę trochę naprzód, aż poza otwór boczny. *K.*

Riecke. **O mięsakach przełyku.** (*Tow. biolog.* Hamburg 16. III. 1909). Pierwotne mięsaki przełyku należą do rzadkości. Dotąd opisano 28 przypadków. R. spostrzegał na 400 raków przełyku zaledwo jeden przypadek mięsaka przy sekcyi. Przypadek ten dotyczył 46-letniego chorego, przyjętego do szpitala z powodu ropnego zapalenia oskrzeli. Po 3 tygodniach chory zmarł na zapalenie płuc. Przy sekcyi znaleziono okrężny, prawie $^2/_3$ przełyku zajmujący guz, miękki, o powierzchni gładkiej, jedynie w dole trochę rozpadły. Objawów zwężenia za życia nie było, przeciwnie przełyk przy sekcyi okazał się nawet rozszerzonym. Badanie drobnowidowe stwierdziło utkanie mięsaka. Mięsaki przełyku występują w 2 postaciach: 1) jako guzy polipowate, ograniczone, łagodniejsze; 2) jako guzy i nacieki złośliwe, tworzące łatwo przerzuty. Rozpoznanie, zwłaszcza odróżnienie od raka, jest bardzo trudne, chyba zapomocą wycięcia kawałka guza przy oglądaniu przełyku. Leczenie w danym razie operacyjne, jak przy raku. *K.*

Dermatologia i syfilidologia.

Karo. **Leczenie wiewióra lekami w tubkach.** (*Med. Klin.* 1909. Nr 25). Dawno już powziął K. myśl leczenia wiewióra sposobem dla chorego wygodnym, a więc bez strzykawki, bo leczenie to jest dla chorego bardzo krępujące, a nadto lek przytem za krótko pozostaje w cewce. Podawanie leków w postaci oleistej, np. w pręcikach z masła kakaowego nie jest uzasadnione, bo jak wykazał Casper, pod warstwą oleistą drobnoustroje mają właśnie bardzo dogodne warunki rozwoju, wydzielina się zbiera i nie odpływa, a tłuszcz nie dozwala następnie na zetknięcie się z błoną śluzową stosowanych później wstrzykiwań. Nieco już lepszym środkiem jest »Urosanol«, podany przez Benaria, a składającej się protargolowej żelatyny 1—5%. W końcu udało się K. znaleść sposób dogodny dla chorego i pewny w leczeniu. Używa zaś do tego K. t. zw. katheterpurin, podanej przez Caspra (przedstawiającej się w postaci gęstego przeźroczystego syropu), do której dodaje protargolu, albarginy lub ichthargenu. Lek znajduje się w tubkach, zakończonych jak strzykawka i chory zapomocą śruby wstrzykuje sobie z tubki lek wprost do cewki, poczem na chwilę zaciska jej ujście. Dotychczasowe spostrzeżenia na 238 chorych były bardzo zachęcające. Sposób ten uwalnia chorego od ciągłego dbania o strzykawkę i flaszkę z lekiem, a zastosować może go chory sam wszędzie, mając tubki przy sobie. *A.*

Bettmann. **O wewnętrznem leczeniu chorób skórnych solami wapniowemi.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 25). A. E. Wright polecił w r. 1896 stosowanie chlorku wapnia przeciw krwotokom, pokrzywce i t. p. Luff stosował sole wapniowe z korzyścią przy krwawiączce, krwotokach nosowych, odmrożeniach, sprawach skórnych swędzących, pokrzywce i t. p. We Francyi Netler uniknął zapomocą zapobiegawczego podawania soli wapniowych wysypek posurowiczych. Głównem działaniem soli wapniowych jest przyspieszanie krzepliwości krwi. Przez częste jednak podawanie, jak to wykazał Wright, osiąga się skutek przeciwny, t. j. zmniejszanie się krzepliwości krwi. Z tego też powodu podawać należy sole wapniowe krótko, np. przez 2 dni, a potem wstrzymać leczenie na czas dłuższy. Jaki wpływ mają sole wapniowe na choroby skórne, nie wiemy, choć związek taki niewątpliwie istnieje. B. podawał swoim chorym jedynie mleczan wapniowy: Rp. *Cal. lactic. 10,0. Aq. dest. ad 200,0.* S. 1—2 łyżek na godzinę przed jedzeniem 3 razy dziennie. Chociaż B. nie uważa soli wapniowych za lek swoisty, działający zawsze i pewnie, to jednak spostrzegał nieraz uderzający skutek, zwłaszcza przy sprawach swędzących, pokrzywce, plamicy i półpaścu. Ponieważ leczenie to nie jest uciążliwe i nie wymaga szczególnej dyety, powinno się je stosować w każdym przypadku choćby na próbę, bo czasem wywiera skutek znakomity. *A.*

Adamson H. G. **O wykwitach w okolicy otworu stolcowego u dzieci.** (*The Brit. Journ. of Derm.* 1902. 2). Autor podaje cztery rodzaje wysypek skórnych w tej okolicy, które odróżniać należy od wysypek kiły nabytej lub wrodzonej. Przedewszystkiem pojawia się rumień Jacquета, jako następstwo zaburzeń przewodu pokarmowego, a bezpośrednio wywołany mechanicznem drażnieniem miejscowem. Choroba pojawia się w różnej postaci: zwyczajnego rumienia, nierzadko pęcherzykowego, guzków lub przeczosów, a nawet owrzodzeń. Dalej wymienia A. zapalenie skóry łojotokowe na tle zakażenia gronkowcem białym, które łatwo usunąć można kąpielami, przemywaniem wodą borową i maścią siarczaną. Jako trzecią chorobę opisuje autor w tem miejscu częste niesztowice (*ecthyma*), wreszcie liszajec zwyczajny (*impetigo*). Te dwa ostatnie zboczenia występują jednak najczęściej i w innych okolicach ciała równocześnie.

F. Krzysztalowicz.

Roberts L. **O chorobach skórnych przenośnych ze zwierząt na ludzi.** (*The Brit. Journ. of Derm.* 1909. 3). Pierwszą grupę chorób stanowią zboczenia na tle zakażenia ziarenkowcami, które stoją na granicy pasożytów i saprofitów, a które znajdujemy tak u zwierząt domowych, jak i u ludzi w zapaleniach torebek włosowych, łupieżach i t. p. Do drugiej grupy zalicza autor paciorkowce, które wywołać mogą liszajec aż do ciężkich postaci zapaleń naczyń chłonnych, głębokich ropni i róży. U koni pojawia się nie rzadko t. zw. *dermatitis contag. pustulosa canadensis*, która odpowiada liszajcowi (*impetigo*) i może być przeniesiona na człowieka. Trzecią grupę stanowią prątki gruźlicy, nosacizny i wąglika. Przeniesienie tych chorób stwierdzono niejednokrotnie; dermatologów zajmuje głównie gruźlica skóry, której przeniesienie ze zwierząt na ludzi niejednokrotnie spostrzegano i która najczęściej bywa tak w jednym, jak w drugim przypadku chorobą ograniczoną. Dalej wymienić należy promienicę, spostrzeganą często u ludzi, jako zakażenie od zwierząt domowych, wreszcie dużą grupę pleśni (*hyphomycetes*), do których należy przedewszystkiem duża grupa grzyba strzygącego (*trichophyton*). Nie ma prawie zwierzęcia, szczególnie z domowych, któreby nie podlegało temu zakażeniu, to też bardzo często spostrzegamy przeniesienie tego grzyba na ludzi, a dziś już znamy kilkadziesiąt odmian tego pasorzyta. Z pasorzytów zwierzęcych zajmuje dermatologa przedewszystkiem świerzb, który u zwierząt może wywoływać bardzo ciężkie następstwa, upadek odżywienia i sił, a nawet śmierci z ogólnego wyniszczenia (u owiec). Chociaż świerzb rozpowszechniony jest w całym świecie zwierzęcym, to jednak człowiek zakaża się, wedle R., najczęściej od konia. *F. Krzysztalowicz.*

Pedyatrya.

Stamm. **Jactatio capitis nocturna.** (*Archiv. f. Kinderh.* T. 50). Obraz chorobowy, podobny do kurczu potakującego (*spasmus nutans*), różni się jednak tem, że pojawia się tylko w nocy, występuje z silniejszem natężeniem, bez drżenia gałek ocznych i zazwyczaj u dzieci poza pierwszym rokiem życia, nadto cierpienie to jest uporczywsze i trudniej uleczalne. Wspólny obu cierpieniom jest prawidłowy rozwój umysłowy tych dzieci. Autor opisuje pięć przypadków tego cierpienia w wieku od 2—11 lat. Rokowanie co do życia jest korzystne; jestto jednak cierpienie długotrwałe, a leczenie bywa zazwyczaj bezskuteczne.

Jan Landau sen.

Proskauer. **Acetonurya przy płonicy.** (*Archiv. f. Kinderh.* T. 50). Autor wysnuwa ze swoich badań następujące wnioski: 1) We wszystkich przypadkach płonicy pojawia się początkowo acetonurya o rozmaitem nasileniu i rozmaicie długim czasie trwania. 2) W niektórych, niecałkiem pewnych przypadkach płonicy i w rozpoznaniu różniczkowem między płonicą a wysypką posurowiczą, pojawienie się acetonuryi przemawia za płonicą, brak odczynu jednak nie wyłącza stanowczo płonicy. 3) Acetonurya pojawia się niezależnie od czasu trwania wysypki, wysokości ciepłoty i ciężkości obrazu chorobowego. 4) Przyczyny acetonuryi nie należy szukać w braku węglowodanów z powodu niedostatecznego przyjmowania pokarmów, lecz w wewnętrznym braku węglowodanów, albowiem przez intoksykacyę skutkiem choroby zakaźnej zużywa się więcej węglowodanów. 5) Dla pokrycia ubytku węglowodanów w ustroju, tłuszcz zamienia się w cukier i prawdopodobnie w ten sposób powoduje tworzenie się acetonu. *Jan Landau* sen.

Sohaczewski. **Przyczynek do patogenezy krwotoków jelitowych u oseskόw.** (*Archiv. f. Kinderh.* T. 50). Krwotoki jelitowe u oseskόw zdarzają się z najrozmaitszych powodów. Opisany przez autora przypadek dotyczy 5-miesięcznego oseska, leczonego przez 14 dni z powodu nieżytu żołądkowo-kiszkowego. Nagle pojawiło się w stolcu około 3 łyżek stołowych częściowo płynnej, częściowo skrzepłej czarnej krwi. Po kilku godzinach i kilkakrotnie powtarzających się krwotokach zejście śmiertelne. Oględziny pośmiertne wykazały wrzód dwunastnicy, wielkości małej soczewicy, usadowiony na tylnej ścianie, na dwa palce poniżej odźwiernika. Autor przytacza z piśmiennictwa kilka przypadków podobnych i zwraca uwagę na okoliczność, że cierpienie to, dosyć rzadko rozpoznawane, należy do względnie częstych. *Jan Landau* sen.

Cozzolino. **Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy gruczołów oskrzelowych u dzieci.** (*Archiv. f. Kinderh.* T. 50). Omawiając rozmaite sposoby badania powiększonych gruczołów oskrzelowych dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Przy rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów oskrzelowych należy uwzględnić rozmaite sposoby badania, z których najważniejsze są metody badania fizykalnego. 2) Wielkie znaczenie należy przypisać w rozpoznawaniu powiększonych gruczołów odczynowi tuberkulinowemu. 3) Mniejsze znaczenie ma objaw Smitha, aniżeli badanie promieniami Roentgena. 4) Co do objawu O. de la Campa autor sądu nie wydaje, lecz wyraża zdanie, że wobec łatwości wykonania należałoby w tym kierunku przeprowadzić ściślejsze badania. Objaw O. de la Campa polega na powstawaniu względnego stłumienia przy opukiwaniu na wyrostkach ościstych piątego i szóstego kręgu piersiowego.

Jan Landau sen.

Kay Schäffer. **Epidemia gorączki gruczołowej** (*febris glandularis Pfeiffer*). (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 19. Z. 6). Ostry początek z nagłem podniesieniem się ciepłoty i bolesnem obrzmieniem gruczołów limfatycznych jest znamienny dla tej choroby. Obrzmienie gruczołów dotyczy głównie gruczołów szyj-

nych poza mięśniem sutkowo-mostkowo obojczykowym, poczem mogą nabrzmiewać i inne grupy gruczołów. Zaburzenia jelitowe występują bardzo często. W przypadkach, przebiegających bez żadnych powikłań, (jak zropienie gruczołów, zapalenie ucha środkowego), ciepłota utrzymuje się przez 2—4 dni na znacznej wysokości, później spada nagle. Chorzy znamiennie pochylają głowę. Co do przyczyny wywołującej tę chorobę, to prawie zawsze znajdowano w przypadkach, które były połączone z ropieniem, paciorkowca. Chorobę tę można pomieniać z nagminnem zapaleniem gruczołu przyusznego. Następnie wchodzi jeszcze w grę płonica bez wysypki, ale i tu rozpoznanie jest łatwe, ponieważ przy płonicy zajęte są gruczoły kątowe. Leczenie polega na okładach z octanu glinowego; przy bardzo wysokich wzniesieniach ciepłoty uciekamy się do środków przeciwgorączkowych. Rokowanie jest wogóle dobre, o ile nie dołączy się zapalenie ucha środkowego. *Kostecki.*

M. Otten. **Spostrzeżenia kliniczne i badania bakteryologiczne przy krupowem zapaleniu płuc u dzieci ze szczególnem uwzględnieniem objawów mózgowych i bakteryemii.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* T. 19. Z. 5). Zapalenie płuc u dzieci różni się przebiegiem od zapalenia u starszych. Wprawdzie ciepłota podnosi się u jednych i drugich nagle, ale u dzieci można spostrzedz już na kilka dni przedtem, pewne osłabienie, zaburzenia w trawieniu i śnie; dzieci nie mogą spać, zrywają się w nocy i płaczą. Przedewszystkiem występują u dzieci przy zapaleniu płuc często objawy ze strony mózgu, tak że wśród spostrzeganych przez autora 250 przypadków, objawy te spostrzegano 34 razy. W wielkiej liczbie przypadków ciepłota utrzymuje się ciągle na jednej wysokości około 39·5°—40·5° przez 7—9 dni, poczem przełomowo opada; rzadko wcześniej następuje zupełny spadek ciepłoty. Plwocina u dzieci rzadko bywa rdzawa. Henoch wśród 160 przypadków widział tylko parę razy plwocinę rdzawo zabarwioną i to u dzieci w wieku 8—12 lat; u młodszych widział ją 2 razy. Z powikłań, zdarza się często zapalenie opłucnej z wysiękiem surowiczym, surowiczo-ropnym lub ropnym. Ze strony serca może przyjść do zapalenia osierdzia i tutaj jest znamiennem znaczne zwolnienie tętna po przełomie gorączki. Opryszczki występują u dzieci rzadziej, aniżeli u starszych. Objawy ze strony mózgu występują nieraz na plan pierwszy, tak, że dopiero nakłucie lędźwiowe może nas od pomyłki uchronić; zapalenie ropne opon w przebiegu zapalenia płuc bywa prawie zawsze śmiertelne. We krwi spotykano dwoinki swoiste w około 50%; ilość wyrosłych kolonii nie stała, w związku z ciężkością przypadku. Zwiększenie liczby ciałek białych 15.000—20.000 jest objawem stałym. Ma ono znaczenie w przypadkach rozpoznawczych trudnych, gdzie przypuszczaćby można dur brzuszny; wtenczas zwiększenie liczby ciałek białych przemawia za zapaleniem płuc, zmniejszenie za durem. Rokowanie przy zapaleniu płuc jest lepsze u dzieci, aniżeli u dorosłych. *Kostecki.*

Hasse. **Żółtaczka u noworodków.** (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 19. Z. 6). Na podstawie kilkudziesięcioletnich badań wypowiada H. zdanie, że żółtaczka zjawiająca się pospolicie u noworodków jest żółtaczką zastoinową, powstającą pod wpływem oddechania przeponowego w pierwszych dniach życia dziecka. Przy obniżaniu się przepony podczas wdechu podnosi się ciśnienie w żyle wrotnej i naczyniach odprowadzających, następuje zastój żółci i dostanie się jej do krwi. Zwiększenie ciśnienia i zastój znikają po kilku dniach skutkiem zmniejszania się wątroby, jakoteż zmiany położenia dwunastnicy i żyły wrotnej wraz z odprowadzającemi naczyniami. (Wywody swoje objaśnia autor rycinami). *Kostecki.*

R. Benard. **O zajęciu opon w przebiegu płonicy.** (*Revue de méd.* 1909. Nr 5). Na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego odróżniać należy zakażenie opon, gdy w płynie nie ma składników komórkowych, odczyn prosty opon, gdy w nim znajdują się limfocyty, a obraz kliniczny jest zatarty, a w końcu właściwe ostre zapalenie ropne płonicze opon-mózgowo-rdzeniowych, gdy zarówno przebieg kliniczny, jakoteż badanie pośmiertne anatomiczne zgodnie dają znamienny obraz choroby, a w płynie znajdujemy leukocyty wielojądrzaste. Autor zajmuje się ostatnią tylko ścisłą jednostką chorobową, wyłączywszy wprzód mnóstwo podanych w piśmiennictwie przypadków niepewnych. Jest to choroba rzadka. Na zebranych przez autora 13.550 przypadków płonicy przypada 9 t. j. około 0·06% przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, czyli na 1500 przypadków płonicy przypada jeden przypadek płoniczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Powikłanie to prawie zawsze zdarza się tylko w wieku dziecięcym, nigdy w wieku dojrzałym i dotyczy na równi obu płci. Najwięcej przypadków opisali Niemcy, później Anglicy i Amerykanie, a na trzeciem miejscu Francuzi. Co do przyczyn wywołujących to w przypadkach nieropnego zapalenia opon mózgowych są one nieznane. Zapalenia ropne bywają przeważnie powikłaniami i to najczęściej przy ropnem zapaleniu uszu. W niektórych przypadkach istnieją prócz tego inne ogniska ropne w ustroju. Rzadko może wystąpić następowe zapalenie ropne opon w przebiegu ropnego nieżytu nosa, ropnego zapalenia zakrzepowego zatoki strzałkowej, ropnego zapalenia oka, w przebiegu ropowicy szyi, urazu czaszki lub wstrząśnienia głowy, a w końcu w przebiegu płoniczego zapalenia płuc. Bakteryologicznie znajdowano najczęściej paciorkowce, rzadziej gronkowce, prątki podobne do Loefflerowskich i dwoinki zapalenia płuc. Wyjątkowo znajdowano prątki Kocha, o ile płonica rozwija się u osobnika gruźliczego; sama płonica, jako taka, w przeciwieństwie do odry i grypy nie usposabia, zdaniem autora, do gruźlicy. Ze stanowiska anatomo-patologicznego dzieli B. zmiany w oponach na odczynowe oraz na połączone ze zmianami histologicznemi. Minimalny odczyn pierwszego stopnia znamionuje według B. silnie wzmożone parcie płynu mózgowo-rdzeniowego po nakłuciu lędźwiowem, tak, iż strumień wytryska p awie poziomo, pozwalając zebrać w 15 sekundach 35 cm^3 płynu. Zapalenia opon właściwe mogą być surowiczo-włóknikowe lub ropne. Zapalenie płonicze opon może wyjątkowo tylko występować pierwotnie, zazwyczaj przebiega jako powikłanie i to najczęściej późno, bo w okresie łuszczenia powstające. Sprawa rozpoczyna się zazwyczaj nagłem podniesieniem się ciepłoty, dreszczami i wymiotami i niczem nie różni się zresztą od niepłoniczego zapalenia opon. Czas trwania płoniczego zapalenia opon wynosi od 1 do 18 dni. Przebieg kliniczny bywa wprawdzie zazwyczaj typowy, ale u osesków i u młodszych dzieci spotyka się też postacie niezupełne, objawiające się wyłącznie wyczerpaniem i drgawkami, albo bolem głowy i przykurczeniami, lub też niepokojem i krzykiem, albo w końcu drgawkami i spadkiem choroby. Zapalenie opon bez odczynu ma rokowanie względne, zależne od siły jadu i odczynu ustroju. Przy zapaleniu opon właściwem jest rokowanie złe. Rozpoznanie staje się ścisłem przez nakłucie lędźwiowe. Zakażenie dochodzi do opon trzema drogami: albo przez bezpośrednie szerzenie się lub też drogą krwi, albo naczyń limfatycznych. W leczeniu poleca autor wielokrotne nakłucia lędźwiowe, kąpiele ciepłe oraz śródżylne wstrzykiwania elektrargolu i kollargolu. *Dr M. Blassberg.*

Położnictwo i ginekologia.

Althoff. **Stosowanie fibrolizyny drogą kiszki stolcowej i pochwy.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 31). Dotąd nie stosowano jeszcze fibrolyzyny drogą kiszki stolcowej lub pochwy. A. próbował to stosowanie i nawet go poleca, otrzymał bowiem n. p. bardzo szybko rozluźnienie zrostów przy ustalonem tyłozgięciu macicy przez stosowanie tamponów napojonych fibrolyzyną. Należy jednak być z podawaniem ostrożnym i zaczynać od małych dawek, a to ze względu, że wiele osób ma idiosynkrazyę do fibrolyzyny. *A.*

Lichtenstein. **Nowe zapatrywania na etiologię białkomoczu ciężarnych.** (*XIII. kongres niemieck. Tow. dla położn. i ginekolog.* Strassburg). L. przekonał się w doświadczeniach na królikach, że uciskanie klatki piersiowej wywołuje często białkomocz w ilości około $^1/_4$ pr. mle. Białkomocz więc ciężarnych odnieść należy nie do czego innego, jak tylko do ucisku z jednej strony klatki piersiowej, a raczej narządów tamże położonych, a z drugiej do ucisku naczyń nerki przez typowe dla ciężarnych wygięcie kręgosłupa ku przodowi (lordotische Albuminurie). Zachowanie się białkomoczu ciężarnych jest zupełnie podobne do doświadczalnego i lordotycznego, t. j. jest ono przemijającem i nie towarzyszą mu poważniejsze zmiany w nerkach. *A.*

Cramer. **W sprawie wydzielania mleka.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 30). Rozwój gruczołu piersiowego zależy od czynności jajnika. Halban wykazał zapomocą przeszczepiań, że zamiast jajnika zadanie to spełnić może i jądro, a wogóle gruczoł płciowy. Kehrer i Hegar wykazali, że trzebienie młodych osobników żeńskich wpływa hamująco na rozwój sutków. Potwierdzili to u zwierząt Halban i Knauer, przyczem okazało się, że następowe przeszczepienie jajników może znów pobudzić sutki do wzrostu. C. spostrzegał dwa podobne przypadki u kobiet. Części rodne były zanikłe; kobiety te nie miesiączkowały jeszcze wcale (jedna liczyła 31, druga 21 lat). U młodszej ze względu na to, że koniecznie pragnęła regularności ew. po zamążwyjściu dzieci, postanowił C. wszczepić jajniki (właśnie miał zamiar wytrzebić jedną chorą z powodu zmięknienia ko-

ści). Dla zbadania wyjął C. lewy zanikły jajnik. Wszczepił po obu stronach macicy jajniki, wyjęte chorej na zmięknienie kości, a nadto (chora z rozmiękczeniem kości była w 7. miesiącu ciąży), wszczepił między oba mięśnie proste przed otrzewnę w dolny kąt rany ciałko żółte, uzyskane równie i z tamtej chorej. Już w pół roku zjawiła się miesiączka i odbywa się obecnie już siódmy raz zupełnie prawidłowo, co dowodzi, że jajniki działają. Co najważniejsze zaś, to fakt, że potem stale rozwijać się zaczęły piersi. Doświadczenia te dowodzą jasno, że pobudzenie do wzrostu sutka podczas dojrzewania płciowego i regularności, zależy od ciał, które wytwarzają się w działających gruczołach płciowych. Silnem pobudzeniem dla wzrostu sutka jest ciąża. Knöpfelmacher przypuszczał, że i tu jajniki odgrywają główną rolę, tymczasem zaś doświadczenie kliniczne uczy, że i po cięciu cesarskiem z usunięciem jajników piersi rozwijają się i wydzielają prawidłowo. Podobnie spostrzegał C. dobrą czynność sutków po wytrzebieniu chorej na zmięknienie kości, karmiącej. Halban przytacza 4 przypadki trzebienia w ciąży z powodu guzów jajników, gdzie potem karmienie odbywało się prawidłowo. Wobec tego przyczyny wzrostu sutków w ciąży szukać należy nie w jajnikach, lecz gdzieindziej. Halban sądzi, że głównemi przyczynami mogą tu być jedynie albo płód sam, albo też pewne wytwory ustroju matki. Podobne zmiany w sutkach, jak u matki, spotykamy i u noworodka, muszą mieć więc one wspólną przyczynę, która leżeć może albo w łożysku, albo w płodzie. Wszystko, zdaniem Halbana, przemawia za łożyskiem. Zmiany te spostrzegamy i przy zaśniadzie groniastym (2 podobne przypadki spostrzegał i C.). C. twierdzi, że wprawdzie trudno jest zbić zdanie Halbana, ale przecież wiele przemawia przeciwko temu, że tu łożysko odgrywa główną rolę. Starling starał się wyszukać siedliska tych pobudzających substancyi, a to w ten sposób, że wstrzykiwał królikom zawiesiny macicy, jajników, łożyska i płodu przez czas dłuższy, w 6 przypadkach (gdy wstrzykiwał zawiesiny płodu) otrzymał wybitne zmiany w sutkach. Powiększenie sutków wskutek ciąży jest dwojakiego rodzaju: 1) powiększenie w ciąży przy braku pokarmu, 2) powiększenie po porodzie z wydzielaniem mleka. Pierwsza zmiana wpływa hamująco na wydzielanie mleka, wiemy bowiem, że u osób karmiących, które zajdą w ciążę, w drugiej połowie ciąży ustaje wydzielanie mleka. Starling sądzi, że płód podnieca wzrost piersi, ale hamuje wydzielanie mleka, które dopiero z chwilą wydalenia płodu zaczyna się. C. uważa zaś całą tę sprawę jako nabytą cechę płciową, mającą na celu zmuszenie ssaka do szukania sobie pokarmu poza obrębem matki w razie, jeżeli w łonie matki rozwija się drugi płód, potrzebujący niezbędnie odżywienia matczynego. Pobudką do wydzielania mleka może być prócz wspomnianych czynników także mechaniczne drażnienie brodawki, n. p. przez sam akt ssania. Znane są przypadki bardzo długiego karmienia, a jak to wykazał Sellheim nawet w ciąży przez przystawianie innego dziecka możemy wzbudzić wydzielanie pokarmu w sutku. C. wyraża nawet przypuszczenie, że przez systematyczne przystawianie dziecka możnaby może pobudzić do wydzielenia nawet gruczoły mleczne dziewic. Znane są też przypadki, że z potrzeby i mężczyźni karmili! Gruczoł dojrzałej płciowo kobiety podług C. usamodzielnia się już wobec reszty części rodnych, i może przez odpowiednie pobudzanie rozpocząć zaraz czynność. C. przytacza na dowód przypadek, dotyczący 24-letniej kobiety, która w 6 tygodni po porodzie przerwała karmienie na 3 tygodnie, potem karmiła znowu 5 miesięcy, następnie odłączyła dziecko i poddała się wycięciu wyrostka robaczkowego, poczem karmić znowu zaczęła dziecko i karmiła je kilka miesięcy. *A.*

Simmonds. **Gruźlica narządów rodnych niewieścich.** (*Arch. f. Gyn.* T. 88, Z. 1.). Opierając się na 80 przypadkach gruźlicy narządów rodnych niewieścich, znalezionych wśród 6000 sekcyi kobiet, dochodzi S. do następujących wniosków: gruźlica narządów rodnych zdarza się w $^1/_3$% wszystkich zwłok kobiecych, najczęściej w drugiem dziesięcioleciu wieku, potem coraz rzadziej. W 87% przypadków zajęte są jajowody, w 76% macica. Prawie zawsze znajduje się przytem dawniejsze zmiany w innych narządach. Prątki gruźlicze, wydzielane ze krwi na powierzchnię błony śluzowej jajowodów i macicy, wywołują albo powierzchowne obumieranie nabłonka, albo wytwarzanie się gruzełków; dopiero potem zajmuje sprawa gruźlicza głębsze warstwy. W jajowodach zdarza się wczesny okres gruźlicy, w którym niema zmian ściany, a tylko w świetle wśród wydzieliny znajdują się prątki gruźlicze. Oprócz gruźlicy, powstającej drogą krwi, zdarza się w rzadkich przypadkach szerzenie się gruźlicy na jajowody od otrzewnej. Pierwotne zakażenie drogą pochwy jest niezmiernie rzadkie. Zmiany anatomiczne rozpoczynają się najczęściej w jajowodzie, stąd dopiero szerząc się na macicę i otrzewną; mogą jednakże rozwijać się współcześnie, a niezależnie od siebie, zmiany i w macicy i w jajowodach. Ciąża może powstać pomimo gruźlicy i przyspiesza jej przebieg. *R.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie dnia 2. czerwca 1909.

Przewodniczący kol. A. Krusche. Sekretarz: E. Sonnenberg.

1. Kol. Helman wygłosił odczyt p. t.: **„Przyczynek do kazuistyki tętniaków gardzieli“.**

Tętniaki gardzieli należą do niezmiernie rzadkich zjawisk klinicznych. W całej literaturze autor znalazł zaledwie 12 opublikowanych odnośnych spostrzeżeń. Wobec rzadkości tej sprawy chorobowej łatwo zrozumieć można, że większość lekarzy, nie spotykając się nigdy z podobnym przypadkiem, a nawet nie słysząc o możliwości podobnej postaci klinicznej, wcale nie podejrzywa tej sprawy, badając chorego, dotkniętego obrzmieniem gardzieli, to też pożądanem jest szczegółowe uwzględnienie objawów klin. charakterystycznych dla omawianej sprawy chorobowej i opublikowanie wszystkiego, co ze szczupłych danych literatury o tętniakach gardzieli wysnuć można, tembardziej, że nieznajomość ich cech klinicznych często prowadzi do błędów rozpoznawczych i leczniczych. Prelegent dzieli się własnym spostrzeżeniem, dotyczącym 54-letniej chorej, która zwróciła się do niego ze skargą na uczucie jakiejś przeszkody w gardzieli, trwające już od roku. Przy badaniu skonstantowano znaczne wypuklenie prawej połowy gardzieli i miękkiego podniebienia w postaci gładkiego kulistego guza, rozszerzającego się w górę w stronę jamy noso-gardzielowej i ku dołowi w stronę nagłośni i na całej tej przestrzeni pulsującego. Tętnienie występowało wyraźniej przy obmacaniu. Auskultacya zapomocą stetoskopu, umieszczonego na powierzchni guza i na zewnętrznej stronie szyji wykazywała charakterystyczny rytmiczny szmer podmuchowy. Prelegent rozpoznał więc w danym wypadku tętniak gardzieli ewent. tętnicy szyjowej wewnętrz. Wobec bardzo nieznacznych dolegliwości chora nie zgodziła się na operacyę — podwiązanie tętnicy szyj. wspólnej. Dalej prelegent podaje dwa przypadki tętniaka gardzieli, opisane przez Texiera; w jednym z nich mylnie rozpoznano ropień okołomigdałkowy i w 5 dni po dokonaniu próbnej funkcyi chora zmarła, jakoteż przypadek obserwowany przez Wolfa, gdzie u 8-letniej chorej po mieszkowem zapaleniu migdałka rozwinął się tętniak.

Dalej prelegent podaje szczegółową charakterystykę tętniaków gardzieli wogóle, uwzględnia objawy kliniczne i dłużej zastanawia się nad różniczkowem rozpoznaniem, co często nasuwa pewne trudności. Prelegent wyraża przypuszczenie, że tętniaki gardzieli zdarzają się być może częściej, niż o tem sądzić można z danych literatury, lecz bywają mylnie rozpoznawane jako ropnie okołomigdałkowe lub pozagardzielowe, przy otwieraniu których następowało obfite krwawienie z powodu jakoby anormalnego położenia tętnicy szyj. Wszyscy autorzy zgodnie zaznaczają, że na pierwszy rzut oka tętniak gardzieli do złudzenia przypomina obraz, spostrzegany przy ropniach okołomigdałkowych. W końcu prelegent omawia sprawę leczenia tętniaków i zaznacza, że jedyną racyonalną metodą, szybko prowadzącą do zupełnego wyleczenia — jest podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej. (Autoreferat).

W dyskusyi brali udział koledzy Goldberg i Grabowski.

Kol. Goldberg zauważył, że w pierwszym przypadku Texiera przyczyna śmierci nie została ujawniona: nie można stanowczo twierdzić, że śmierć nastąpiła wskutek dokonanej punkcyi. Kol. G. dodaje, że przy rozpoznawaniu różniczkowem pomiędzy tętniakiem tętnicy szyjowej wewnętrznej i guzem chełboczącym, otrzymującem tętnienie od wspomnianej tętnicy, o ile to rozpoznawanie opierać zechcemy na dotyku natrafimy na nieprzezwyciężone trudności. Wreszcie kol. G. zauważył, że podwiązanie jednostronne tętniaka u jego końca dośrodkowego nie jest w chirurgii uważane za zabieg doszczętny.

Kol. Grabowski zapytuje prelegenta, czy uwzględnił w swym referacie, po jakiej stronie gardzieli tętniaki występują częściej?

W odpowiedzi kol. Helman zaznacza (kol. Goldbergowi), że niewątpliwie punkcya była bezpośrednią przyczyną śmierci w przypadku Texiera. Podczas sekcyi prócz surowiczego płynu w komorach mózgu i skrzepów krwi w worku tętnicy — nic nie znaleziono. Wogóle przypadek ten nie jest dokładnie opisany. Co się tyczy różniczkowej dyagnozy między tętniakami, a guzami krwawymi, to H. w referacie zaznaczył, że ścisłe rozpoznanie jest w takich przypadkach trudne, lecz auskultacya może zapobiedz pomyłce. Niewątpliwie podwiązanie tętniaka w 2 miejscach byłoby bardzo racyonalnem, lecz rękoczyn ten jest tu ze względów technicznych trudno wykonalny. Zresztą podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej dawało przy tętniakach zadawalniające rezultaty. Koledze Grabowskiemu H. odpowiada, że na zasadzie 12 dotychczas opublikowanych przypadków wnosić można, że tętniaki rozwijają się częściej po stronie lewej gardzieli. Jednakże ta nieznaczna liczba spostrzeżeń nie upoważnia jeszcze do uogólnień. *E. Sonnenberg.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ministeryum spraw wewnętrznych poleca lekarzom urzędowym podręcznik Doc. Rambouseka p. t.: Gewerbe-hygiene für oesterreichische Amtärzte i t. p. *X.*

Ministeryum spraw wewnętrznych poleciło rozporządzeniem z dn. 29. sierpnia r. b. starostwom wydać zakaz używania stalowych bomb z tlenem, napełnianych pod większem ciśnieniem jak 6 atmosfer, albowiem wydarzały się już w laboratoryach i szpitalach przypadki gwałtownej explozyi przy otwieraniu wentyla. *X.*

W sprawie walki Towarzystw ochrony zwierząt i ruchu antivivisektycznego, zabiera głos w *Med. Klinik* Doc. Salomon. Nie ulega wątpliwości, twierdzi S., że największe zdobycze w ostatnich czasach zawdzięczamy głównie doświadczeniom na zwierzętach i dlatego próby te są równie dla ludzkości potrzebne jak zabijanie zwierząt dla jedzenia. Głównie podnoszą się głosy przeciw wiwisekcyom ze strony osób, które utraciły np. ukochane przez siebie zwierzę i dowiedziały się, że potem takowe męczono w klinikach i zakładach. Zapobiegać temu łatwo przez nabywanie zwierząt jedynie z rąk koncesyonowanych handlarzy, którzy sami zwierzęta do tych celów hodują. Ponadto należy uważać, by zwierzęta miały odpowiednie umieszczenie i pożywienie, a służba obchodziła się z niemi »po ludzku«. Należy zwierzęta o ile możności do doświadczeń zawsze usypiać i to jeszcze przed przywiązaniem do stolika operacyjnego. Zwierząt używać należy do doświadczeń nowych, a nie do demonstracyi znanych rzeczy. Towarzystwa ochrony zwierząt zrobią lepiej jeżeli swoją energię zwrócą w inne strony, jak na uważanie na zakaz męczenia koni, na męki zwierząt łapanych w żelaza, na polowania z chartami (parforcejagd) i gubienia całych gatunków zwierząt przez zapalonych myśliwych-podróżników. Za daleko może posunęli się ci badacze, którzy dla zniszczenia trypanosomów żądają wygubienia wielu innych zwierząt. Nauka wynajdzie przecież inne na to sposoby. *X.*

Reklama partacka nie przebiera w środkach. Swego czasu ministeryum spraw wewnętrznych zakazało w Austryi sprzedaży elektrycznych aparatów »Energos«, pewnej firmy w Dreznie. Aparaty te działać miały »cudownie« przy chorobach włosów, okazało się jednak, że są one dla zdrowia szkodliwe. Wobec tego zakazu firma Energos odstąpiła te aparaty drugiej, która pod nową nazwą »Ordlit Apparate« puściła znowu je w handel! *X.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 19. IX. do 25. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 1 † —), płonicy 29 † 5 (5 † —), odry 30 † 3 (—), duru brzusznego 20 † 4 (13 † 2), czerwonki 1 (—), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. IX. do 25. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 3 (—), płonicy 6 † 2 (3 † 2), duru brzusznego 8 † 3 (4 † 2), cholery dziecięcej 4 † 4 (1 † 1), róży 1 (—), ospówki 3 (—).

Dr Janiszewski.

Sprawy sanitarne w Sejmie.

Przedłożone obradującemu właśnie Sejmowi »Sprawozdanie z czynności Departamentu V. Wydziału krajowego za czas od 15. maja 1908 do 20. sierpnia 1909 roku« odróżnia się od dawniejszych sprawozdań już zewnętrznie przejrzystszem i troskliwszem ugrupowaniem treści. Rozpoczynając, jak zwykle, od ogólnych zestawień finansowych i od ogólnej statystyki naszego szpitalnictwa, przechodzi Sprawozdanie kolejno sprawy obu szpitali krajowych we Lwowie i w Krakowie, sprawy krajowych zakładów dla obłąkanych, następnie sprawy szpitali prowincyonalnych, lekarzy, pozostających w służbie krajowej, okręgów sanitarnych, zdrojownictwa krajowego, dalej omawia stanowisko Wydziału krajowego wobec projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i wobec ruchu przeciwgruźliczego, wreszcie, opisując kolejno, jakie kroki przedsięwziął Wydział krajowy wskutek zeszłorocznych uchwał Sejmu w sprawach sanitarnych, kończy się Sprawozdanie przedstawieniem załatwienia przekazanych Wydziałowi krajowemu przez Sejm zeszłoroczny petycyi. Sprawozdanie Departamentu V. uzupełnia 15 załączników, oraz osobno wydane »Sprawozdanie o stanie szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1908/9« (sprawozdanie inspektoratu szpitali), jakoteż szereg odrębnych sprawozdań o sprawach, wymagających obszerniejszego omówienia.

Już to pobieżne zestawienie wskazuje, że w pracy Departamentu V. Wydziału krajowego zaszły w porównaniu z przeszłością także pewne różnice głębsze, wewnętrzne. Szereg spraw, omówionych w Sprawozdaniu, a więc takich, które Departament sanitarny krajowy praktycznie rozwiązał lub rozwiązać usiłował, jest w tym roku bardziej urozmaicony; Departament objął swą pieczą znacznie szerszy, niż w latach poprzednich. Prawda, że i zeszłoroczna, niebywale długa i żywa dyskusya sanitarna w Sejmie wysunęła na porządek dzienny wiele zagadnień, o których dawniej w naszej sali sejmowej było głucho; ale też, co należy podnieść z naciskiem, — żadnego z głosów, w Sejmie podniesionych, Departament sanitarny Wydziału krajowego nie pominął w tym roku milczeniem (jak to się dawniej zdarzało), każdy wniosek i uchwałę Sejmu widocznie starannie rozpatrywał i do wprowadzenia ich na tory realne zmierzał. Co więcej, widać ze Sprawozdania, że Departament sanitarny Wydziału krajowego nie ograniczył się do roli wykonawcy uchwał sejmowych, ale że, bacznem okiem śledząc tok spraw sanitarnych w kraju, zajął się oprócz tego kilku zagadnieniami, bądźto idąc za głosem opinii publicznej lub haseł, padających ze sfer lekarskich, bądź też samorzutnie, z własnej inicyatywy. W tem słusznie dopatrywać się można dalszego dowodu, że w Departamencie sanitarnym Wydziału krajowego utrwala się ożywczy prąd reorganizacyjny, że zbliżamy się do chwili, w której zostanie opracowany pewien zaokrąglony program działalności Wydziału krajowego i Sejmu na polu sanitarnem i higieniczno-społecznem. O takim zaokrąglonym programie dziś nie może jeszcze być mowy, raz dlatego, że jego opracowanie wymaga dłuższego czasu, zgromadzenia i roztrząśnięcia wielu brakujących dotąd materyałów, dyskusyi publicznej; powtóre dlatego, że właśnie w roku bieżącym znalazły się finanse krajowe w położeniu wyjątkowo krytycznem, a chociaż być może, że już w roku przyszłym rozporządzać będzie kraj znaczną nadwyżką w dorocznym swym budżecie, którą w pierwszym rzędzie należałoby użyć na lepsze udotowanie sanitarnego działu budżetu, na naprawę wieloletnich zaniedbań, — to jednak dziś, wobec kilkunastomilionowego faktycznego deficytu, a przyszłości bądź co bądź niepewnej, trudnoby nawet żądać ogólnych planów na dalszą metę w jakimkolwiek dziale gospodarstwa krajowego.

Usiłowania Departamentu sanitarnego, zaznaczające się wyraźnie już w tym roku, powitać należy z radością; czy znalazły one należyte poparcie w samymże Wydziale krajowym, okaże się poczęści z krótkiego streszczenia przedłożonych Sejmowi sprawozdań, podanego poniżej. Czy usiłowania te znajdą uznanie i poparcie Sejmu w tej mierze, jak zdawała się zapowiadać sesya zeszłoroczna i jakby na to zasługiwały, pokaże dopiero przyszłość.

Sprawozdanie Departamentu V. rozpoczyna się ogólnemi zestawieniami finansowemi i ogólną statystyką ruchu w szpitalach za lata 1906 i 1907.

W r. 1906 wydano na cele zdrowia publicznego 3,556.165 koron; po potrąceniu zwrotów wynosił czysty wydatek 3,272.653 koron. W porównaniu z rokiem 1905 wzrosły wydatki ogółem o 188.015 kor. Wśród wydatków tych główną pozycyę stanowią koszta leczenia (2,866.782 kor.) i dotacya zakładów krajowych (300.607 kor.); na drugiem miejscu stoją koszta szczepienia krowianką (151.898 kor.), lekarzy okręgowych (111,982 kor.), utrzymania podrzutków (58.103 kor.) zasiłków dla zakładów sanitarnych (52.810 kor.), wreszcie leków podczas epidemii (13.983 k.).

Dni leczenia było w r. 1906 — 2,138.547 (więcej o 41.011), średni pobyt chorego wynosił 24·9 dni, utrzymanie jednego chorego 39·03 kor. Dzienny koszt utrzymania jednego chorego wynosił w szpitalach krajowych wraz z klinikami 2·26 kor. (w tem żywienie 0·64), w zakładach obłąkanych 1·47 kor. (0·57), w szpitalach prowincyonalnych 1·26 kor. (0·42).

W r. 1907 wydał kraj ogółem na cele zdrowia publicznego 5,912.835 kor. Ten znaczny w porównaniu z r. 1906 wzrost (o 2,356.670 kor.) jest jednak tylko pozorny, a różnica jest wynikiem poprostu różnicy w sposobie budżetowania. Mianowicie w r. 1906 nie wliczono do wspólnej rubryki trzech wydatków (i dochodów) »zakładów krajowych« (t. j. szpitali lwowskiego i krakowskiego, oraz zakładu w Kulparkowie). Po potrąceniu zwrotów i własnych dochodów zakładów krajowych wynosił czysty wydatek w r. 1907 — 3,872,948 kor.

Dni leczenia było w r. 1907 ogółem 2,218.207 (więcej o 79.660, niż w r. 1906); średni pobyt chorego wynosił 25·4 dni, koszt całego leczenia 43·19 kor. Koszt jednego dnia szpitalnego w szpitalach krajowych wraz z klinikami wzrósł na 2·53 koron (w tem żywienie 0·71), w zakładach dla obłąkanych na 1·66 kor. (0·65), w szpitalach prowincyonalnych na 1·35 kor. (0·45); średnio we wszystkich zakładach wynosił 1·70 kor.

W tem miejscu następują w sprawozdaniu tablice, przedstawiające liczbę szpitali, liczbę łóżek szpitalnych i stosunek jej do liczby ludności, oraz koszta leczenia w 5 najludniejszych krajach austryackich w porównaniu z Galicyą w latach 1901—1905.

Z tablic tych widać, że w ciągu tego pięciolecia wzrosła liczba szpitali publicznych w Galicyi z 35 na 39, w Czechach z 85 na 92, w Austryi dolnej, Styryi i Tyrolu prawie się nie zmieniła. Ogólne koszta leczenia wzrosły w Galicyi z 2,236·808 koron na 3,015.704 kor., w Czechach z 7,608.992 na 9,070.933, w Austryi dolnej z 8,8 na 11,5 milionów, w Styryi z 2,4 na 2,9 milionów, w Tyrolu z 1,6 na 2,03 milionów; koszt dnia szpitalnego wynosił w r. 1905 w Czechach 1·99 kor., w Austryi dolnej 2·68 kor., w Styryi 1·90 kor., w Tyrolu 2,05 kor., w Galicyi tylko 1,46 kor. (w roku 1901 — 1,34).

Zestawienie Galicyi z tymi 4 krajami weszło w sprawozdaniach Departamentu V. od szeregu lat w zwyczaj i w tym też roku jest konsekwencyą tego zwyczaju; jednakże byłoby z pewnością korzystne objęcie takiem zestawieniem jeszcze dwu krajów, zbliżonych do Galicyi tak stopniem kultury i zamożności mieszkańców, jak również niedostatecznem zaopatrzeniem w łóżka szpitalne, t. j. Dalmacyi i Bukowiny. Tablice, pomieszczone w sprawozdaniu, nie dozwalają porównać tych obu krajów z Galicyą co do wzrostu ogólnych wydatków na szpitale, oraz kosztu dnia leczenia; można z nich tylko stwierdzić, że i w r. 1905 stosunek liczby łóżek do liczby ludności (1:1208) był w Galicyi gorszy, niż nawet w Dalmacyi (1:1055) i na Bukowinie (1:1024), i to licząc już wszystkie łóżka, zarówno w szpitalach publicznych, jak i prywatnych.

Chcąc dosadnie przekonać się o niedostatku miejsca w naszych szpitalach nawet jeszcze w roku 1907, wystarczy przejrzeć alegat II/1907 do Sprawozdania, przedstawiający tabelarycznie »Ruch chorych i koszta w naszych zakładach leczniczych w r. 1907«. Wprawdzie napozór zdawaćby się mogło, że w szpitalach naszych dość miejsca, jeżeli na 6269 łóżkach szpitalnych (publicznych) leżało dziennie średnio 6077 chorych. Jednakże na tę nadwyżkę miejsca w sumie ogólnej wpływa, jak się po rozpatrzeniu tablicy łatwo przekonać, stosunkowo znaczna liczba łóżek, pozostających do swobodnej dyspozycyi w stołecznych oddziałach klinicznych, dalej w szpitalu krajowym we Lwowie i w niektórych szpitalach prowincyonalnych. Natomiast większość szpitali prowincyonalnych, zakłady obłąkanych i położnicze, oraz niektóre oddziały szpitala krakowskiego są stale przeciążone ponad wszelki wyraz, wprost zapchane chorymi. N. p. w Drohobyczu na 120 łóżkach mieści się średnio dziennie 174 chorych, w Husiatynie na 70 łóżkach trzeba pomieścić średnio 110 chorych, w Podhajcach na 85—128, w Stanisławowie na 120—187 (!) i t. p. W Kulparkowie już po rozszerzeniu, w r. 1907, na 1111 łóżek przypadało dziennie średnio 1252 chorych, w położniczym oddziale szpitalnym w Krakowie na 30 miejsc 42 chore.

Jeszcze jaskrawiej objaśnia te stosunki sprawozdanie inspektoratu szpitalnego, podające najwyższe liczby chorych, jakie niektóre szpitale muszą niekiedy pomieścić. Sprawozdanie to wymaga osobnego omówienia; tu wystarczy wspomnieć, że są szpitale, gdzie w okresach nawału chorych wypada po 2, a nawet 3 chorych na jedno łóżko!

Wynika stąd, że akcya w kierunku pomnożenia liczby łóżek szpitalnych w kraju nie przestała być sprawą piekącą i że byłoby prawdziwą klęską dla ludności, gdyby odwleczenie się sanacyi finansów krajowych akcyę tę miało zwolnić lub zahamować.

Przechodząc do spraw szpitali krajowych w Krakowie i we Lwowie, omawia Sprawozdanie Departamentu V. tylko sprawę budowy nowych klinik, oddziałów i t. p. Obraz obecnego stanu tych szpitali, ich braków i t. p., zawierało zawsze sprawozdanie inspektoratu szpitali. Otóż zaznaczyć należy, że w tym roku sprawozdanie inspektoratu podaje z tych szpitali (jak również z zakładu w Kulparkowie) niestety tylko tabelaryczne zestawienie ruchu chorych, nie wspomina zaś wcale o wynikach inspekcyi, ani o dostrzeżonych brakach i koniecznych potrzebach. W tym względzie niema jednak także i w sprawozdaniu Departamentu V. szczegółowych danych, a brak ten jest tem dotkliwszy, im ważniejszą jest rola wielkich zakładów krajowych w naszem szpitalnictwie i im pilniejszą jest potrzeba gruntownej rekonstrukcyi i znacznego rozszerzenia szpitala krakowskiego, na co już i Sejm zeszłoroczny zwrócił uwagę.

Ze spraw szpitala lwowskiego na pierwszem miejscu stawia Sprawozdanie budowę nowych klinik (dermatologicznej, okulistycznej i otolaryngologicznej). Budowa ta niestety przewleka się z powodu ponownych pertraktacyi między rządem, a krajem, wywołanych wzrostem pierwotnie obliczonych kosztów. Wzrost ten powstał wskutek podrożenia materyału i robocizny od czasu opracowania pierwotnych kosztorysów, a więc w okresie dość długo ciągnących się układów między rządem, a krajem. Przy dalszem odwlekaniu sprawy trzeba się doprawdy obawiać, by nie wytworzyło się błędne koło, boć ceny robocizny i materyałów statecznie wzrastają i każda, kilkomiesięczna choćby zwłoka, znowu podnosi kosztorys i znowu wznawia układy obu czynników, usiłujących wzajemnie na siebie przerzucić ciężar tej nadwyżki. Co do kliniki dermatologicznej, to kraj usiłował ostatnią nadwyżkę zmniejszyć z 92.500 na 62.000 koron, proponując modyfikacyę planów i kosztorysów. Na tę propozycyę jednak rząd się nie zgadza. W ten sposób rzecz znowu znalazła się w zawieszeniu. Wzrost kosztorysów kliniki okulistycznej i laryngologicznej o 164.000 koron wywołał potrzebę ponownego przestudyowania planów, co miało nastąpić wspólnie z profesorami tych klinik w drugiej połowie września. Plany zaś i kosztorysy kliniki neurologiczno-psychiatrycznej znajdują się jeszcze w ministerstwie i Wydział krajowy dotąd ich nie otrzymał. Jedynym przeto realnym postępem w sprawie budowy klinik jest zakupienie parceli na rozszerzenie placów pod budowę.

Za ukończoną można już natomiast uważać sprawę objęcia szpitala dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie na własność kraju, brak bowiem jeszcze tylko dopełnienia formalności końcowych, spaźniających się jedynie dlatego, że budowa pawilonu klinicznego w tym szpitalu nie jest jeszcze ostatecznie ukończona i skolaudowana; niewątpliwie nastąpi to jednakże w ostatnim kwartale b. r. (C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Doc. Dr Leon Konrad Gliński został mianowany profesorem nadzwyczajnym anatomii patologicznej; Doc. Dr Stefan Horoszkiewicz profesorem nadzwyczajnym medycyny sądowej, a Doc. Dr Wacław Chlumsky otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

— Staraniem Prof. Dra Jana Piltza powstanie pod Krakowem lecznica i szkoła dla dzieci nerwowych i psychicznie nieprawidłowych.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie WP. Radcy dworu Prof. Drowi Wicherkiewiczowi za ofiarowane bibliotece Towarzystwa książki. Bibliotekarz: *Dr Blassberg*.

— Magistrat stoł. król. miasta Krakowa wydał następujące ostrzeżenie:

Chodząc po chodniku zanieczyszczonym plwociną, wnosimy na obuwiu, a panie także na sukniach, zarazki chorób do mieszkań.

Zaschnięta, rozpylona plwociną dostać się może podczas oddychania do naszych płuc, wraz z kurzem ulicznym i wywołać chorobę.

Widok plwocin na chodniku budzi odrazę.

Nie należy przeto pluć na chodniki.

Dopóki niema spluwaczek ulicznych, należy w razie potrzeby, spluwać do ścieków obok chodnika.

(Zniszczone ogłoszenia będą co miesiąc zastępowane świeżymi).

Lwów. Docenci okulistyki Uniwersytetu lwowskiego Dr Adam Bednarski i Dr Adam Szulisławski otrzymali tytuł profesorów nadzwyczajnych.

— Namiestnik przy otwarciu sesyi tegorocznego Sejmu zaznaczył, że władze administracyjne zajmują się bardzo energicznie zwalczeniem chorób zakaźnych — jeżeli zaś efekt działania nie odpowiada w zupełności staraniom, to przyczyny tego szukać należy w braku ustawy o zwalczaniu chorób epidemicznych, jakoteż w braku odpowiednich urządzeń. Następnie podniósł namiestnik, że sprawa podniesienia Krynicy do rzędu światowych zdrojowisk jest w toku i znajduje się urzeczywistnienie planów na najlepszej drodze.

Komisyę sanitarną Sejmu uzupełniono przez wybór rektora Łazarskiego i posła Szweda.

Warszawa. Towarzystwo higieniczne warszawskie odbyło w dniach 19. i 20. b. m. Zjazd w Częstochowie, na którem omawiano sprawę ubezpieczenia ludności pracującej, sprawę asanizacyi miasteczek i wsi, oraz higieny chaty wiejskiej. Z Krakowa przybył na Zjazd i przemawiał Prof. Bujwid.

Z różnych stron. W dniu 9. października odbędzie się w Paryżu posiedzenie prezydyum międzynarodowego związku dla badania raka, na którem będzie ustalony porządek dzienny Zjazdu, mającego się odbyć w r. 1910, oraz będzie uchwalony szemat dla statystyki międzynarodowej raka.

Mianowani: Dr Göppert profesorem pedyatryi w Getyndze.

Dr Meyer profesorem i kierownikiem polikliniki w Strassburgu.

Dr Stenenbanu profesorem okulistyki w Bukareszcie.

Doc. Dr Herrenknecht profesorem dentystyki we Fryburgu.

Dr Kiszkin profesorem dyagnostyki lekarskiej w Moskwie.

Dr Krimberg profesorem chemii lekarskiej w Charkowie.

Zmarli: Dr Józef Świątkiewicz, prymaryusz szpitala powszechnego we Lwowie, zmarł w 38 roku życia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w wrześniu 1909:

Gazeta lekarska Nr 36. Hornowski: O zachowaniu się układu chromochłonnego w przypadkach śmierci z oparzenia, oraz o wpływie czynników termicznych na tenże układ i praktycznych stąd wnioskach. Nowicki (c. d.). — Nr 37. Higier: Klasyfikacya idyotyzmu. Nowicki (c. d.). Hornowski (c. d.). — Nr 38. Pawiński: Zaburzenia innerwacyi a cierpienia organiczne serca i naczyń. Higier (c. d.). Horowski (c. d.). — Nr 39. Szumowski: Przypadki gruźlicy płuc, leczone metodą Krokiewicza. Pawiński (dok.). Higier (dok.). Nowicki (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 36. Brunner (c. d.). Bregman i Krukowski (dok.). — Nr 37. Matylda i Wacław Bierer: Wpływ ogrzewania ciała na hemolizę. Brunner (c. d.). — Nr 38. Herz i Sterling: Badania nad sokiem psychicznym u chorego po gastrenterostomii. Brunner (dok.). — Nr 39. Biehler: Przyczynek do rozpoznawania plam trądu guzowatego i nerwowego. Herz i Sterling (dok.).

Tygodnik lekarski Nr 35. Czyżewicz (jun.) (c. d.). Felauerówna (dok.). — Nr 36. Czyżewicz jun. (dok.). Gabryszewski: Solanki jodowe w świetle nowszych badań i ich działanie na zołzy. — Nr 37. Hołodyński: Przypadek samoistnego wessania zaćmy starczej przy nieuszkodzonej torebce. Gabryszewski (dok.). — Nr 38. Franke: O znaczeniu czynności naczyń obwodowych przy niewyrównaniu ukrwienia i o t. zw. kompenzacie obwodowej (incompesatio et compensatio peripherica). Tobiaszek: O wartości wstrzykiwań zewnątrzoponowych u rodzących.

Nowiny lek. Nr 9. Rudzki (dok.). Hermann (c. d.). Zanietowski (c. d.). Ehrenpreiss (c. d.). Gantkowski: Ze Zjazdu internistów polskich w Krakowie.

Głos lekarzy Nr 17. Referat Izby zachodnio-galicyjskiej w sprawie braku lekarzy w służbie kolejowej. Walka z gruźlicą. Ankieta Wydziału krajowego (dok.). Sieradzki (dok.). — Nr 18. Papée: W sprawie rzekomego braku lekarzy. Jaworski i Mięsowicz: O depprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach. Klęsk: Minimalne honoraryum.

Kronika dentyst. Nr 9. Wisłocki i Krakowski: Wspomnienia pośmiertne o ś. p. Doc. Drze Andrzeju Gońce. Haberfeld: O wkładach złotych. Wisłocki: Przypadek przedwczesnego ząbkowania. Rancman: Nowe trzymadło do tamponów.

Przegląd higieniczny Nr 8 i 9. Ogórek-Pankowa: Nerwowość i kultura. Piasecki: Epidemia płonicy w mieście Lwowie w latach 1907—1909.

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych. Lipiec 1909. Krzyształowicz: Przyczynek do poznania patogenezy bliznowców (keloid). Chybczyński: Rad, jego własności i zastosowanie w medycynie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. Prof. Dr A. L. Wolbarst w Nowym Yorku podaje do wiadomości (Zeitschrift f. Urologie u. vener. Krakh. 1909. Nr 2) wyniki dalsze leczenia wiewióra arhoviną, oparte na kilkuset spostrzeżeniach. Podawano dziennie 3—4 razy po 2 kapsułki, rozpoczynając odrazu od tej liczby bez względu na to, czy przypadek był ostry czy przewlekły i podając lek tak długo, jak długo chory wymagał leczenia. Przeciętnie trwało leczenie 6 tygodni, w przewlekłych przypadkach do 10 tygodni. Za wyleczone uznawano przypadki, w których brakło objawów przedmiotowych i podmiotowych, gdzie mocz był czysty, gdzie po miesieniu gruczołu krokowego nie otrzymywano ropy i nitek, w których zwykła próba wyskokowa wypadała ujemnie i w których po miesiącu stwierdzano znowu stan dobry. W. podaje, że objawy ciężkie przy tym sposobie leczenia łagodniały już po paru dniach, ustępowało parcie na mocz, moczenie stawało się mniej częste i mniej bolesne. Objawów podrażnienia przewodu pokarmowego lub nerek nie stwierdził W. nigdy. Powikłania poważniejsze zdarzały się stosunkowo rzadko. Zdaniem W. działa arhovina nietylko zabójczo na gonokoki lecz stwarza z błony śluzowej złe podłoże dla ich rozwoju, co jest ideałem leczenia. Arhovina jest znakomitym środkiem wspomagającym odpowiednie leczenie miejscowe wiewióra, a to przez zmniejszenie zapalenia błony śluzowej. *Hr. W.*

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222

SOL BOROWINOWA
suchy wyciąg
w paczkach à 1 kg.

ŁOG BOROWINOWY
płynny wyciąg
w paczkach à 2 kg.

Szczawa
Krondorfska
uznana za
najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 9. października 1909. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Kierownik Prof. O. Bujwid).

O próbie Wassermanna ze sztucznym wywoływaczem.

Podali

Dr F. Eisenberg i Doc. Dr R. Nitsch.

(Według odczytu na I. Zjeździe Polskich Internistów dnia 21 lipca 1909).

Liczne modyfikacye próby Wassermanna podawane w ostatnich dwóch latach dowodzą, że próby tej w klasycznej jej formie nie można na razie uważać za ostatecznie wykończoną. Materyał kilkunastu tysięcy przypadków, złożony w licznych pracach lat ostatnich, przedstawiałby o wiele większą wartość, niż ją ma obecnie, gdyby był oparty na zupełnie jednolitej technice i przez to zupełnie między sobą współmierny. Ale z licznych czynników, biorących udział w odczynie Wassermanna, ani jeden nie przedstawia ilości stałej, ściśle określonej. Ani krwinki czerwone, ani dopełniacz, ani swoisty dwuchwytnik (amboceptor), ani surowica ludzka nie są i nie mogą być z natury swojej jednakie i ściśle określone i w ocenie wyników każdej próby powinnoby się liczyć z ich indywidualnością. Jeden jest tylko czynnik, który możnaby ustalić i przez to choćby stworzyć pewną podstawę dla porównywania wyników różnych prac. Jest nim wywoływacz (antygen). Nie można tego coprawda powiedzieć o nim w powszechnie dziś używanej postaci wyciągów z wątrób kiłowych. Według doświadczeń niektórych autorów wyciągi wodne, gorąco polecane przez samego Wassermanna i Citrona, po dłuższem przechowaniu łatwo tracą swoistość oddziaływania. Wyciągi wyskokowe zdają się być trwalsze, ale i one niewątpliwie mogą się zmieniać, tak, że wyniki uzyskane zapomocą tego samego wyciągu w różnych okresach czasu nie zawsze dadzą się między sobą porównać. Ważniejsze jeszcze są spostrzeżenia, dowodzące, że różne wyciągi wyskokowe z temi samemi surowicami mogą dawać niezgodne między sobą wyniki (Seligmann i Klopstock, Halberstädter, Müller i Reiche, Bruck i Cohn, Seligmann). I nasze doświadczenia dostarczyły nam kilku dość wyrazistych przykładów takiego różnego zachowania kilku wyciągów wyskokowych. Oto dwa z nich:

Doświadczenie I.

	Wywoł. L.	Wywoł. N.	Wywoł. C.
Sur. *1192* kr.	+ +	+ +	+ +
Sur. *1195* kr.	+ +	+ +	+ +
Sur. *1195* p.	+	+	±
Sur. *1205* kr.	— +	— +	— —
Sur. *1169* kr.	—	+	—

Objaśnienie: Na pierwszem miejscu próby z 0·1 cm, na drugiem z 0·05 cm surowicy (ogólna objętość prób = 2·5 cm), + oznacza rozpuszczenie zupełne (wynik próby ujemny) — zahamowanie zupełne (wynik próby dodatni), ± częściowe.

Widzimy więc, że dwie surowice dają wyniki zupełnie zgodne, dwie wyniki ilościowo różne, jedna zaś (1169) zasadniczo różne — dwa razy dodatnie, raz ujemny.

Również wyniki zebrane w »Doświadczeniu II«, do którego wzięto 6 wywoływaczów naturalnych i 3 sztuczne (o których będzie mowa w dalszym ciągu) okazują bardzo wybitnie niejednakowe oddziaływanie tych samych surowic wobec różnych wywoływaczów. (Zob. dośw II.).

Wyniki zapisano po 2 godzinach pobytu w cieplarce. Kontrole wywoływaczów i surowic (w podwójnej ilości), jakoteż układu krwiobójczego wypadły pomyślnie.

Widzimy z tego zestawienia, że z pośród 8 badanych surowic tylko 2 zdrowe dały wynik całkowicie ujemny ze wszystkimi wywoływaczami. Sześć innych surowic dało z różnymi wywoływaczami wyniki różne nietylko ilościowo, ale nawet jakościowo. I tak wywoływacz C i nasz SR dały z 5 surowicami wyniki dodatnie (zahamowanie); SR oryginalny i SR bez kwasu oleinowego z 4 surowicami; wywoływacze Ł i N z 3 surowicami; S i E z 2, a wywoływacz V tylko z 1 surowicą dał wynik dodatni. Tak więc widzimy w tem zestawieniu całą skalę czułości różnych wywoływaczów.

Poza tem wątroby kiłowe przedstawiają materyał nie zawsze łatwo dostępny, z natury rzeczy w mniejszych miastach, a powodu wielkiej liczby pracowników w miastach wielkich. Tej trudności nie przedstawiają wyciągi z narządów prawidłowych, ale i one nie są wolne od różnic indywidualnych.

Stąd wynika, że wyciągi naturalne nie czynią zadość wyżej omówionemu wymaganiu jednolitości i przez to uzasadniają usiłowania zastąpienia ich wywoływaczami sztucznymi. Pierwsze takie próby z lecytyną, cholestearyną, waseliną i mydłami dawały wprawdzie wyniki dodatnie (zahamowanie), ale niedostatecznie swoiste. Na kombinacyi różnych tych ciał polegają dwa sztuczne wywoływacze, pole-

Doświadczenie II.

Surowica	Ł	C	V	S	N	E	SR oryg.	SR nasz	SR bez kwasu oleinow.
1266	⩱ +	− ⩱	+ +	+ +	− +	+ +	+ ‡ +	− ∓ ‡	− + +
186	− −	− −	− −	− +	− −	− ‡	⩱ ± ‡	− ⩱ ±	− ∓ ±
rabin	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ + +	+ + +	+ + +
1263	+ +	⩱ +	+ +	+ +	+ +	+ +	± + +	∓ + +	± + +
1262	+ +	± +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ + +	± + +	‡ + +
1261	+ +	− ±	+ +	+ +	− +	+ +	⩱ + +	− − ∓	− ⩱ ‡
1283	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ + +	+ + +	+ + +
1276	− +	− ⩱	+ +	− ‡	+ +	− +	− − −	− − −	− − −

Objaśnienie znaków:
+ = zupełne rozpuszczenie krwinek.
− = zupełne zahamowanie hemolizy.
± = częściowe zahamowanie.
‡ = prawie zupełne rozpuszczenie.
∓ = mocne zahamowanie.
⩱ = prawie zupełne zahamowanie hemolizy.

cone przed pół rokiem przez Sachsa i Rondoniego (z zakładu Ehrlicha w Frankfurcie n. M.). Dzięki uprzejmości Prof. Sachsa, który nam przysłał pewną ilość sporządzonego przez siebie wywoływacza sztucznego A, przeprowadziliśmy szereg doświadczeń porównawczych między tym wywoływaczem, a wywoływaczem wyskokowym z wątroby kiłowej i z tego porównania chcemy niniejszem zdać sprawę.

Co się tyczy techniki próby Wassermanna, to stosowaliśmy metodę klasyczną, używaną w klinice wrocławskiej Neissera, a opisaną przez Taegego. Różnice polegały na tem, że 1) objętość próby dla zaoszczędzenia materyału wynosiła 2·5 cm³ zaś w późniejszych próbach 1·5 względnie 1 cm³ z zachowaniem odpowiednich stosunków ilościowych, 2) że przed każdą seryą doświadczeń miareczkowaliśmy dwuchwytnik, 3) że odczytywaliśmy wyniki po 45' względnie 2 godzinach pobytu w cieplarce i po 15—20 godzinach w ciepłocie pokojowej. Miareczkowanie dwuchwytnika odbywało się w następujący sposób. Do 12 rurek dodawaliśmy następujące ilości dwuchwytnika (zasuszonej swoistej surowicy króliczej) w rozc. $^1/_{600}$: 0·5, 0·4, 0·3, 0·2, 0·15, 0·1, 0·075, 0·05, 0·04, 0·03, 0·02, 0 cm³, do każdej rurki dodawaliśmy nadto 0·5 cm³ dopełniacza ($^1/_{10}$) i 0·5 cm³ z 5% zawiesiny krwinek czerwonych barana i wszędzie dopełnialiśmy objętość prób do 2·5 cm³ roztworem fizyologicznym. Ostatnia rurka, która po 15 minutowym pobycie w cieplarce okazuje zupełne rozpuszczenie krwinek, oznacza najmniejszą krwiobójczą dawkę dwuchwytnika. Do doświadczeń właściwych używaliśmy zawsze trzykrotnej takiej ilości. Zwykle obok próby Wassermannowskiej wykonywana była próba w modyfikacyi Bauera, służąc także za kontrolę wyników z wywoływaczami sztucznymi. Próby z wywoływaczem Sachsa-Rondoniego, wykonywaliśmy ściśle według przepisów, podanych przez tych autorów [1]).

Materyał do naszej pracy zawdzięczamy przedewszystkiem uprzejmości WP. Prymaryusza Dra E. Borzęckiego nadto zaś WPanów Prof. Pareńskiego, Prym. Dra A. Krokiewicza, Prof. W. Jaworskiego, kol. Dra St. Łapińskiego i Prof. Bujwida, którym zato serdeczne na tem miejscu składamy podziękowanie.

Materyał ten, pochodzący przeważnie z oddziału skórno-wenerycznego, nadto zaś z oddziałów chorób wewnętrznych i z praktyki prywatnej co do swego charakteru i składu odpowiada mniej więcej materyałowi, jaki dotąd przeważnie stanowił podkład prac nad próbą Wassermanna. Na 164 badanych surowic mieliśmy w nim 85 wyników dodatnich, a 79 wyników ujemnych. Z oryginalnym wywoływaczem Sachsa i Rondoniego zbadaliśmy porównawczo z wywoływaczem naturalnym 133 prób. Zgodnie z przyjętą powszechnie regułą zahamowania częściowe przy próbie Wassermanna uważaliśmy za wynik ujemny, podobnie też zahamowania częściowe w pierwszej rurce przy metodzie Sachsa i Rondoniego (zgodnie z Facchinim). Na tych 133 prób 117 dało wyniki zupełnie zgodne, a 16 wyniki mniej lub więcej niezgodne. Ta wysoka na pozór liczba inaczej wygląda, jeżeli przyjrzeć się szczegółowo przypadkom niezgodnym.

Wyniki zasadniczo sprzeczne (t. zw. zupełne zahamowanie z jednym wywoływaczem, a zupełny brak jego z drugim) dało 8 prób, reszta, t. j. 8, wyniki tylko ilościowo niezgodne. Na szczególniejszą uwagę zasługuje ta okoliczność że na owych 16 wyników niezgodnych 10 razy wywoływacz S. R. or. [2]) okazał się czulszym od naturalnego, t. j. dał u osobników kiłowych wynik dodatni tam, gdzie wywoływacz naturalny dał równocześnie wynik ujemny lub wątpliwy; 6 razy tylko okazał się mniej czułym. Według Sachsa i Rondoniego ich wywoływacz sztuczny okazał się nieco mniej czułym (tylko ilościowo) od używanego przez nich naturalnego. Facchini, który zbadał 135 surowic zapomocą obu wywoływaczy, uzyskał zapomocą SR 66·66% wyników dodatnich, zapomocą wywoływacza naturalnego aż 84% wyników dodatnich, sam jednak zaznacza, że jego wywoływacz był niezwykle czuły. Według naszych doświadczeń, wywoływacz sztuczny zdaje się być nieco czulszym od naturalnego, nie chcielibyśmy jednak tej oceny korzystnej zbyt podkreślać, ze względu na to, że to, co stanowi miarę porównawczą w tych próbach, wywoływacz naturalny, nie przedstawia ilości zupełnie stałej, jak to wyżej już omówiliśmy. Zależnie od stopnia czułości wywoływacza naturalnego, użytego do pewnej seryi prób, ocena wywoływacza sztucznego może wypaść nieco mniej lub więcej korzystnie. Mieliśmy na to przykład we wła-

[1]) Patrz opis tej techniki i skład wywoływacza w pracy Rajchmana i Szymanowskiego, »Przegl. lek. 1909, str. 387.

[2]) Oznacza wywoływacz sztuczny A oryginalny.

nych doświadczeniach, w których używaliśmy kolejno po sobie dwóch wywoływaczy naturalnych (Ł i C). Otrzymaliśmy przytem następujące wyniki:

I. Serya 86 prób (wyw. Ł) 7 niezgodnych, 7 na korzyść SR, O na korzyść wyw. natur.

II. Serya 47 prób (wyw. C) 9 niezgodnych, 3 na korzyść SR, 6 na korzyść wyw. natur.

Wywoływacz C okazał się zatem czulszym, wywoływacz Ł mniej czułym od sztucznego (stale tegosamego or.).

(Dok. nast.).

Pozapłciowe zakażenie kiłą.

Napisał

Dr Jan Papée.

(Ciąg dalszy).

Z kliniki Picka w Pradze, podaje Bloch[22]) liczby za czas 1885—1896; w tym czasie znalazł 65 przypadków = 4·1% ogółu (mężczyźni 2·5%, kobiety 10·3%).

Broich[23]) znalazł na klinice Doutrelepontа w Bonn, w ciągu jednego roku (1/4 1889— 1/4 1890) 10 chorych zakażonych pozapłciowo na 120 przypadków świeżej kiły, z czego 3 mężczyzn, a 7 kobiet, przeważnie z usadowieniem wrzodów na wargach ust; Haslund, wśród leczonych w szpitalu miejskim w Kopenhadze w latach 1882—1898, znalazł 221 przypadków kiły pozapłciowej, co się równa 4·7% (mężczyźni 3·71%, kobiety 6·34%). Neumann[24]) wykazał za okres dziesięcioletni (1890—1900) 207 pozapłciowych zakażeń w swej klinice, co odpowiadało 4·47% ogółu chorych.

Najnowszą statystykę z kliniki Fingera podaje Scherber[25]) za lata 1901—1907; w tym czasie stwierdzono 38 przypadków kiły pozapłciowej u mężczyzn (2·4%), a 47 u kobiet (3·6%).

Z tych zestawień statystycznych widzimy, że w nabywaniu kiły na drodze pozapłciowej przeważają kobiety; szczegół ten podkreślają wszyscy autorowie, przypisać go zaś trzeba głównie nabywaniu zmian pierwotnych przy sposobności karmienia.

Jak częste są przypadki nabywania kiły na drodze pozapłciowej u nas, a mam tu na myśli Galicyę i Królestwo Polskie, o tem na podstawie nie bardzo licznych spostrzeżeń, ogłaszanych w naszej literaturze i braku danych z klinik i szpitali, trudno wyrobić sobie dokładny sąd. Wspomniałem już o tem, że wśród ludności huculskiej Galicyi, sposób ten udzielania kiły ma być dość częstym. Poza tem uznawali niektórzy autorowie, jak to poniżej zobaczymy, dwa głównie czynniki, jako źródła przenoszenia kiły na tej drodze, a mianowicie karmienie dzieci przez mamki i rytualne obrzezanie u ludności żydowskiej.

[22]) Bloch. Über extragen Syphilisinfection. Arch. f. D. u. S. R. 1897. T. 39. str. 65.

[23]) Broich. Über extragen. Syphilisinfection. Arch. f. D. u. S. 1890. T. 22. str. 497.

[24]) Neumann l. c.

[25]) Scherber. Die extragen Syphilis. Zeitschr.tt f. Bek. der Geschlechtskrankh. Z. 5. T. 8. R. 1908.

Na przedmiot sam t. j. możność przeniesienia zarazka pozapłciowo, zwracano uwagę w naszej literaturze lekarskiej oddawna. I tak wspomniany poprzednio Zekert[26]), wykonywujący praktykę lekarską na Białej Rusi, w rozprawie, napisanej dla uzyskania stopnia doktora w uniwersytecie wileńskim, podaje, że *lues insontium* jest dość częstą wśród włościan na Białej Rusi i w sąsiednich prowincyach i wymienia dwa sposoby jej nabywania, a mianowicie, jako najczęstszy, łaźnie parowe, których co tydzień używają włościanie zdrowi pospołu z chorymi, następnie wspólność używania łyżek, naczyń i pościeli. Wspomina także o możliwości zakażenia dzieci przez mamki i naodwrót, a w końcu, co ciekawe, podaje, że w ciągu 9 lat widział 3 przypadki zakażenia szpitalnego, powstałe z powodu przepełnienia szpitala chorymi i niemożności oddzielenia od chorych kiłowych, mówiąc: »nosocomium ... in quo semper 40 usque ad 50 aegrotantes adsint, qui tum syphilide tum aliis morbis laborant, ob aedificii angustias rite collocari non possunt, ita ut semper communio horum dissimilium aegrotantium servetur«.

Zakażenia, powstające za pośrednictwem karmienia dzieci u kobiet karmiących, na brodawkach sutka, opisał K. Pawlikowski[27]) w r. 1867; znalazł on w ciągu lat 10 (1856—1865) na 1559 mamek szpitalnych, karmiących dzieci w warszawskim szpitalu św. Łazarza, 108 przypadków wrzodu pierwotnego na brodawkach piersiowych; następnie opisał 63 przypadków, zebranych w ciągu 1 1/2 roku, w których u mamek wiejskich i szpitalnych wystąpiła zmiana pierwotna na brodawkach piersiowych, wskutek karmienia podrzutków z warszawskiego szpitala Dz. Jezus[28]).

Że źródło to i w następnych latach niewątpliwie dostarczało zakażeń tego samego rodzaju, świadczą o tem i dalsze spostrzeżenia z tegoż szpitala. A mianowicie Watraszewski[29]) w sprawozdaniu ze szpitala za r. 1886 podaje 9 przypadków zmiany pierwotnej na brodawkach piersiowych u mamek, zakażonych w tenżesam sposób, jak w przypadkach Pawlikowskiego. Giedroyć[30]) w dwu latach następnych, t. j. 1887 i 1888 stwierdził 49 przypadków takiej zmiany u mamek szpitalnych, zauważył atoli, że nie są to cyfry dokładne, gdyż chore, nie mając pojęcia o stanie zdrowia, nie zaraz zgłaszają się o poradę lekarską; częstokroć zakażenie takie, przez nieświadomość, szerzy się dalej, na dowód czego przytacza Giedroyć, że od byłej mamki szpitalnej zaraziło się 4 jej dzieci, a w jednym przypadku chore dziecko szpitalne było, prócz mamki, źródłem choroby dla jej 11-letniej córki i 58-letniej matki. W roku następnym (1890) stwierdził Giedroyć[31]) w tym

[26]) Zekert Georgius Antonius. De lue insontium. Dissert. inaug. Wilno 1817.

[27]) K. Pawlikowski. O udzielaniu się choroby syfilitycznej kobietom wiejskim, biorącym dzieci ze szpitala Dz. Jezus na wykarmienie. Gazeta lekarska. T. II. Nr 28, 30 i 31.

[28]) K. Pawlikowski. Jedno ze źródeł rozszerzania się zarazy syfilitycznej po kraju. Klinika. T. I. 1867 str. 408. T. II. 1867. Nr 3 i T. III. 1868. Nr 5.

[29]) Watraszewski Wykaz statystycz.-lekarski chorych leczonych w szpitalu św. Łazarza 1886. Medycyna 1887. T. 15.

[30]) Giedroyć. Wykaz statyst.-lekarski chorych leczonych w szpit. św. Łazarza w r. 1887 i 1888 Medycyna 1889. T. 19.

[31]) Giedroyć. Wykaz statyst.-lekarski chorych leczonych w szpit. św. Łazarza w r. 1890. Medycyna 1891.

samym szpitalu i z tych samych powodów 12 przypadków wrzodu pierwotnego na brodawkach piersiowych u mamek.

Klink[32]) zebrał ze swojej praktyki, jużto w szpitalu warszawskim św. Łazarza, już też prywatnej lub z lecznicy, 24 przypadków na 39 wogóle pozapłciowo usadowionych (nie podaje atoli, w jakim przeciągu czasu).

Drugiem źródłem, dostarczającem większej liczby zakażeń kiły w omawiany sposób, a o którem w naszej literaturze spotykamy tak dawniejsze wzmianki jak i nowsze spostrzeżenia, było, a pytanie, czy jeszcze niem nie jest, obrzezanie rytualne.

I tak z dawniejszych Rust, profesor chirurgii w uniwersytecie krakowskim, (1803—1808), podaje, że w Krakowie przez pewien czas chłopcy po obrzezaniu dostawali na członku zmian pierwotnych, wskutek tego, że dokonywujący obrzezania miał zmiany kiłowe w jamie ustnej i dzieci przy wysysaniu rany zakażał. Bierkowski widział w ciągu 2 lat w Krakowie przeszło 100 dzieci w tenże sam sposób zakażonych kiłą. Na posiedzeniu warszawskiego Towarzystwa lekarskiego w d. 2. VII. 1866 Nowakowski przedstawił 3 dzieci z wrzodami pierwotnymi, tą drogą nabytymi. Następnie trzy takie przypadki opisał Klink[33]), a Matlakowski[34]) ośm przypadków, w których nie ulegało wątpliwości, że dzieci pochodziły z rodziców zdrowych, zdrowe na świat przychodziły; rana po obrzezaniu powstała, goić się nie chciała, a wystąpienie zmian ogólnych potwierdziło w zupełności rozpoznanie.

Co do sposobów szerzenia się kiły wśród ludności żydowskiej w małych miastach galicyjskich, podał swoje uwagi jeszcze w r. 1879 Goldhaber[35]). Przybywszy w tym czasie do Mielca, stwierdził w ciągu 3-letniego swego pobytu niestosunkowo wiele przypadków kiły u żydów, mianowicie 183, podczas gdy wśród ludności chrześciańskiej w tym samym czasie było tylko 10 osób; zwróciło przytem jego uwagę, że bardzo dużo chorych było dzieci. Śledząc za przyczynami, przekonał się, że jedną z nich było obrzezanie: operator, który, jak wiadomo, bierze członek do ust i przez wysysanie tamuje krew, zbadany okazywał kłykciny w jamie ustnej; drugą było karmienie osesków: matka, zajęta interesami, na dzień oddaje dziecko do karmienia mamce, sama karmiąc je tylko w nocy, mamka zaś, zaraziwszy się u dziecka, które przez obrzezanie nabyło kiły, przenosi chorobę na inne dzieci w ten sam sposób zastępczo przez nią karmione. Autor przekonał się, że jedna taka mamka zaraziła pięcioro dzieci. Jako wreszcie trzecią przyczynę uważał chajdery, w których dzieci wzajemnie częstują się cukierkami, cmokają je i podają drugiemu; w ten sposób bardzo wiele dzieci miało nabyć kiły.

Oprócz wspomnianych już ogłoszeń o wrzodach pierwotnych na brodawkach piersiowych, podanych przez Wataszewskiego i Giedroycia dla warszawskiego szpitala św. Łazarza, mamy w literaturze naszej dwie jeszcze większe statystyki omawianego przedmiotu.

Mianowicie Klink[36]) zebrał ze swojej praktyki prywatnej, szpitalnej i w lecznicy 11 przypadków pozapłciowego zakażenia na 2000 chorych mężczyzn (0·5%), a 39 na 2846 kobiet (1·3%). Z pośród przypadków, dotyczących mężczyzn, należałoby atoli wyłączyć 4, w których umiejscowione wrzody na mosznach, powstały wskutek bezpośredniego zarażenia się; następnie owrzodzenia w przypadku, odnoszącym się do mężczyzny, u którego ten autor stwierdził wprawdzie cztery owrzodzenia na błonie śluzowej wargi dolnej i 4—6 na lewym migdale, ale chory ten miał już od kilku tygodni owrzodzenie w rowku żołędziowym, w danej chwili już się zabliźniające, słusznem tedy zdaje się przypuszczenie, że zmiany na wargach i migdale były raczej zmianami ogólnemi i następowemi, a nie samoistnie powstałemi.

Krzyształowicz i Mayzel[37]) ogłosili statystykę zmian pierwotnych poza częściami płciowymi umiejscowionych, ze szpitala św. Łazarza w Krakowie za okres 14-letni (1880—1893), przypadków takich było w tym czasie 79 na 974 chorych, co daje 8·11% (u mężczyzn 31·6%, u kobiet 46·8%, u dzieci 21·6%). Wysoki ten stosunek zmieni się jednakowoż znacznie, jeżeli uwzględnimy, że do kiły pozapłciowej zaliczyli ci autorowie 10 przypadków wrzodów na worku mosznowym, 2 na wzgórku łonowym, 4 w pachwinach u kobiet, a wreszcie 4 u kobiet w rowku wargowoudowym. Ściśle biorąc tych lokalizacyi wrzodów pierwotnych nie można uważać za pozapłciowe, należą one raczej do t. zw. perigenitalnych, co zaś do etyologii, to niewątpliwie powstały po spółkowaniu.

Poza temi obszerniejszemi sprawozdaniami, znajdujemy w naszej literaturze pojedynczo ogłaszane przypadki pozapłciowego usadowienia się zmiany pierwotnej. Sokołowski[38]) podał ze szpitala krakowskiego jeden na brodawce piersiowej, Świątkiewicz przedstawił dwie takie chore ze szpitala lwowskiego (na posiedzeniu Tow. lek. 5. IV. 1895), Uhma zaś jedną z wrzodem, na brodawce piersiowej, a jedną na wardze górnej (pos. Tow. lek. 7. II. 1896), Trzciński[39]) jeden przypadek wrzodu pierw. na policzku u wieśniaczki, a jeden na brodawce piersiowej. Dymnicki[40]) w ciągu lat 30 na 7831 chorych w tym czasie leczonych, miał 5 chorych ze zakażeniem pozapłciowem, a to 3 z umiejscowieniem zmiany na palcach rąk, 2 na dolnej wardze. Zarewicz[41]) opisał zmianę pierwotną na górnej wardze ust; w przypadku tym po 6 tygodniach powstała druga zmiana na języku, co Zarewicz tłomaczył przeszczepieniem się pierwszego wrzodu.

---

[32]) Klink. Owrzodzenia szankrowe i pierwotne stwardnienia przymiotowe na niezwykłych miejscach ciała. Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1880. T. 76, str. 114.

[33]) Klink. W sprawie zapobiegania zarażeniu przymiotem. Medycyna. 1880.

[34]) Matlakowski. Kilka przypadków zarażenia przymiotem przy obrzezaniu. Medycyna. T. VIII. Nr 26.

[35]) Goldhaber Adolf. Szerzenie się kiły u starozakonnych. Przegląd lekarski 1879. Nr 21. str. 262.

[36]) Klink. Owrzodzenia szankrowe i pierwotne stwardnienia na niezwykłych miejscach ciała. Pam. Tow. lek. warsz. 1880, str. 114.

[37]) Krzyształowicz i Mayzel. Kazuistyka wrzodów stwardniałych, poza częściami płciowemi spostrzeganych i leczonych w oddziale chorób wener. i skórnych od r. 1880. Przegląd lekarski 1894 Nr 48 i n.

[38]) Sokołowski. Sprawozdanie z oddziału chorób wener. i skórn. za r. 1885. Przegl. lekarski.

[39]) Trzciński. Z kazuistyki extragenitalnej, infekcyi kiłowej. Medycyna 1907. I. 42.

[40]) Dymnicki. Uwagi dotyczące ogólnego leczenia rtęcią w czasie pierwotnego objawu przymiotu. Gazeta lekarska 1888.

[41]) Zarewicz. O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym. Przegląd lekarski 1895.

Z lwowskiego szpitala powszechnego, o ile mi wiadomo, nie ma dotąd statystyki, odnoszącej się do zakażeń pozapłciowych. Mogę tylko zaznaczyć, że w ciągu kilkoletniej mojej praktyki szpitalnej na oddziale męzkim chorób wenerycznych spotykaliśmy takie zakażenia bardzo rzadko; jeżeliby zatem można było wnioskować na podstawie materyału dwu największych szpitali, to wolnoby było wyrazić przekonanie, iż u nas w kraju ten sposób nabywania kiły nie jest zbyt częstym. Wyjątek pod tym względem stanowiłaby tylko południowo-wschodnia część kraju, zamieszkała przez t. zw. hucułów.

W praktyce prywatnej miałem w leczeniu w czasie od r. 1895 do końca r. 1908 wogóle 20 chorych, u których zakażenie nastąpiło na drodze pozapłciowej, z czego 11 dotyczyło kobiet, a 9 mężczyzn. Nie zaliczam tutaj 6 wrzodów pierwotnych, umiejscowionych na wzgórku łonowym u dorosłych (5 mężczyzn, 1 kobieta), ani 11 przypadków, z siedzibą wrzodów na mosznach, gdyż tego rodzaju umiejscowienia, ani sposobem nabycia, ani odległością od zwykłego miejsca zakażenia t. j. narządów płciowych, się nie odróżniają i całkiem słusznie bywają określane jako okołopłciowe (perigenitalne). W stosunku do ogólnej liczby chorych kiłowych, w tym czasie przezemnie leczonych (1352), ilość ta daje 1·4%, z czego mężczyzn 1178 czyli 0·7%, kobiet zaś 173 = 6·3%. Jeżeli zaś weźmie się stosunek tylko do chorych, którzy się zgłosili ze zmianą pierwotną, wypadnie na 822 mężczyzn i 103 kobiet stosunek przypadków kiły pozapłciowo nabytej 1.09% i 10·1%.

A zatem i z mego materyału okazuje się, że ilość kobiet, w ten sposób nabywających chorobę, jest większa, a zaznaczyć trzeba, że pośród w ten sposób zakażonych kobiet nie było ani jednej dziewczyny publicznej.

Według siedziby wrzodu pierwotnego, moje przypadki grupują się następująco:

Siedziba zmiany pierwotnej	Mężczyźni	Kobiety	Razem	%
Wargi ust	1	4	5	26·3%
Powieki	1	—	1	5·2%
Język	1	—	1	5·2%
Migdały	2	—	2	10 4%
Podbródek	1	—	1	5 2%
Policzek	1	—	1	5·2%
Sutki	—	3	3	15·7%
Palce rąk	1	—	1	5·7%
Otwór stolcow.	1	1	2	10·4%
Udo	—	1	1	5·2%
Bez wykazanej zmiany pierw.	—	2	2	10·4%
Razem	9	11	20	—

A. Zmiany pierwotne na wargach ust.

1. K. B., mężczyzna. 28. I. 1898 l. p. 126. Zmiana pierwotna na wardze górnej w postaci małej, o równych ale wyraźnie twardych brzegach, płaskiej, lekko krwawiącej nadżerki; gruczoły podszczękowe prawe bardzo duże (wielkości dużych orzechów), twarde. Po zastosowaniu maści z białego praecipitatu wrzód zabliźniony blizną sino zabarwioną, o brzegach i podstawie wybitnie twardej. W połowie lutego (12. II.) wysypka plamista na całym tułowiu. Wcierania. W lipcu tegoż roku powrotna wysypka plamista, kłykciny sączące na wargach, migdale i w kiszce odchodowej; ponowne wcierania. Chory przez dalsze lata i po latach 11 nie okazuje żadnych objawów.

Sposób zakażenia nieznany. (Domyśleć się tylko było można, że sumienie niezupełnie czyste w kierunku *cunnilinguus*).

2) P. panna. 18. 5. 1901 l. p. 863. Zmiana pierwotna na wardze dolnej, w postaci owrzodzenia o dnie słoninowatem, brzegach i podstawie naciekłej. Gruczoły podszczękowe twarde, powiększone wybitnie. W tydzień po pierwszem badaniu wysypka plamista tułowia (virgo intacta). Chora wątła, niedokrewna. W miesiąc po wystąpieniu wysypki, objawy nacieku szczytowego płuca prawego, chora zaczęła gorączkować. Coraz wyraźniejsze objawy gruźlicy płuc, z której zmarła we wrześniu tego samego roku.

Sposób zakażenia nieznany, przypuszczalnie całus narzeczonego.

3) K. kobieta zamężna. 15. 11. 1895 l. p. 58. Wrzód pierwotny prawego kąta ust, przechodzący z błony śluzowej wargi na skórę otaczającą kąt ust w kierunku skośnym do linii warg; wrzód wielkości halerzówki, w kształcie cokolwiek podługowaty, o brzegach twardych, podstawie płytkowatej, dnie pokrytem strupem, po którego odjęciu powierzchnia wrzodu lekko krwawiąca, różowa. Gruczoły podszczękowe bardzo znacznie powiększone. Wysypka plamista w 4 tygodnie po pierwszem badaniu. Blizna po wrzodzie odbarwiona, wciągnięta, utrzymuje się kilka lat po zakażeniu.

Zakażenie powstało przez pocałunek męża, zarażonego w kilka lat po ślubie. Dalsze leczenie niedbałe. W r. 1903 zgłasza się chora z bolami głowy, bolami w podudziach wzdłuż okostny, na podudziu prawem wrzód kiłowy (ulcus tardum) wielkości guldena. Z końcem tegoż roku (w grudniu) kilak podudzia prawego, przechodzący po rozpadzie w duży charakterystyczny wrzód kiłowy. Po wcieraniach i zażywaniu jodku potasu zgojenie. W r. 1908 zgłasza się chora z bolami głowy; nadto od 3 dni ma być krwioplucie; z tyłu po stronie lewej wyraźne drobne rzężenia.

4. 29. 9. 1898. Ch. A. 28 l. kobieta, l. prot. 311. Wrzód pierwotny wargi dolnej z następowym twardym obrzękiem całej wargi i wywinięciem jej; gruczoły podszczękowe prawe b. znacznie powiększone. Po zgojeniu wrzodu, w 2 tygodnie, wysypka guzkowo-plamista na tułowiu. Wcierania. Odtąd chorej nie widziałem.

Chora przy pierwszej bytności podała, że 21. sierpnia 1898 wyszła z kliniki położniczej, w której przez 3 tygodnie przebywała, przy wyjściu ze szpitala uważała już małą rankę na wardze.

5) J. Ch. 3. 3. 1896 kobieta, l prot. 69. Wrzód pierwotny wargi górnej, o dnie słoninowatem, brzegach twardych, podstawie naciekłej, ale trudno dającej się od otoczenia odgraniczyć i z niem się zlewającej; obrzmienie całej wargi górnej przez całą jej szerokość, powiększenie gruczołów podszczękowych lewych tak znaczne, że jest zdaleka widoczne, zniekształca zupełnie lewą stronę podbródka i szyi. Chora nie leczona z powodu nierozpoznania przyrody wrzodu aż do wystąpienia ogólnej wysypki guzkowo-plamistej. Dopiero po zastosowaniu wcierań zaczął się wrzód goić.

W jaki sposób powstało zakażenie, tego dokładnie chora nie wie. Przypuszcza, że przez picie ze szklanki, z której pił człowiek, przybywający nieraz do domu w gościnę, o którym mówiono, że był chorym. Chora miała od dzieciństwa zwyczaj przygryzania warg zębami, wskutek czego wargi ciągle miała popękane, porysowane, z przybłonka obnażone, co można było stwierdzić i potem po zagojeniu się wrzodu. Przez szereg lat następnych się nie leczyła, wyszła za mąż, urodziła jedno dziecko; zgłasza się dopiero w roku 1909, a więc po latach 13., z dwoma wrzodami o charakterze typowym, pod kolanem prawem; więcej ją jednak trapią długi już czas trwające, zmiany na czole i policzkach. Zmiany te, w postaci drobnych owrzodzeń trądzikowatych, równolegle do łuków brwiowych umiejscowione, zajmują dolną połowę czoła i górną część policzków, z daleka robią wrażenia miedziano-czerwonego wieńca. Przy bliższem obejrzeniu stwierdza się, obok świeżych, drobnych wrzodzików, szereg blizn wgłębionych po wrzodach dawniejszych. Zastosowanie leczenia wcieraniami i jodkiem potasu, zmiany te w zupełności usunęło.

B. Zmiany pierwotne na powiekach, policzku i podbródku.

6) D. l. 26, z zawodu piekarz. 26. 6. 1897, l. prot. 106. Ulcus syph. init. palpabrae infer. w kącie zewnętrznym oka prawego. Wrzód siedzący na skórze powieki, sięga do granicy jej z błoną śluzową, w postaci płytkowatej blaszki, o brzegach twardych, wielkości ziarnka grochu. Gruczoły przeduszne po stronie prawej powiększone, i twarde. Dalszy przebieg potwierdził rozpoznanie. Sposób nabycia nieznany.

7) W. W. l. 29. 25. 3. 1895, l. prot. 15. Wrzód pierwotny na policzku lewym, w linii poprowadzonej od zewnętrznego kąta oka, w miejscu skrzyżowania się jej z linią, idącą od skrzydełka nosa do dolnej granicy małżowiny usznej. Wrzód o podstawie niezbyt w głąb naciekłej, brzegach równych i twardych; znaczne powiększenie gruczołów przedusznych i podszczękowych po stronie lewej. Wysypka guzkowa tułowia, zmian ani blizn na członku żadnych. Dalsze losy chorego mi nieznane; sposób nabycia nie wykryty.

8) G. 20. 2. 1898, l. prot. 172. Wrzód pierwotny podbródka zupełnie typowo wyglądający, o brzegach twardych, dających się ściśle odgraniczyć, o podstawie z otoczeniem zrosłej. Powiększenie gruczołów podbródkowych b. znaczne, chory się zgłasza już z ogólną wysypką plamistą całego tułowia. Sposób zakażenia niewiadomy. Blizna po wrzodzie długi czas zgrubiała, ciemno-brunatno ubarwiona — ubarwienie to zatrzymuje się przez szereg lat. Dalszy przebieg cechują liczne nawroty na błonach śluzowych i skórze w postaci kłykcin, wysypek powrotnych i wrzodów kiłowych — i to przez przeciąg lat 4. W 7 lat po zakażeniu orchitis i epididymitis syph., połączone ze znacznem, niebolesnem obrzmieniem jąder, najpierw prawego, potem lewego. Równocześnie wystąpiło charakterystyczne odbarwienie skóry moszen, (leucodermia syph.) stale odtąd się utrzymujące. Obrzmienie jąder po leczeniu właściwem ustąpiło, by po roku znowu wystąpić, i to już w charakterze ropni, które dobrowolnie przebiwszy, pozostawiły kilka przetok po każdej stronie moszen, przyczem i równocześnie obrzmienie jąder się zmniejszyło, pozostawiając po stronie prawej zgrubienie jądra samego w dolnym, a zgrubienie przyjądrza w dolnym i górnym odcinku, po stronie lewej tylko postronkowate zgrubienie całego przyjądrza. W miarę leczenia nacieki ulegały wessaniu, przetoki, z wyjątkiem jednej małej po stronie prawej i dwu drobnych po lewej, się zabliźniły; z tych ostatnich długi czas kropla surowiczego płynu dawała się wycisnąć, wreszcie i one jednak uległy zabliźnieniu.

C. Zmiany pierwotne na języku i migdałach.
2 przypadki.

9) B. F. 29. I. 1898, l. 159. Wrzód pierwotny na końcu języka, wielkości centa, o brzegach równych z otoczeniem, dnie i podstawie silnie naciekłej; rozpoczął się od małej nadżerki, której powstanie przypisuje chory wzięciu do ust papierosa, którego palił mieszkający z nim kolega, który z powodu kiły pozostawał u mnie od roku w leczeniu, a w krytycznym czasie miał istotnie zmiany na błonie śluzowej wargi dolnej. Gruczoły podszczękowe powiększone. Dalsze losy chorego mi nieznane.

10) T. W. 6. 6. 1897, l. prot. 95. Chory zgłosił się do mnie ze zmianami powrotnemi w postaci suchych, obrączkowatych kłykcin na żołędzi, wewnętrznej blaszce napletka i skórze moszen. Choroba jego rozpoczęła się w r. 1889 wrzodem pierwotnym na migdale, którego rozpoznał i leczył Rosner. Zarażenie powstać miało od kolegi. (C. d. n.).

Zapiski z praktyki lekarskiej.

Almateina w leczeniu wrzodów goleni i w ginekologii.

Podał

Dr Wojciech Chrząszczewski.

(Sambor).

Otrzymawszy przed kilku miesiącami próbki almateiny i neralteiny, odłożyłem je zrazu skeptycznie do licznego depozytu nowalii terapeutycznych, któremi tak licznie każdy lekarz bywa zasypywany. Dopiero uporczywy przypadek wrzodów goleni, leczony od 8 lat różnymi środkami i metodami zupełnie bezskutecznie, zniewolił mnie do zastosowania almateiny, głównie — przyznaję — dlatego, iż chory obarczony tą chorobą, przedstawił mi tak poważny konwolat recept i był tak dokładnie poinformowany o nazwie każdego środka, że po dokładnym przeglądzie wszystkich środków, wymienionych w receptach, które chory przyniósł, doszedłem do przekonania, że niczego nowego — prócz właśnie almateiny zastosować już nie mogę.

Przepisałem tedy 10% maść z almateiny (*Almateini 10,00, Resorbini 100,00, Zinci oxydati, amyli puri aa 5,00*) i kazałem maść tę grubo na 3 milim. smarować bezpośrednio na rozległe wrzody goleni, pokryć gazą odtłuszczoną, warstewką waty i zwykłą opaską. Stosowanie 8-dniowe dało nadspodziewany wynik. Dno wrzodów oczyściło się z rzadkiej ropiastej wydzieliny, pokryło się różową ziarniną, tkanka skórna i podskórna poprzednio niebieskawo zabarwiona, przybrały barwę blado-różową, a sam chory był tak zachwycony tym wynikiem, iż tylko z trunością zdołałem go powstrzymać od zamiaru ogłoszenia w pismach publicznych owej »cudownej kuracyi«.

Przed 2 tygodniami dostałem w leczeniu ambulatoryjnem podobny przypadek wrzodów goleni, nieco mniej rozległych i 4 lata trwających, gdzie zastosowanie almateiny w tej samej postaci przyniosło poprawę.

Z tych dwu przypadków oczywiście niepodobna żadnych wysnuwać widoków, jednakże wobec naszej notorycznie niedołężnej terapii wrzodów goleni, uważam sobie wprost za obowiązek prosić kolegów, rozporządzających obfitszym materyałem odemnie o dalsze wypróbowanie almateiny, gdyż bądź co bądź działanie jej na wrzodach goleni sprawiło na mnie wrażenie bardzo korzystne.

Zachęcony tamtymi wynikami, stosowałem almateinę w formie gałek wprowadzanych do pochwy przy naciekach okołomacicznych w kilkunastu przypadkach. Zauważyłem, że nacieki stawały się miększe, ruchomość macicy, niejako wmurowanej w wysięk, większa, a podmiotowo trzy z tych chorych utrzymywało, iż chodzenie, które przedtem sprawiało im wyraźny ból, obecnie odbywa się bez trudności i bez uczucia owego bolu. Gałki z almateiny przepisywałem podług formułki *Rp. Almateini 1,00, Butyri de Cacao 3,50 f. globul. vagin. l. a. d. tal. dos. No. X.* S. 2 gałki dziennie.

Jako już starsza gwardya lekarska i jako emerytowany lekarz szpitalny — nie jestem zbyt skłonny do przyjmowania *sine grano salis*« każdego pierwszego z brzegu środka leczniczego, którymi do uprzykrzenia niemal każda codzienna poczta nas obarcza; odniosłem jednak wrażenie, że almateina zasługuje istotnie na to, by ją w szerszych ramach, aniżeli to jest dla mnie dostępnem, wypróbowano, a o wyniku poinformowano szerszy ogół lekarzy.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

P. K. Pel. **Leczenie tuberkulinowe gruźlicy płucnej** (*kongres międzynarodowy lekarski w Budapeszcie* 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Właściwa ocena środków leczniczych należy w medycynie wewnętrznej do najtrudniejszych zadań. Zwłaszcza zachodzą te trudności przy gruźlicy płucnej przewlekłej, która podlega w swoim przebiegu nieobliczalnym samorodnym wahaniom. Takie samorodne stany poprawy lub zaostrzenia się sprawy chorobowej mogą przypadkowo zbiegać się ze zastosowaną metodą leczniczą. Chorzy dotknięci gruźlicą, bardzo łatwo podlegają suggestyi, która niezawsze umożliwia lekarzowi przedmiotową ocenę stanu. Nadto przewlekła gruźlica ma na ogół wielką skłonność do samorodnego wyleczania się, co znowuż tembardziej utrudnia sąd o działaniu leczniczem tuberkuliny, że leczenie tuberkulinowe z konieczności, długo trwać musi. Nadto jest rozpoznanie początkowej gruźlicy płucnej zazwyczaj trudne, a ze względu na to, że badanie fizykalne szczytów płucnych rozstrzyga o rozpoznaniu, częste są omyłki rozpoznawcze.

Sprawa leczenia tuberkuliną gruźlicy płucnej ma stronę teoretyczną i praktyczną. Teoretycznie musimy uznać zasadę leczenia tuberkuliną jako zupełnie racyonalną. Rozchodzi się bowiem o usiłowanie wywołania czynnego uodpornienia przeciwko jadom gruźliczym, przez wzmożenie produkcyi anti-ciał w ustroju. Metoda ta zatem jest właściwie naśladowaniem naturalnych procesów leczniczych. Atoli i teoretyczne pojmowanie sprawy ma swoje trudności. I tak trudno zrozumiałem jest, dlaczego sztuczne podskórne wstrzykiwanie preparatów tuberkulinowych ma wywoływać odczyny lecznicze, podczas gdy naturalna samorodna autoinokulacya nie jest w stanie tego wywołać. Dalej wiemy, że prątki gruźlicze, a prątki gruźlicze nie stanowią zupełnie identycznych pojęć w sensie biologicznym, że odróżniamy typ ludzki i bydlęcy i różne szczepy. Właściwie wskazanemby było używać w leczeniu pochodnych tych prątków, które znaleziono u danego chorego. Wówczas byłoby dopiero indywidualizujące leczenie właściwe, o czem w praktyce trudno myśleć. Nadto nie są preparaty tuberkulinowe ciałami chemicznie

czystemi i dobrze znanemi, a działanie ich na ustrój nie jest zupełnie dokładnie wyjaśnione.

Co do strony praktycznej leczenia tuberkulinowego, to jedni lekarze, a zwłaszcza specyaliści i lekarze sanatoryów odnoszą się do tej metody z entuzyazmem, podczas gdy inni z mniejszym lub większym sceptycyzmem. Różnice te mają swe źródło bądź w niedostatecznem uwzględnieniu samorodnego przebiegu gruźlicy, bądź w nierównym materyale chorych. W klinikach bowiem i szpitalach leczą się ciężko chorzy, a u specyalistów i po sanatoryach chorzy w okresach początkowych. Doświadczenie, że okresy początkowe dają najlepsze wyniki przy leczeniu tuberkuliną jest łatwo zrozumiałem, ale ono też stanowi piętę Achillesową tego leczenia, bo zwłaszcza wobec długiego trwania leczenia tuberkulinowego uzasadnione jest pytanie, jakby się przebieg chorobowy ukształtował bez leczenia. Więc według Pela tylko przypadki dalej posuniętej gruźlicy powinny służyć do oceny wartości tuberkuliny, lub też takie przypadki gruźlicy, w których proces chorobowy zatrzymał się i nie okazuje dążności do poprawy mimo korzystnych warunków zewnętrznych. Polecanie przez Sahliego wstrzykiwań tuberkuliny jako środka zapobiegawczego, uważa Pel za nieuzasadnione. Z przeglądu odnośnej literatury wynika na ogół korzystny sąd o wstrzykiwaniach tuberkuliny, atoli mając nawet odpowiedni przypadek do leczenia tuberkuliną trudno jest wybrać odpowiedni preparat, gdyż zarówno co do wskazań i wyboru, jakoteż i sposobu użycia niema jedności między różnymi autorami. Smutne doświadczenia z roku 1890 zmuszają nas tembardziej do krytycznego postępowania, ile, że wykazały, jak małą jest liczba spokojnych, neutralnych i przedmiotowych badaczy. Wstrzykiwania tuberkuliny mają też liczne strony ujemne. I tak wymagają one ze strony lekarza dokładnej i skończonej znajomości techniki i sposobu użycia, jakoteż różnych subtelnych odcieni, oraz ciągłej i ścisłej kontroli. Indywidualna wrażliwość na tuberkulinę jest zupełnie nieobliczalną i podlega niejasnym wahaniom. Autor jest zwolennikiem rozpoczynania od małych dawek i możliwego unikania odczynów miejscowych i ogólnych. Także należy być ostrożnym w próbowaniu różnych preparatów tuberkuliny ze względu na różne zachowanie się chorych wobec danego preparatu. Nie wolno zapominać o możliwości wywołania wzmożonej wrażliwości (anaphylaxis) przy wielokrotnem stosowaniu małych dawek. W niektórych przypadkach odnosił P. wrażenie, że tuberkulina wywołuje krwioplucie. Nadto nie wolno bezwarunkowo odstępować od przyjętych dziś przepisów ogólnych hygieniczno-dyetetycznych. Leczenie to należy stosować przez szereg miesięcy, często przerywać i na nowo podejmować. Pel dochodzi do ostatecznego wniosku, że dziś jeszcze leczenie tuberkuliną powinno pozostać w rękach tych lekarzy, którzy sposób ten zupełnie i ściśle opanowywują. Gdyby to leczenie w stanie dzisiejszym stało się ogólnem i przeszło w codzienną praktykę lekarską, mogłoby wyrządzić więcej szkody, aniżeli korzyści.

Dr M. Blassberg.

P. Londe. **O pochodzeniu trawiennem chorób narządu oddechowego.** (*Revue de méd.* 1909, Nr 6). Zdaniem autora dotąd niedość baczną zwracano uwagę na trawienne pochodzenie chorób narządu oddechowego. Dopiero w ostatnich czasach niektórzy uczeni jak Calmette, Guérin, Chauveau, Vanstenberghe i Grysez zaczęli się ściślej tą sprawą zajmować. Zdaniem Londe'a istnieje między chorobami narządu oddechowego, a stanem przewodu pokarmowego ścisły związek. Stan chorobowy w obu narządach może istnieć równocześnie, albo może być następowym lub naprzemiennym. Już zwykłemu nieżytowi nosa towarzyszą zaburzenia w trawieniu, a ograniczenie dyety nietylko łagodzi i skraca przebieg, ale i zapobiega dalszemu szerzeniu się nieżytu w głąb dróg oddechowych. Środek czyszczący i ograniczenie dyety uważa L. przy nieżycie nosa za najlepszy sposób leczniczy i zapobiegawczy. Przy nieżycie oskrzeli zbyt obfita dyeta drogą samozatrucia 1) wywołuje wygórowaną wrażliwość na zimno i stąd możność przejścia zaziębienia i zakażenia na płuca, 2) do zakażenia oskrzeli dodaje skutki samozatrucia jelitowego i potęguje chorobę. Przy nieżycie oskrzeli wskazana jest zatem przez 2—3 dni dyeta ścisła, a potem powolne przechodzenie stopniowe do dyety prawidłowej. Przy stanie zapalnym płuc brak ograniczenia w dyecie zwiększa jadowitość mikrobów, albowiem obfite podawanie pokarmów osłabia takie środki ochronne, jak prawidłowe wydzielanie soków. Już korzystny wpływ salicylanu sodowego na gorączkę tłómaczyć należy zdaniem L. jego korzystnem działaniem na wydzielanie żółci. Także i w zapaleniu opłucnej należy zdaniem L. częstokroć tłómaczyć wybuch tej sprawy samozatruciem z przewodu pokarmowego, które spotęgowało jadowitość dwoinek zapalenia płuc, pozostających w stanie spoczynku. Przewód pokarmowy jest utajonem w ustroju ogniskiem zakaźnem, którego jadowitość podnosi się w przebiegu chorób dróg oddechowych przy nowem zakażeniu. Ciężki przebieg zapaleń płuc z powikłaniami lub skłonnością do ropienia jest wynikiem złego stanu jelit. Toż samo dzieje się przy przejściu w gruźlicę. W przebiegu grypy, chociażby w jej postaci piersiowej lub nerwowej, ma zdaniem autora zawsze odgrywać ważną rolę przewód pokarmowy. Zarówno więc ta choroba, jakoteż odra tylko dzięki zatruciom i zakażeniom trawiennym zwiększają skłonność ustroju do zakażenia gruźliczego. Autor podnosi też dobrze znane zjawisko występowania gruźlicy, zwłaszcza w początkowych okresach w postaci zaburzeń przewodu pokarmowego. Gruźlicę płuc, zdaniem L. przygotowują, potęgują i wikłają stany przewodu pokarmowego, i jak się zdaje, niemożność poddania tych chorych dyecie tucznej z powodu złego stanu przewodu pokarmowego, wpływa na postęp choroby. Także i przy zgorzeli płuca, lub też przy ropniakach opłucnych z odmą (*pyopneumothorax*) można przyjąć bądź spotęgowanie jadowitości ognisk płucnych, biorące źródło z przewodu pokarmowego, bądź też zator septyczny, którego punktem wyjścia mogłaby być zakaźna treść przewodu pokarmowego. W przebiegu niektórych poważnych zakażeń, n. p. w przebiegu duru brzusznego, jeden i ten sam drobnoustrój wywołuje równocześnie zmiany w narządzie oddechowym i pokarmowym. Niekiedy mogą zaburzenia przewodu pokarmowego pojawiać się w następstwie sprawy płucnej, jak n. p. nieżyt jelit w następstwie zapaleń płuc, lub nieżyt z wrzodami jelit w następstwie gruźlicy płuc. Zły stan przewodu pokarmowego nawet przy braku widocznych zaburzeń żołądkowych może wpłynąć ujemnie na sprawę w narządzie oddechowym przez ujemne zadziałanie na stan nerwów. Podstawą zatem leczenia i zapobiegania w chorobach płucnych, powinno być zdaniem autora zwrócenie uwagi na przewód pokarmowy, ażeby usunąć z jednej strony ujemny wpływ na układ nerwowy, oraz źródło zatrucia i zakażenia, a nadto ażeby przez podawanie pokarmów dobrze strawnych i w niewygórowanej ilości, umożliwić dokładne ich przyswajanie, a tem samem zmniejszyć pracę trawienną i ograniczyć do minimum utratę energii.

Dr M. Blassberg.

Latzel i Staniek. **Zaburzenia w narządach u osobników cierpiących na tasiemca.** (*Med. Klinik* Nr 31). L. i S. badali chorych na tasiemca celem przekonania się, czy objawy w innych narządach, a zwłaszcza w przewodzie pokarmowym pochodzą od obecności tegoż pasożyta i skąd biorą przyczynę. Jak wiadomo, najczęściej u podobnych chorych występuje brak apetytu, obrzydzenie do potraw, ew. wymioty po jedzeniu lub odbijania, ból w okolicy żołądka i kiszek, kolki, biegunki naprzemian z zaparciem i t. p. Z innych objawów występują bole głowy, zawroty i szumy, pieczenie i swędzenia w nosie, bicie serca; niedokrwistość, a nieraz białkomocz bez zmian w osadzie moczu. Bardzo częstemi są też u kobiet zaburzenia w regularności. Spostrzegano też ustawiczną czkawkę, a nawet padaczkowe drgawki. L. i S. przeprowadzili główne badania nad zachowywaniem się żołądka u chorych na tasiemca. Zbadali 50 chorych i przekonali się, że bardzo często spotyka się u nich zupełny brak lub też skąpe ilości wolnego kwasu solnego. W stolcach liczne niestrawione włókna mięsne. Ponieważ zmiany te występują dość stale, a ustępują rychło po wypędzeniu tasiemca, przeto odnieść je należy jedynie do obecności pasożyta, który częścią drogą odruchu, częścią przez swe toksyny działa na ustrój. Podobnie ustępują zupełnie nieraz po wypędzeniu tasiemca i zaburzenia sercowe i miesiączkowe, a także nerwowe. *A.*

Ortholan. **Rak w strefie gorącej.** (*Annal. d'hyg. de méd. colon.* 1909, Nr 1). Czy rak pojawia się w krajach podzwrotnikowych równie często, jak w strefie umiarkowanej? Na pytanie to odpowiada Ortholan, zestawiając wielką liczbę statystyk, tyczących się śmiertelności w krajach gorących. Co się tyczy Afryki, to w pracach, odnoszących się do okolic wyłącznie podzwrotnikowych, ani razu nie wspomniano o jakimś złośliwym nowotworze u Negra. Mógłby ktoś podnieść, że może uwaga lekarzy nie była nigdy szczególnie w tym kierunku zwrócona, albo że może lekarze nie wniknęli jeszcze dość głęboko w środowisko krajowców. Faktem jednak jest, że krajowcy Negrzy zwracają się po pomoc do lekarzy europejskich przeważnie i prawie wyłącznie w schorzeniach chirurgicznych. Francya wysłała do swoich kolonii licznych lekarzy dla niesienia pomocy krajowcom, lecz ani jedno sprawozdanie lekarskie z tych stron nie zawiera doniesienia o raku, lub o dokonanym z tego wskazania zabiegu. Z posiadłości angielskich również ani

razu nie doniesiono, ani z Gambu, ani z Afryki zachodniej o widzianym tamże raku. I w Afryce wschodniej nadzwyczaj rzadko widywali lekarze raka. Z Madagaskaru posiadamy dość szczegółową statystykę. W Tananariwie, na 65.951 mieszkańców, stwierdzono na 4632 zejść śmiertelnych w 3 latach, tylko 31 zejść z powodu raka. W r. 1906 zgłosiło się do szpitali francuskich na Madagaskarze 18.982 osób, z tych okazywało raka osób 6. Zmarło ogółem osób 631, a na raka 3. Rasa czarna zatem rzadko zapada na nowotwory złośliwe. Azyaci zdają się zajmywać miejsce pośrednie między czarnymi, a białymi. Preston Maxwel, w szpitalu w Szang-Poo (Chiny połd.) zbadał w ciągu $3^1/_2$ lat 11.000 chorych. Z tych było dotkniętych nowotworami wogóle 54 kobiet i 42 mężczyzn. Pośród tych noworów było raków 41, mięsaków 23. Statystyka z Hong-Kong dowodzi, że od r. 1895 do r. 1904 naliczono pośród ludności chińskiej 185 zejść z nowotworów wogóle, t. j. 4 na 1,000.000 mieszkańców, gdy ta sama liczba wynosi w Anglii 71. Z innego zestawienia wynika, że na 15.305 zejść pośród Chińczyków naliczono tylko 10 zejść ze złośliwych nowotworów, co czyni tylko 0·65 na 1000 zejść. W Indo-Chinach francuskich rak należy także do rzadkich zjawisk. Sprawozdania wojskowe, tyczące się żołnierzy krajowców, nie wspominają w ostatnich trzech latach ani o jednym przypadku raka; a na 12.000 żołnierzy krajowców bardzo wielu przekroczyło 30 lat życia. W Kochinchinie, w szpitalu miejskim Szolon, przyjmującym do leczenia dorosłych Chińczyków i Annamitów, naliczono w latach 1902—1903 2025 chorych, pośród nich 815 przypadków chirurgicznych, a zmarło ogółem 825 osób. Tylko 9 osób zgłosiło się z rakiem, z tych zmarła jedna. Allan Perczy ogłosił statystykę z Ceylonu. W roku 1904 stwierdzono tam raka u 234 osób na 3,812.000 mieszkańców, W posiadłościach angielskich w Oceanie rak jest także rzadki. W Tahiti, dokonano w szpitalu Papeete, w latach 1904—1905 61 poważnych zabiegów chirurgicznych, a raz operowano nowotwór (mięsaka). Cały szereg statystyk przynosi te same spostrzeżenia. Wynika z nich, że rak nie oszczędza żadnego kraju, ani żadnej rasy ludzkiej, że jednakże rzadziej nawiedza kraje gorące, niż strefę umiarkowaną, że pośród ras ludzkich rasa czarna rzadziej znacznie nawiedzaną bywa tą plagą, niż rasa biała. Przyczyny tego zjawiska nie znamy, jak i nie znamy przyczyny, dlaczego w Europie nowotwory są tak częste. *Stahr.*

A. B. Marfan. **Rumień guzowaty i gruźlica.** (*Presse méd.* 1909, Nr 51). Już przed dwoma laty zwracał uwagę Landouzy na to, że rumień guzowaty musi być, przynajmniej w niektórych przypadkach, miejscowym toksycznym przejawem gruźlicy, który może ustąpić bez żadnych dostrzegalnych śladów, lecz wcześniej, czy później, mogą się rozwinąć wyraźne objawy gruźlicy, czy to miejscowej (w płucach, błonach surowiczych, oponach mózgowych), czy to gruźlicy ogólnej rozsianej. Z praktyki prywatnej przypomina sobie autor 3 przypadki rumienia guzowatego, dowodzące słusznie teoryi Landouzyego. Dziewczyna 16-letnia w 2 tygodnie po rumieniu, wśród ciągłej gorączki, mimo pobytu nad morzem, dostaje gruźliczego wysięku opłucnego. Chłopiec 7-letni po rumieniu wciąż gorączkuje, a w 3 miesiące później zapada na gruźlicę kolana. Dziewczynka 6-letnia ginie w 6 tygodni po rumieniu na gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Dotąd jednakże mógł autor myśleć, że to przypadkowy zbieg okoliczności. Odkąd jednakże dokonywa na szeroką skalę szczepień tuberkuliną metodą Pirqueta, miał już sposobność leczyć 6 nowych przypadków rumienia guzowatego i we wszystkich odczyn skórny był wyraźny. W 2 przypadkach z tych 6. były objawy gruźlicy płucnej już w czasie obecności rumienia, w innych badanie w czasie rumienia żadnych przejawów gruźlicy klinicznej nie zdołało wykryć. U 8-letniego chłopca, w październiku 1908, leczonego z powodu porażenia połowie czego, był odczyn skórny tuberkulinowy bardzo silny. W $^1/_2$ roku później zjawił się u tego chorego rumień guzowaty. U jednego z tych 4 przypadków rumienia, który dawał odczyn skórny dodatni, ale nie okazywał żadnych dostrzegalnych klinicznie zmian gruźliczych, zjawiła się w $^1/_2$ roku później gruźlica płuca prawego i krwotok płucny. Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że chorych na rumień guzowaty należy uważać za dotkniętych gruźlicą i odpowiednio do tła sprawy leczyć. *Stahr.*

Baum. **O znaczeniu surowicy w leczeniu krwawiączki na podstawie spostrzeżeń doświadczalnych i klinicznych.** (*Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.* 1909, XX. Z. 1. str. 1—19). Autor postanowił sprawdzić twierdzenie Weila, że surowica ma w leczeniu krwawiączki doniosłe znaczenie. Sposób Weila polega na tem, że choremu na krwawiączkę wstrzykuje się pewną ilość surowicy ludzkiej lub zwierzęcej, skutkiem czego czas krzepnięcia krwi ma się wybitnie skracać. Zdolność prędkiego krzepnięcia ma się po wstrzyknięciu utrzymywać u tych chorych od 2—3 miesięcy. — Baum podjął najpierw doświadczenia na zwierzętach. Czynił krew króliczą niekrzepliwą, wstrzykując do żył królikom wyciąg z pijawek, hirudynę, wyosobnioną przez Franza. Potem z tych królików dobywana krew miała »in vitro« czas krzepnięcia bardzo długi, a dodawanie do niej kilku kropli surowicy skracało wyraźnie we wszystkich przypadkach czas krzepnięcia (20 minut zamiast 3 godzin w jednem z doświadczeń). Potem zabrał się Baum do doświadczeń »in vivo« i w tym celu wstrzykiwał surowicę tym zwierzętom, które poprzednio dostały śródżylne wstrzykiwania hirudyny. Przekonał się przytem, że wyniki tą drogą otrzymane, podobne były w zarysach ogólnych do wyników, otrzymanych »in vitro«. Ilość wstrzykniętej surowicy nie miała wpływu na szybkość krzepnięcia. Średnio wstrzykiwał królikom 1 cm^3 surowicy. Surowica różnych zwierząt miała ten sam wpływ. Autor zwraca uwagę na trudność tych doświadczeń i na wielką zmienność czasu krzepnięcia wśród okoliczności pozornie identycznych. W tej więc pierwszej części swej pracy autor potwierdza na ogół teoryę Weila. Inaczej rzecz się przedstawia w drugiej części pracy, w części klinicznej. Jak wiadomo, odróżniamy dwa rodzaje krwawiączki: rodzinną, czyli dziedziczną, postać bardzo ciężką, nawiedzającą przeważnie mężczyzn, i sporadyczną, czyli przypadkową. Baum miał sposobność czynić spostrzeżenia na 3 przypadkach. W jednym przypadku krwawiączki sporadycznej miał dobre wyniki, natomiast w innych dwóch, u dwóch braci, dotkniętych krwawiączką familijną, nie osiągnął zgoła żadnego wyniku. Ostatnie te dwa spostrzeżenia mają doniosłe znaczenie, bo autor poczynił liczne doświadczenia i to na krwi dobytej z żył. Na podstawie tak małego materyału nie chce autor wydawać ostatecznego sądu, ale radzi być ostrożnym i nie iść ślepo za zdaniem Weila w przypadkach krwawiączki rodzinnej. A wreszcie i tam, gdzie wpływ surowicy był wyraźnym, to przecie nie trwał dłużej, niż tydzień, a więc przez przeciąg znacznie krótszy, niż to podawał Weil (2—3 miesięcy). *Stahr.*

Dopter. **Seroterapia przeciwmeningokowa w 196 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowych.** (*Soc. medic. des hôp.* 2. lipca 1909). Autor zebrał dotąd ogłoszone spostrzeżenia i te nieogłoszone, których wyniki doszły do jego wiadomości. A doszło do jego wiadomości ogółem przypadków 196; wszystkie leczone wyłącznie surowicą, wytwarzaną przez niego w Instytucie Pasteura. Tych 196 przypadków dało 31 zejść śmiertelnych, czyli ogólną śmiertelność 15·86%. Odrzuciwszy 12 przypadków, w których wstrzyknięto surowicę »in extremis«, otrzyma się śmiertelność 10,32%. Śmiertelność w przypadkach leczonych bez surowicy wynosi 60—70%. Autor odnosi to olbrzymie obniżenie się śmiertelności do szczególnego sposobu, w jaki uodparnia konie. Z początku epidemii uodparniał konie wedle metod niemieckiej i amerykańskiej. Przekonawszy się później, że surowica przeciwdrobnoustrojowa jest więcej antyendotoksyczną, niż surowica uzyskana zmacerowanymi drobnoustrojami, uodparniał konie wyłącznie żywemi hodowlami, wprowadzanemi do żył. Porównanie skuteczności obu surowic, przemawia za nową. Surowica pierwotna dawała śmiertelność ogólną 18,18%. Zachęca to autora do trzymania się nowej techniki. Surowica jego nie działa tam, gdzie się późno stosuje, w postaciach mózgowych, gdzie surowica z trudnością dostaje się do ognisk mózgowych, w postaciach septycznych i hypertoksycznych i tam, gdzie zapaleniu towarzyszą ropnie powierzchowne lub głębokie, na które nie może działać surowica wprost. *Stahr.*

Lemoine i Gachlinger. **Przypadek zapalenia opon, wywołanego przez meningokok, uleczony wstrzykiwaniami podoponowemi surowicy przeciwbłoniczej.** (*Soc. méd. des hôp.* 3. lipca 1909). Mężczyzna 30-letni dostał w toku zapalenia opon mózgowych 90 cm^3 surowicy przeciwbłoniczej, wstrzykniętych na 4 razy pod opony rdzenia. Stan ogólny uderzająco się poprawiał, a badanie płynu mózgowo-rdzeniowego dowodziło stałego znikania meningokoków. Gorączka około 8. dnia znowu się zjawiła i przez 4 dni wahała się między 40·2 i 37·8, przyczem i inne objawy chorobowe się zaostrzyły. Jednakże w płynie mózgowo-rdzeniowym nie można było znaleść meningokoków i autorowie przekonali się, że mają wyłącznie do czynienia z objawami anafilaksyi, a nie z nawrotem choroby. I w istocie gorączka sama bez żadnego zabiegu opadła i chory obecnie jest już ozdrowieńcem. Autorowie zwracają uwagę, że pierwsi użyli do wstrzykiwania do rdzenia surowicy przeciwbłoniczej,

jakoteż i na to, że koniecznie trzeba badać płyn mózgowo-rdzeniowy, aby nie wziąć przypadłości anafilaktycznych za nawrót choroby. *Stahr.*

Bourget. **Leczenie okrągłego wrzodu żołądka żelatyną z chlorkiem żelazowym.** (*Therap. Monatshefte* 1909, lipiec, str. 353). Autor już od wielu lat gorąco poleca chlorek żelazowy na wrzód żołądka. Dotąd używał go zawsze w rozczynie 1% wodnym do przepłukiwania żołądka, i leczył tak tysiące chorych; przeważnie już po 15 dniach, a nawet i wcześniej, wrzody się zabliźniały. Zważywszy jednak, że dla płukania żołądka trzeba mieć zgłębnik żołądkowy, a lekarz-praktyk nie zawsze ma go pod ręką, zważywszy dalej, że wielu lekarzy boi się zakładać zgłębnik chorym na wrzód żołądka, by tym właśnie zabiegiem nie wywołać krwotoku, a nawet nie przebić wrzodu, wymyślił autor inny sposób stosowania chlorku żelazowego, a mianowicie podaje go równocześnie z żelatyną: W 100 gramach letniej wody i 100 gramach gliceryny rozpuszcza 100 gr. żelatyny. Kiedy żelatyna dobrze się rozpuści, dodaje szybko 50 gr chlorku żelazowego. Tworzy się wtedy prędko osad, który się trudno miesza z otaczającym go płynem. Płyn ten należy teraz wciąż mieszać i ogrzewać, aż się stanie jednostajnym, a wtedy rozlewa się go na małe rynienki blaszane, podzielone na kwadraty, których bok wynosi około 1 cm, zupełnie tak, jakby się miało n. p. robić karmelki. Po ochłodzeniu otrzymuje się tabletki o odpowiedniej spoistości. Chorym na wrzód żołądka podaje się dziennie 2 do 3 takich tabletek, każdym razem w 2 do 3 godzin po pożywieniu. Dyetę zaś przepisuje swym chorym Bourget następującą: O godzinie 8. rano mleko i biszkopt, o 10. tabliczka żelatyny z chlorkiem żelazowym, o 10½ 100—150 gr. wody alkalicznej, o 12. ryż na mleku, o 3. popołudniu tabletka, około 4. 100—150 gramów wody alkalicznej, o 6. ryż na mleku, o 9. żelatyna, o 10. woda alkaliczna. Wodę alkaliczną przyrządza Bourget z proszku, składającego się z *Natr. bicarb. 8,00 Natri phosphor. 4,0, Natri sulf. sicci 2*, który rozpuszcza w litrze zimnej wody. — Wyniki miał mieć B. nadzwyczajne; bole prędko ustępowały i wrzód goił się rychło. W przypadkach ciężkich, połączonych z krwotokami żołądkowymi, radzi B. wprzód przepłukać żołądek rozczynem 10% chlorku żelazowego, a dopiero potem podawać tabletki żelatynowe. U wszystkich chorych tego rodzaju, leczonych w roku zeszłym, ustał podobno krwotok natychmiast i więcej się nie ponawiał. Gdyby jednak w razie krwotoku żołądkowego nie dało się z jakiegokolwiek powodu przepłukać żołądka, to można się zadowolnić samymi tabletkami. Badania chemiczne dowiodły, że »in vitro« żelatyna zaprawiona chlorkiem żelazowym, ulega wolnemu strawieniu i rozpływa się pod wpływem pepsyny i kwasu solnego. Ale trzeba na to pewnego czasu tak, że można przypuścić, iż żelatyna styka się sporą chwilę w żołądku z miejscem owrzodziałem i rozwija swe działanie przeciwkrwotoczne. *Stahr.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 16 czerwca 1909 r.

Przewodniczący kol. H. Krusche. Sekretarz E. Sonnenberg.

1. Sonnenberg przedstawił kobietę, mającą 55—60 lat, u której znajduje się owrzodzenie, o kształcie nieprawidłowym, zajmujące prawą stronę, grzbiet i czubek nosa a także nieco i lewą stronę nosa. Brzegi owrzodzenia są twarde, wyniosłe, zwłaszcza z prawej strony brzeg przedstawia twardy, niby chrząstka, wał, wyraźnie odcinający się od otaczających zdrowych części. Dno owrzodzenia jest spoistości zbitej, łatwo krwawiące; wydziela ono obficie brudno-szarą istotę. Lewe skrzydło nosa, jak również część przegródki chrząstkowej nosa — nie istnieją, uległy one zupełnemu zniszczeniu przed czterema miesiącami. Gruczoł chłonny podszczękowy znacznie powiększony i bolesny. Chora skarży się na mocny ból, promieniujący w kierunku ucha i szyi oraz na uczucie napięcia i palenia. Destrukcyjny charakter powyższej sprawy datuje podobno dopiero od 6—8 miesięcy, jakkolwiek cierpienie rozwijało się powoli w ciągu wielu lat, na prawej bowiem stronie nosa było przez czas dłuższy nieznaczne i niebolesne owrzodzenie.

Ze względu na powyższe cechy, a zwłaszcza na nieruchome, wyniosłe i bardzo twarde brzegi owrzodzenia, zbitą spoistość dna, zajęcie gruczołu chłonnego i mocne bole, Sonnenberg rozpoznaje tu nabłoniak (Epithelioma). Istnieje podstawa przypuszczenia, że nabłoniak powstał tu na gruncie kilaka.

2. Kol. Maybaum przeczytał rzecz p. t. **Kilka uwag w sprawie zalecania zdrojowisk.** Wyniki badań nad wpływem wód mineralnych na ustrój ludzki są do tego stopnia niejednolite, że wskazania lecznicze opierają się bardziej na doświadczeniu, niż na ścisłych naukowych danych.

Choroby żołądka przebiegające z nadkwaśnością, nadają się bardziej do leczenia wodami alkalicznemi, nieżyt żołądka z upośledzonem wydzielaniem kwasu solnego — do leczenia wodami słonemi.

W cierpieniach jelit, ze skłonnością do rozwolnień, wskazane są wody alkaliczne w małych dawkach na gorąco, przy skłonności do zaparcia wody słone lub glauberskie na zimno; to samo przy krwawnicach.

O skuteczności wód w chorobach przemiany materyi, z chorobami wątroby i nerek jeszcze mniej powiedzieć można.

Dobry wpływ miejscowości leczniczych na ludzi chorych objaśnia się nie tyle wpływem wód mineralnych, ile zależy od dyety i trybu życia i korzystnych warunków klimatycznych.

Ponieważ niema miejscowości kąpielowych, działających specyficznie, a choroby, nadające się do leczenia, mniej lub więcej we wszystkich miejscowościach leczniczych leczyć można, więc należy, więcej niż dotychczas uwzględniać uzdrowiska swojskie, przyczem — rzecz naturalna — zdwoić pracę nad udoskonalaniem tych miejscowości.

Pożytek z miejscowości leczniczych wynieść mogą tylko ci chorzy, dla których jest dostępne wszystko, czem dana miejscowość rozporządza. Natomiast chorym, którzy nie mogą sobie pozwolić nawet na zwyczajny komfort życia kąpielowego, którym kłopoty życiowe towarzyszą z domu do miejscowości leczniczej, nie pomogą i wody pite ze samego źródła.

Takich chorych uświadamiać należy, że picie wód nawet w miejscowości lesistej, przy odpowiedniej dyecie i wywczasie, więcej przyniesie pożytku, niż wyjazd za ciężko zapracowany lub pożyczony grosz, do wszelkich miejscowości kąpielowych.

Jednocześnie powinny być skierowane usiłowania ku temu, aby po wsiach powstawały mieszkania dla leczących się, a lepiej jeszcze schroniska dla ludzi słabego zdrowia, w których znajdywaliby za małe wynagrodzenie opiekę i utrzymanie. W ten sposób lecznictwo nasze zrobiłoby duży krok naprzód. (Streszczenie własne).

3. Kol. Perlis demonstrował dwa preparaty operowanego **wyrostka robaczkowego.**

4. Kol. Kaufman wraz z demonstrowaniem preparatu omówił skutki niewłaściwego stosowania **wianków macicznych.**

E. Sonnenberg.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Organizacya lekarzy czeskich przystąpiła do Związku państwowego austryackiej organizacyi lekarskiej, która ma na celu popieranie wszystkich wspólnych spraw lekarskich tak na drodze prawodawczej, jak i organizacyjnej. Do związku państwowego należą obecnie lekarze niemieccy, polscy, słoweńscy i czescy, a przystąpienie lekarzy włoskich nastąpi w najbliższym czasie. Żądania lekarskie, wobec ogólnego ubezpieczenia będą mogły obecnie zyskać na znaczeniu wobec ogólnej solidarności lekarzy austryackich.

Związek państwowy zajmuje się wyłącznie sprawą podniesienia znaczenia stanu lekarskiego i poprawą stosunków ekonomicznych lekarzy, wyklucza zaś zupełnie wszelkie interesy polityczne lekarzy.

Posiedzenie Związku lekarzy austryackich odbędzie się w listopadzie r. b. w Wiedniu, bezpośrednio po XVII Zjeździe delegatów Związku, który prawdopodobnie odbędzie się w dniu 23. listopada b. r. Na porządku dziennym posiedzenia, po zagajeniu przez przewodniczącego i wyborze prezydyum, będzie sprawozdanie wydziału, które obejmie przedstawienie dotychczasowego działania związku, działania w ostatnim okresie, określenie przyszłych zadań związku, budżet najbliższego okresu działania, sprawozdanie z funduszu zapomogowego wdów i sierot, wreszcie wnioski pojedyńczych stowarzyszeń.

Tegoroczny Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników w Salzburgu wypadł bardzo niepomyślnie, a w wielu sekcyach obrady skończono nawet przed czasem, z powodu braku materyału. Zapewne to należy przypisać także między innemi zbyt blizkiemu odstępowi czasu między tem zebraniem a kongresem w Budapeszcie. Bardzo także niefortunnie przedstawiła się »wystawa naukowych środków pomocniczych«, albowiem objektem jej było zupełnie co innego, a co smutniejsze, nie brakło tam i wystawy środków partackich, co już zupełnie chyba nie powinno mieć miejsca na wystawach zjazdowych! *X.*

Wdowa po ś. p. Prof. Bollingerze ofiarowała funduszowi dla bawarskich wdów i sierót po lekarzach 1000 marek w myśl życzenia zmarłego, który za życia był gorącym zwolennikiem i opiekunem tegoż Towarzystwa. *X.*

Bardzo skutecznemi okazały się w Dreźnie kursa uzupełniające dla akuszerek, które wprowadzono w życie od zeszłego roku. Każda akuszerka ma obowiązek co 5 lat zgłaszać się na 14-dniowy kurs uzupełniający. Przy tej sposobności przekonano się, że wiele starszych akuszerek nie ma już nawet pojęcia o zasadniczych wiadomościach nietylko swego zawodu, ale wprost czystości. *X.*

Wskutek podwyższenia taks szpitalnych w Berlinie, chorzy kasowi są zmuszeni nieraz dokładać ze swoich funduszów za pobyt w szpitalu, albowiem taksa wynosi więcej jak zasiłek, a kasy korzystając z wolności wyboru (t. j. albo ponoszenie kosztów szpitala, albo wypłacanie zasiłku), dają chorym zasiłek, nie troszcząc się o szpital, a nawet nieraz sprzeciwiają się odpowiedniemu życzeniu lekarza co do wysyłania chorych do szpitali.

Oglądania zwłok powinni dokonywać podług Pittizgera, jedynie lekarze, a to nietylko dla potrzeby nauki i higieny np. w przypadkach chorób zakaźnych, ale także, zwłaszcza po wsiach przy oglądaniu zwłok niemowląt, celem pouczania matek o higienie dziecka. Jest to jedyna nieraz sposobność rozmowy na ten temat, bo zresztą chłopi lekarza do tak małych dzieci z zasady nie używają. Także w razie, gdy lekarze oglądać będą zwłoki, wstrzyma to często partaczy od leczenia. Samo się przez się rozumie, że lekarze muszą być za tę czynność odpowiednio wynagradzani. *X.*

Zestawiając stosunki zdrowotne w armii francuskiej i niemieckiej przekonał się Löwenthal, że w tej ostatniej są one znacznie lepsze, tak co do ilości schorzeń, jak i co do śmiertelności. Natomiast w armii niemieckiej spotyka się znacznie więcej samobójstw. Przyczyny tej różnicy szukać należy we Francyi w przepełnieniu kasarń, jakoteż w powoływaniu do wojska osobników słabych i do służby niezdatnych. *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca sierpnia 1909 . .	476,597	280,494
We wrześniu 1909	1,700	5,000
Razem .	478,297	285,494

Kraków, 30 września 1909.

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 26. IX. do 3. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 1 † —), kokluszu 4 (—), płonicy 28 † 5 (5 † 2), odry 38 † 1 (—), duru brzusznego 13 † 1 (2), czerwonki 1 (—), nagminnego zapalenia opon mózgowych 1 † 1 (—). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. IX. do 3. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 3 (—), płonicy 2 † 4 (— † 3), duru brzusznego 8 † 3 (5 † 2), cholery dziecięcej 7 † 7 (1 † 1), jaglicy 2 (1). *Dr Janiszewski.*

Sprawy sanitarne w Sejmie.

(Ciąg dalszy).

Oddział t. zw. obserwacyjny dla chorych umysłowo nie został w szpitalu lwowskim zwinięty, a nawet zyskał nieco obszerniejsze pomieszczenie; utrzymanie tego oddziału, koniecznego w ustroju każdego wielkiego szpitala, należy powitać z uznaniem. Prymaryuszem oddziału mianował Wydział krajowy Dra Kazimierza Orzechowskiego, którego dotychczasowa działalność piśmiennicza pozwala spodziewać się rozwoju oddziału w kierunku naukowym.

Ważną sprawę budowy we Lwowie oddziału dla chorych zakaźnych (kilku pawilonów) posunięto znacznie naprzód. Ustaliwszy konieczność budowy zakładu dla 200—250 chorych zakaźnych, wybrano odpowienie grunta miejskie. Miasto skłania się ku temu, aby je pod budowę ofiarować bezpłatnie, żąda jednak wybudowania zakładu, złożonego z 9 pawilonów, przed upływem 5 lat; Wydział krajowy zaś nie przyjmuje wprawdzie zobowiązania co do liczby pawilonów i terminu ich wykończenia, gotów jest jednak na razie zbudować niezwłocznie jeden lub kilka pawilonów, mieszczących razem 120 łóżek. Należy mieć nadzieję, że rokowania Wydziału krajowego z gminą m. Lwowa w tej sprawie doprowadzą rychło do porozumienia.

Uczuciem prawdziwej ulgi i nadzieją znacznej poprawy stosunków przejąć musi każdego, znającego warunki szpitalne, wiadomość o zmianie kontraktu w sprawie obsługi zakonnej w szpitalach. W szpitalach lwowskim i krakowskim zmiana została już dokonana, w szczególności odjęto SS. Miłosierdzia, a oddano dyrektorom — kwalifikacyę, przyjmowanie, wydalanie i przeznaczanie na oddziały służby oddziałowej. W toku zaś jest odpowiednia zmiana kontraktu w zakładzie kulparkowskim i w szpitalach prowincyonalnych. Z początkiem r. 1910 zostanie otwarty w obu szpitalach krajowych kurs pielęgnowania chorych, »który każda z SS. Miłosierdzia, przeznaczonych do obsługi chorych w szpitalu, odbyć winna«. W ten sposób nareszcie stworzono warunki, w których powinno zniknąć źródło nieustannych, a słusznych skarg na obsługę w szpitalach; jak rychło to nastąpi, to zależy już od sposobu wykonania tej bardzo w naszem szpitalnictwie doniosłej reformy. Jeżeli sprawa kursów pielęgnowania chorych, obowiązkowych dla każdej zakonnicy, nie zostanie spaczoną, to w krótkim czasie moglibyśmy się w szpitalach naszych doczekać stosunków doskonałych, zważywszy gorliwość i poświęcenie Sióstr, którym zbywało głównie na fachowem wykształceniu. Oddanie zaś służby oddziałowej pod wyłączną władzę lekarzy, nakłada wprawdzie na nich większy trud i większą odpowiedzialność, ale jest jedynym sposobem sanacyi nadzoru i obsługi chorych.

Piecza Wydziału krajowego o krajowy szpital św. Łazarza w Krakowie przedstawia się w sprawozdaniu Departamentu V. niestety mniej korzystnie, niż piecza o szpital lwowski, a o wiele mniej korzystnie, niżby się należało szpitalowi krakowskiemu, pracującemu w warunkach znacznie gorszych, niż szpital lwowski i niż wiele szpitali prowincyonalnych. Szpital krakowski znajdował się co do większych inwestycyi od wielu lat w wielkiem zaniedbaniu. Jedynym nabytkiem szpitala, odpowiadającym jakotako nowoczesnym wymogom, był pawilon chirurgiczny, zbudowany przed dwudziestu kilku laty. Niezbyt szczęśliwie wykonany, szczupły pawilon zakaźny, trudno uważać za nabytek korzystny. Poza tem od szeregu już lat obywać się musiał szpital krakowski łataniną, która zaledwo mogła go uchronić od ruiny, ale nietylko nie pozwalała mu kroczyć z postępem, lecz nawet pozostawiała go stopniowo coraz więcej w tyle. Wynikiem tego jest stan, na który pod niejednym względem słowo »opłakany« nie jest zbyt silne (oddziały: położniczy, dermatologiczny, okulistyczny). Większość oddziałów szpitala cierpi na stałe, a bardzo nieraz znaczne przepełnienie, a o pomnożeniu liczby łóżek dla braku miejsca nie sposób myśleć. Toteż wreszcie stan szpitala krakowskiego poruszył szerokie koła opinii publicznej, co odbiło się w zeszłorocznej uchwale sejmowej, polecającej Wydziałowi krajowemu zbadać szczegółowo braki i potrzeby szpitala krakowskiego i opracować plan gruntownej jego rekonstrukcyi. O tych rażących brakach i palących potrzebach pisaliśmy już niejednokrotnie, zbyteczne więc o nich się rozwodzić; a chociaż w sprawozdaniu Departamentu V i w sprawozdaniu inspektoratu szpitali brak w tym roku wszelkiej o tem wzmianki, to jednak nietrudno się domyśleć, że stosunki od roku zeszłego nie poprawiły się.

Nie ulega wątpliwości i wiadomo nietylko ze sprawozdania Departamentu V, że Wydział krajowy w wykonaniu polecenia sejmu »rozpatrzył szczegółowo braki i potrzeby szpitala św. Łazarza w Krakowie i jego oddziałów«; wszelako przykrą niespodzianką jest ograniczenie sprawozdania do tej tylko wzmianki, gdy można było przypuszczać, że w sprawozdaniu znajdzie się zestawienie wyników tych badań w postaci całkowitego systematycznego planu rekonstrukcyi, modernizacyi i rozszerzenia szpitala krakowskiego. Bo choćby wykonanie planu tego rozło-

żone było na szereg lat, choćby rozpoczęcie robót na szerszą skalę miało się z powodu złego stanu chwilowo finansów krajowych nieco odwlec, to jednak samo szczegółowsze wyłuszczenie tego planu, prawdopodobnie już opracowanego przez Departament V., świadczyłoby, iż cały Wydział krajowy sprawą szpitala krakowskiego goręcej się przejął. Byłaby to rękojmia, że szpital krakowski, najdostępniejszy dla odwiedzających kraj nasz gości z innych dzielnic Polski i z zachodu, w pewnym określonym terminie doprowadzony będzie do takiego stanu, jakiegobyśmy się przed obcymi wstydzić nie potrzebowali, że oddziały jego, mające uzupełniać wykształcenie wychowańców wszechnicy Jagiellońskiej, staną się niejako drugiemi klinikami w siedzibie najstarszej polskiej szkoły lekarskiej. Byłoby to też słusznem zadowolnieniem opinii publicznej, nie bez podstawy zaniepokojonej odwlekaniem się spraw tak naglących, jak budowa domu porodowego, oddziału dermatologicznego, zakładu zakaźnego i t. p. i z napięciem oczekującej jakiegoś stanowczego kroku, jakiegoś zaokrąglonego planu ulepszeń.

Zamiast tego planu znajdujemy w sprawozdaniu wiadomość o dwóch tylko sprawach: o zamierzonej z początkiem r. 1910 rekonstrukcyi oddziału chirurgicznego kosztem 139.000 kor. i o stanie, a raczej niestety... zastoju sprawy domu porodowego. Rekonstrukcya oddziału chirurgicznego jest rzeczywistą zdobyczą, bo postępy doby ostatniej wymagały koniecznie ulepszeń w pawilonie, nie ruszanym prawie od lat dwudziestu; ale rekonstrukcya ta jest małą cząstką tego, czego szpital krakowski koniecznie potrzebuje i nie daje zgoła wyobrażenia, w jakim zakresie i w jaki sposób ma być zmodernizowana reszta szpitala. Wlokąca się zaś od tylu już lat sprawa budowy domu porodowego ugrzęzła na konferencyi wszystkich interesowanych czynników jeszcze w d. 30. stycznia b. r. Wprawdzie bowiem na konferencyi tej ustalono nareszcie, w którem miejscu zakład ten ma stanąć, ale nie można było ani definitywnie załatwić sprawy udziału rządu w kosztach budowy (z powodu braku odpowiedzi z ministerstwa), ani też nie doszło niestety »do definitywnego porozumienia w sprawie uregulowania tak obecnego, jak i przyszłego stosunku oddziału szpitalnego położniczego do c. k. kliniki położniczo-ginekologicznej i c. k. szkoły położnych«. Obecnie, gdy »w konsekwencyi wyłoniła się myśl budowy osobno kraj. zakładu położniczego, a osobno c. k. kliniki położniczo-ginekologicznej«, a więc projekt zupełnie nowy — otwarła się droga do ponownych rokowań, nie bardzo spiesznie prowadzonych, skoro na odezwę Wydziału krajowego jeszcze z d. 30. kwietnia b. r. rząd dotychczas odpowiedzi nie dał. Tak więc dobiega znowu rok od prób popchnięcia naprzód tej zabagnionej sprawy, dobiega — napróżno! Żadnemu z czynników interesowanych nie brak, zdaje się, dobrej woli, a jednak »difficile est satiram non scribere«. W tej napozór prostej, a jednak dziwacznie wikłającej się sprawie, nie chcemy wszakże uzurpować sobie roli oskarżycieli, ani obrońców. Oby na odgadywanie, czy i kto mimowolną choćby ponosi winę, rychły a pomyślny zwrot tej sprawy nie pozostawił już czasu!

Do szpitali lwowskiego i krakowskiego odnosi się wreszcie wniosek Wydziału kraj. (osobne sprawozdanie) o ustanowienie dwóch nowych posad sekundaryuszy w Krakowie i podniesienie płac aptekarzy szpitalnych.

W sprawie krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie przedłożył Wydział krajowy osobno zamknięcie funduszu budowy. Budowa nowych pawilonów celem rozszerzenia zakładu na 1100 łóżek, przebudowa starych gmachów, rekonstrukcya i uzupełnienie urządzeń mechanicznych itd. trwały 3 lata, a zostały ukończone w r. 1907. Przez ten czas podrożały materyały i robocizna, a w toku budowy wypadło niejedno uzupełnić, wskutek czego koszt budowy przerósł o 416.000 kor. pierwotne kosztorysy i doszedł kwoty przeszło 2 milionów koron (2,034.773).

Jeszcze znaczniej w porównaniu z pierwotnem obliczeniem wzrósł kosztorys budowy zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie. Koszt tej budowy obliczono w r. 1907 na 4,321.000 kor. i tę też kwotę Sejm wówczas uchwalił. Obecnie jednak okazało się, że budowa kosztować musi nie mniej, niż siedem milionów koron. Przyczyna tego leży w rozszerzeniu programu budowy (projektowanie zakładu i wszystkich jego urządzeń odrazu na 800 łóżek, chociaż na razie zbudowane będą pomieszczenia tylko na 534 łóżek — dodanie pawilonu dla chorych dotkniętych jaglicą, dodanie ubikacyi, przeznaczonych dla rozrywek chorych i t. p.), w wyższych kosztach urządzeń mechanicznych i w podrożeniu materyałów i robocizny w ostatnich 3 latach o 30 do 40%. Wobec tak poważnego wzrostu kosztorysu występuje Wydział krajowy z wnioskiem o ponowne zatwierdzenie przez Sejm planów i kosztorysów, o upoważnienie do zaciągnięcia na budowę pożyczki w Banku krajowym i do niezwłocznego rozpoczęcia budowy. Ze względu na wysokość kosztów budowy wysuwa się ten wniosek Wydziału krajowego w tegorocznych sprawach sanitarnych na plan pierwszy, a inwestycya ta jest istotnie imponującą. W postanowieniu jej przez Wydział krajowy radzibyśmy też widzieć zapowiedź dalszych równie poważnych nakładów i ów tak pożądany dowód przełomu w stanowisku całego Wydziału krajowego wobec spraw sanitarnych, dowód, którego w traktowaniu szpitala krakowskiego tym razem jeszcze szukać nie można. Sprawa Kobierzyna zdaje się być na dobrej drodze; komisya sanitarna Sejmu uchwaliła w d. 2 b. m. na podstawie referatu posła Sarego poprzeć wnioski Wydziału krajowego. Należy mieć nadzieję, że ten Sejm, który w r. z. tak gorąco sprawami szpitalnictwa się zajął, pójdzie za zdaniem komisyi sanitarnej w sprawie Kobierzyna i że ta wielka inwestycya nie osłabi przychylności kół sejmowych wobec innych, równie potrzebnych, albo i potrzebniejszych nakładów w zakresie szpitalnictwa. (C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Najwyższa Rada Zdrowia uległa wybitnej reorganizacyi, która polega w pierwszej linii na znacznem zwiększeniu liczby członków z 16 na 41 i na utworzeniu fachowych komitetów, których zadaniem będzie rozważać sprawy specyalne, tak, by na posiedzeniach plenarnych były omawiane tylko sprawy, mające ogólne znaczenie. Niestety znowu stan lekarski w Galicyi doznał od Rządu dotkliwej krzywdy, gdyż zamiast ośmiu, jakby proporcyonalnie wypadało, zamianowano tylko dwóch członków, a mianowicie Prof. Dra Kazimierza Kostaneckiego z Krakowa i Prof. Dra Włodzimierza Łukasiewicza ze Lwowa. Jakkolwiek ministerstwo miało, jak twierdzi, tak »ułożyć listy członków, by nietylko wytworzyć grupy specyalnie fachowe, ale także zapewnić proporcyonalną reprezentacyę poszczególnym krajom koronnym«, jednakże w świetle cyfr przedstawia się ogłoszona liczba mianowanych członków inaczej, gdyż na 41 członków dla samego Wiednia przypada 21, dla Pragi 8, dla Gracu 4 (!), dla Insbruka 2, dla Cieszyna, Lincu, Tryestu i Retz po jednym, a dla Galicyi wszystkiego 2.

— W ostatniej chwili dowiadujemy się, że dzięki interwencyi JE. p. ministra dla Galicyi Dulemby, na skutek energicznych starań nowomianowanych członków Najwyższej Rady Zdrowia Prof. Kostaneckiego i Łukasiewicza, nastąpią w najbliższym czasie nominacye dwóch nowych członków Najwyższej Rady Zdrowia. Liczba czterech członków nie może jednak zadowolić lekarzy galicyjskich, dlatego starania o dalsze pomnożenie grona członków z Galicyi rozpoczęto bardzo energicznie i istnieje przyrzeczenie ze strony miarodajnych czynników, że starania te będą uwieńczone pożądanym skutkiem.

— Dr Władysław Szukiewicz został zamianowany sekundaryuszem szpitala kraj. św. Łazarza.

— Klinika medyczna Uniwersytetu Jagiellońskiego przyjmuje na bieżący rok szkolny lekarzy jako rocznych praktykantów, w celu wykształcenia bądźto praktycznego na salach chorych, bądź laboratoryjnego. Zgłaszać się można w dyrekcyi kliniki przed południem do 20. października.

— Skład komisyi egzaminacyjnej dla II. i III. rygorozów medycznych na rok 1909/10 jest następujący: komisarzem rządowym starszy lekarz powiatowy Dr Gustaw Bielański, jego zastępcą Prof. Dr Stan. Ponikło; egzaminatorami przy II. rygorozum Prof. Odo Bujwid, Prof. Dr Stanisław Pareński i Prof. Dr Jan Piltz; egzaminatorami przy III. rygorozum Prof. Dr Władysław Reiss, Prof. Dr Przemysław Pieniążek i Doc. Dr Maksymilian Rutkowski.

— Towarzystwo Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc Bratnia« w Zakopanem, ogłosiło sprawozdanie ze swej działalności w r. 1908/9, który to rok zalicza zarząd Towarzystwa do rzędu stosunkowo pomyślnych. Szereg bowiem rozmaitych czynników złożył się na to, że społeczeństwo, zająwszy się żywiej sprawą walki z gruźlicą, zwracać poczyna więcej uwagi i z większą spieszyć pomocą zakopańskiej »Bra-

tniej Pomocy; że młodzież sama nietylko goręcej wzięła sobie do serca sprawy swego sanatoryum, nietylko lepiej zorganizowała wśród siebie samopomoc, ale i do ogółu potrafiła odwołać się energiczniej i skuteczniej, że wzrastające doświadczenie, a zawsze z równem poświęceniem i gorliwością prowadzona praca Zarządu Towarzystwa i Dyrekcyi sanatoryum (szczególnie prezesa Towarzystwa i dyrektora »Domu Zdrowia« Dra Żychonia, lekarza »Domu« Dra Kuczewskiego i sekretarki-administratorki p. doktorowej Kuczewskiej), jedna instytucyi coraz większe zaufanie, a zarazem dozwala ją prowadzić coraz praktyczniej i lepiej. Ten pomyślny wynik ubiegłego roku odzwierciedla się z jednej strony w rachunkach »Domu Zdrowia«, którego długi z 30.000 zeszły do 17.000 kor., bilans zamyka się kwotą 49.346 kor., obrót roczny kwotą 47.520 kor., oraz w rachunkach grup młodzieży, z których np. krakowska może się pochlubić dochodem 3010 kor.; z drugiej zaś w statystyce zakładu, w którym liczba leczonych podskoczyła na 107 (o 22 więcej, niż w roku 1907/8), liczba dni leczenia na 9258 (więcej o 2554), a wyniki lecznicze (polepszenie u 33·6%, poprawa u 38·3%) były jeszcze pomyślniejsze, niż w latach poprzednich. Warunki leczenia, zwłaszcza pożywienia chorych, umiano przytem polepszyć przy równoczesnem obniżeniu kosztów, dzięki niezmiernie troskliwej i umiejętnej administracyi.

Mimoto wszystko jednak potrzebuje zakopański »Dom Zdrowia« dalszego wydatnego poparcia i o nie też apelujemy do ogółu kolegów, którzy z natury rzeczy najżywszy biorą w walce z gruźlicą udział, a których stanowisko daje nieraz sposobność do tego, by chętną rękę z pomocą ku takim, jak »Dom Zdrowia« instytucyom, skierować. Ma bowiem »Dom Zdrowia« na barkach jeszcze znaczną część długu, za objęty przed trzema laty budynek. Przytem budynek ten, nie najkorzystniej położony, oddawna okazuje się za ciasny; trzeba dla chorych donajmować pomieszczenie w domach sąsiednich, których właściciele nie wahają się tego przymusowego położenia wyzyskiwać. To też wyłoniła się konieczność nowego, odpowiednio większego budynku; niestety, na ten cel posiada Towarzystwo dotąd zaledwo — 58 koron! Przy wzrastającej zaś liczbie chorych nie może ustać troska o zapewnienie instytucyi dorocznych dostatecznych dochodów, tem więcej, że »Dom Zdrowia« musi pomyśleć i o tej części młodzieży, którą nie stać nawet na częściowy zwrot kosztów utrzymania, a za którą niema kto kosztów tych pokryć.

Nie należy wątpić, że społeczeństwo w miarę potężnienia ruchu przeciwgruźliczego u nas — większą także otoczy opieką zakład, który przetrwawszy o własnych siłach najgorsze chwile, tem więcej na opiekę i poparcie zasługuje. Sejm krajowy, który w r. z. poraz pierwszy udzielił Towarzystwu subwencyi, powinienby ją obecnie podwyższyć.

Wobec istotnych zasług i wartości »Domu Zdrowia« tem przykrzejsze sprawia wrażenie, że rząd odmówił tej instytucyi zasiłku z dwumilionowego funduszu, przeznaczonego na zwalczanie gruźlicy, zasłaniając się tem, że »Dom Zdrowia« według statutu przeznaczony jest nie dla »chorych na gruźlicę«, ale dla »zagrożonych« tą chorobą (!). To przykre wrażenie potęguje się jeszcze okolicznością, że z dwumilionowego tego funduszu Galicya dotąd wogóle żadnego zasiłku nie otrzymała, choć podobno w zarządzie tego funduszu znajduje się jeden Polak.

Lwów. Dr Wojciech Kurzyniec zamianowany został lekarzem powiatowym, zaś Dr Roman Hince dyrektorem krajowego szpitala w Zaleszczykach.

Warszawa. Komitet organizacyjny I-go Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć w Warszawie w d. 11., 12. i 13. października 1909, rozesłał program Zjazdu, z którego dowiadujemy się, że odbędą się dwa posiedzenia ogólne pierwsze, 11. X. o godzinie 9 rano, na którem po zagajeniu Zjazdu i wyborze prezydyum, wygłosi Prof. Twardowski odczyt »O metodzie psychologii«. Drugie zebranie ogólne, na którem będą załatwione sprawy administracyjne, ustalenie dalszych Zjazdów i sprawa specyalnego pisma odbędzie się 13. X. o godzinie 3 popołudniu. Na tem zebraniu wygłoszą odczyty: Prof. Halban: »O popędach chorobliwych« i R. Radziwiłłowicz: »W sprawie naszej terminologii psychologicznej«. Zjazd poza tem rozpada się na dwie sekcye: sekcya neurologiczno-psychiatryczna, w której referaty główne objęli Biro, Bychowski, Flatau, Męczkowski na temat: »O nowotworach układu nerwowego i ich leczeniu«; Bregmann i Sterling na temat: »Padaczka i stany pokrewne«; Bornstein i Wizel: »Rozpoznanie różniczkowe psychozy maniakalno-depresyjnej i otępienia wczesnego« i Higier: »Klasyfikacya idyotyzmu«. W sekcyi drugiej psychologicznej referaty główne objęli: Abramowski na temat: »O stanach podświadomych« i Dawid na temat: »O badaniu inteligencyi«. Odczytów luźnych zgłoszono w sekcyi pierwszej 42, w sekcyi drugiej zaś 26.

W sprawach Zjazdu należy się zwracać pisemnie do biura Zjazdu (Niecała 7), osobiście do sekretarzy Łapińskiego (Smolna 17) lub Sterlinga (Boduena 1). Bilety uczestnictwa wydaje skarbnik Ciągliński (Kopernika 11), zapewnieniem mieszkań zajmuje się wreszcie Dr Koelichen (Nowy Świat 35).

Z różnych stron. D. 5. września b. r. odbył się w Peszcie Zjazd krajowego Związku lekarzy. Do Związku tego należy 4500 lekarzy węgierskich na ogólną liczbę lekarzy 5300. Majątek Towarzystwa wynosi 370.000 koron, w czem 151.000 koron należy do funduszu pensyjnego.

— Z okazyi wystawy światowej odbędzie się w r. 1910 w Brukseli międzynarodowy Zjazd dla radiologii i elektryczności.

Mianowani: Prof. Dimmer obejmuje katedrę okulistyki w Gracu.

Habilitowani w Wiedniu: Dr Reitter do medycyny wewnętrznej, Dr Lauber do okulistyki, Dr Blau do położnictwa, Dr Libensky zaś na czeskim uniwersytecie w Pradze do medycyny wewnętrznej.

Zmarli: Dr Maksymilian Warszawski, jeden z najczynniejszych członków redakcyi »Medycyny«, zmarł 29. z. m. w Warszawie.

Dr Ludwik Katz, profesor otyatryi w Berlinie.

Dr J. Sapalski w Warszawie.

Dr Justyn Karliński, b. inspektor sanitarny Bośni i Hercogowiny, zmarł w Wiedniu w 47 roku życia. Ogłosił szereg prac z zakresu bakteryologii, które dały rozgłos jego imieniu w całym świecie lekarskim. Cześć pamięci przedwcześnie zgasłego dzielnego pracownika i kolegi niepowszednich zalet serca i umysłu.

Redakcya otrzymała. Program I-go Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć w Warszawie w dn. 11, 12. i 13. października b. r. — Kapelusch: Grundlinien d. speciellen Symptomatologie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 31. października 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym będzie odczyt kol. Janiszewskiego: O czyszczeniu miasta ze stanowiska higieny publicznej.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Collargol Konsekwentnie przeprowadzone leczenie collargolem (wlewania, wstrzykiwania) leczy przy dostatecznem dawkowaniu wiele przypadków najcięższego **zakażenia ogólnego.**

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.

Xeroform Bezwzględnie nietrujący, niedrażniący, dający się wyjałowić proszek do posypywania ran. Środek swoisty przy sączących wypryskach, wrzodzie goleni, oparzeniach.

Creosotal „Heyden", Duotal „Heyden", dawno wypróbowane środki lecznicze przy wszystkich chorobach zakaźnych dróg oddechowych.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 a

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 E. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 125

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Salzbrunner Oberbrunnen

Znany w medycynie od 1601

Polecany przez lekarzy przy cierpieniach narządów oddechowych, przy nieżycie żołądka i jelit, przy chorobach wątroby, przy cierpieniach nerkowych i pęcherzowych, dnie i cukrzycy.

Rozsyłka Książęcych wód mineralnych w Ober-Salzbrunn

Echt nur wenn der Flaschenverschluss diese Schutzmarke trägt. OBER SALZBRUNN

MARKA OCHRONNA

Rozsyłka Książęcych wód mineralnych z Ober-Salzbrunn Gustaw Strieboll Bad Salzbrunn i Schl. 73



KALIFORNIJSKI

SYRUP FIGOWY

„CALIFIG"

nazwa prawnie strzeżona

poleca się najgoręcej panom lekarzom jako niezawodny, przyjemny, łagodny i pewnie działający środek przeczyszczający. Wskutek swego miłego smaku nadaje się szczególnie dla praktyki u kobiet i dzieci. Bez wszelkich szkodliwych działań ubocznych. -- Sposób użycia we wszystkich językach krajowych przy każdej flaszce.

235 b

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kor. 3. — za 1/1 fl., Kor. 2. — za 1/2 fl.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 86 Clerkenwell Road.

Próbki dla lekarzy bezpłatnie i opłatnie.

Resorbina rtęciowa

szara i czerwona

9 d $33^{1}/_{3}$% & 50%

Próbki i piśmiennictwo na życzenie.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmaceut. Abteilg. Berlin S. O. 36.

Najczystsze leczenie wcieraniem

Bez zapachu

Nie wala bielizny.

Ordynacya:

Ad tubam graduatam

Rurki szklane z podziałkami

à 15 i 30, 25 i 50 gr.

$33^{1}/_{3}$% 50%

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo - hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne: 208





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła **Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.**

NATURALNA SÓL SZPRUDLA
jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami
194



JÓZEF GORECKI

PREMIOWANA FABRYKA 228

SIATEK, MEBLI, KONSTRUKCYI ŻELAZNYCH I WYROBÓW ORNAMENTALNYCH KUTYCH

W KRAKOWIE, UL. ŚW. WAWRZYŃCA L. 26.

Poleca się do wykonania po najtańszych cenach: Wszelkich siatek maszynowych i ręcznych, służących do ogrodzeń, ochron raf, betonów, materyałów sprężynowych i t. p. — Mebli żelaznych i mosiężnych tanich i wykwintnych do urządzeń lekarskich, szpitali, klinik, internatów i ogrodów. — Konstrukcyi dachów, schodów żelaznych w różnych systemach, pawilonów, werand, markiz, okien, bram i portali. — Wyrobów artystycznych z żelaza, miedzi i bronzu kutych, jak wszelkich krat, balustrad, balkonów, ogrodzeń, krzyży, wieńców i kwiatów, świeczników, latarń i kandelabrów i t. p. — Drut kolczasty i wzdętochrony do ratowania bydła.

Magazyn własny we fabryce przy ulicy św. Wawrzyńca Nr 26.

Adres listów i telegramów wyraźnie:

JÓZEF GORECKI — KRAKÓW. Telefon Nr. 277.

KRONIKA DENTYSTYCZNA

Miesięcznik, poświęcony wszystkim gałęziom dentystyki, chorobom jamy ustnej, oraz sprawom zawodowym, wychodzi od lipca 1906

pod redakcyą 186

Lekarza-dentysty M. KRAKOWSKIEGO.

Redakcya i Administracya: Warszawa, ul. Długa 47.

Na żądanie wysyłamy numer okazowy.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

77 Rok istnienia. 77 Rok istnienia.

GAZETA POLSKA

wychodzi pod kierunkiem **R. Dmowskiego.**

Od Nowego Roku zostaje znacznie powiększona, przy jednoczesnem wprowadzeniu ulepszeń wewnętrznych.

Gazeta Polska stawia sobie za cel stać się możliwie pełnym wyrazem polityki narodowej, życia polskiego i myśli polskiej we wszystkich dziedzinach.

W dziale literatury dawać będzie utwory pierwszorzędnej wartości.

GAZECIE POLSKIEJ przyrzekli najnowsze utwory swego pióra.

Henryk Sienkiewicz, Jan Kasprowicz, Wł. St. Reymont i wielu innych.

Pomimo zmian i ulepszeń, cena **Gazety Polskiej** pozostaje **bez zmiany** a mianowicie:

		roczn.	półr.	kwart.	mies.
w Warszawie . . .	rb.	9·60	4·80	2·40	0·80
z przesyłką pocztową .	„	12·—	6·—	3·—	—
za granicą	„	18·—	9·—	4·50	—

Zmiana adresu 20 kop 189

Wiadomości, dotyczące **handlu zbożem i produktami rolnymi**, będzie podawać GAZECIE POLSKIEJ „Biuro Kooperacyi Rolnej".

Adres Redakcyi: Boduena 5. — Adres Administracyi: Warecka 14.

Fabryka chemiczna Drów R. Scheublégo i A. Hochstettera, Tribuswinkel, Austrya Dolna,

poleca łaskawej uwadze PP. lekarzy, preparat swój: 296

Salimentol, ester mentolowy kwasu salicylowego, płyn prawie bezwonny i bez smaku, stosowany wewnętrznie i zewnętrznie w wypadkach: zapalenia stawów, rwy kulszowej, postrzału, neuralgii, gośćca, wewnętrznie także jako antisepticum jelitowe w wypadkach biegunki, wzdęcia itp.

Dla PP. lekarzy próbki i literatura w języku polskim bezpłatnie.

Skład główny dla Galicyi i Królestwa Polskiego Dr A. Zarewicz, Wiedeń I. Ballgasse 6.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

Syrup Valeriano-Bromatus, comp. „Jahr“

smaczny i lekkostrawny. 215 b

Najlepszy sposób podania **soli bromowych, waleryanowych, fosforowych i wyciągu z orzechów Kola w postaci syrupu.** Przykry smak waleryany w zupełności pokryty.

Wskazania: przy **nerwowości, osłabieniu, neurastenii, histeryi, padaczce, pląsawicy, zamroczeniach epileptycznych.**

Dawkowanie: Dorosłym 1–3 łyżeczek dziennie po jedzeniu z wodą lub mlekiem. — **Dzieciom** poniżej 10 lat pół dawki.

Cena: 1/1 flaszka Kor. 3·80. 1/2 flaszki Kor. 2.

Rp. Syrup Valeriano Bromat. comp. „Jahr“ lag. orig.

Wyrób i główny skład w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach.

Zanim Pan poczynisz kroki o uzyskanie pożyczki osobistej hipotecznej lub realnej proszę żądać prospektu bezpłatnie
MELLER L. EGYED
Budapest IX. Lónyai-utca 1
Telef. międzymiast. 46—51.
234

EVIAN-LES-BAINS (Francya)

Source Cachat

przeciw przewlekłej dnie, chorobom nerek i moczu, zaburzeniom narządów trawienia, kamieniom wątrobowym i żółciowym.

Najidealniejsza woda stołowa.

Otrzymać można we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych. 92

ROK VI. 185 ROK VI.

„GŁOS LEKARZY“

Dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcyą Dra Szczepana Mikołajskiego.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron = 6 marek = 3 ruble.

Adres redakcyi i administracyi: **Lwów, ul. Śniadeckich, Nr. 6.**

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

Prof. Dr W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWO UPRAWNIONA FABRYKA 201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telefon Nr. 227).

c) Normalne wody mineralne:

Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.
I	Normalna	3/4 l.	40	VIII	Glauberska słabsza .	3/4 l.	33	XV	Bromowa mocna . .	1/2 l.	40
II	Alkaliczna słabsza .	»	33	IX	Magnowa	»	42	XVI	Żelazista	3/4 l.	40
III	» mocna . .	»	40	X	Wapniowa	»	42	XVII	Arsenawa	1/2 l.	50
IV	Słona słabsza . . .		38	XI	Litowa	»	50	XVIII	Arseno-żelazista . . .	1/2 l.	50
V	» mocniejsza . .	»	42	XII	Jodowa słabsza . . .	»	50	XIX	Dyetetyczna	3/4 l.	40
VI	Alkaliczno-słona .	»	33	XIII	» mocniejsza .	1/2 l.	50	XX	Kwaskowata	1/2 l.	30
VII	Glauberska mocna .	»	42	XIV	Bromowa słabsza . .	3/4 l.	40	XXI	Stołowa normalna . .	3/4 l.	33

d) Wody organiczne lecznicze:

Nr.		h.	Nr.		h.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata . . .	42	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. **fortior** » . . .	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata	45
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana	45			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 16. października 1909. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Kierownik Prof. O. Bujwid).

O próbie Wassermanna ze sztucznym wywoływaczem.

Podali

Dr F. Eisenberg i Doc. Dr R. Nitsch.

(Według odczytu na I. Zjeździe Polskich Internistów dnia 21 lipca 1909).

(Dokończenie).

Otrzymawszy na ogół wyniki wcale zadowalniające z wywoływaczem sztucznym, przysłanym nam z Frankfurtu, postanowiliśmy skontrolować je zapomocą wywoływacza, sporządzonego przez nas samych, ściśle według przepisu Sachsa i Rondoniego. Wywoływacz ten miał barwę nieco ciemniej żółtą od oryginalnego, być może z tego powodu, że użyta doń lecytyna (ovo Merck) była blizko $1\frac{1}{2}$ roku przechowywana w pracowni naszej w ciepłocie pokojowej. Na 86 prób, w których porównawczo używaliśmy wywoływacza tego i naturalnego, wypadło 74 zgodnie, a 12 niezgodnie, i to 7 zupełnie niezgodnie a 5 częściowo. Z tych 12 niezgodnych prób 8 wypadło na korzyść wywoływacza naszego, a 4 na korzyść naturalnego. Na ogół wywoływacz ten, przez nas sporządzony, zdaje się być nieco czulszym od oryginalnego dlatego, że porównywany z wywoływaczami naturalnymi Ł i C, dał od nich obu korzystniejsze wyniki. I tak:

I. Serya (wyw. Ł) 24 prób 3 niezgodne, 2 na korzyść SR nasz., 1 na korz. nat.

II. Serya (wyw. C) 62 prób 9 niezgodnych, 6 na korzyść SR nasz., 3 na korz. nat.

Wrażenie to potwierdza także bezpośrednie porównanie wyników, uzyskanych w tychsamych próbach zapomocą wywoływacza sztucznego oryginalnego i naszego. Na 59 takich prób 8 dało wyniki niezgodne i to 2 na korzyść oryginalnego wywoływacza, a 6 na korzyść naszego. Być może, że ta różnica ma swą przyczynę w tem, że nasz wywoływacz był świeżo sporządzony, zaś oryginalny Sachsowski dłużej przechowywany. Te pomyślne nasze wyniki zgadzają się z wynikami Facchiniego, który sam 4 razy sporządził wywoływacz sztuczny A i otrzymał stale wyniki zgodne z wywoływaczem oryginalnym. Natomiast nie umiemy sobie na razie wytłómaczyć niepomyślnych wyników, uzyskanych przez Rajchmana i Szymanowskiego z wywoływaczem sztucznym, przez nich sporządzonym.

Przystępując teraz do ostatecznej oceny wartości sztucznych wywoływaczy, musimy przedewszystkiem stwierdzić, że w żadnym przypadku z surowicą osobnika na pewno wolnego od kiły, nie otrzymaliśmy zahamowania. W jednym tylko przypadku zimnicy u 15-letniej dziewczyny mieliśmy częściowe zahamowanie w pierwszej rurce z wywoływaczami sztucznymi, natomiast wywoływacz naturalny dał wynik zupełnie ujemny. Tak więc w przeciwieństwie do różnych swoich poprzedników sztucznych wywoływacz SR okazuje się u nas, zarówno jak u Sachsa i Rondoniego i u Facchiniego, w wynikach swych zupełnie swoistym. Co się tyczy czułości wywoływaczy sztucznych, to okazała się ona w wielu przypadkach większą, niż u wywoływaczy naturalnych, dając w szeregu osobników kiłowych zupełne lub częściowe zahamowanie tam, gdzie wywoływacz naturalny, dał wynik ujemny. Pozornie wysoka liczba prób niezgodnych, wyżej przytoczonych, nie obciąża zbytnio sztucznego wywoływacza, jeśli się uwzględni, że w ocenie różnic byliśmy bardzo surowi, wliczając w nie także drobne różnice ilościowe, że w znacznej swojej części przemawia ona właśnie na korzyść wywoływacza SR, że wreszcie w wielu przypadkach, policzonych między zgodne, ogólne wrażenie, w liczby nie dające się ująć, dawało również pierwszeństwo odczynowi z wywoływaczem sztucznym. Musimy tedy uznać zgodnie z Facchinim, że próba Sachsa i Rondoniego, choć może nie rozwiązała ostatecznie postawionego przez nich zagadnienia, to jednak do rozwiązania tego bardzo się już zbliża. Po poprzednich naszych wywodach nie potrzebujemy dodawać, że uzyskanie tego celu będzie przedstawiało znaczny postęp w próbie Wassermanna, ujednostajniając ją i uprzystępniając podobnie, jak to uczynił Ficker dla próby Widala.

Jeżeli pomimo bardzo pomyślnych wyników, jakie uzyskaliśmy ze sztucznym wywoływaczem zauważamy, że próba Sachsa i Rondoniego zbliża się dopiero do ostatecznego rozwiązania, to czynimy to dlatego, że tak u Sachsa i Rondoniego, jak u Facchiniego wywoływacze naturalne okazały się nieco czulszymi od sztucznych. I w naszych doświadczeniach wywoływacz C okazywał pewną wyższość — przynajmniej nad oryginalnym wywoływaczem Sachsowskim. Sądzimy tedy, że należy przez dalsze, przypuszczalnie nieznaczne modyfikacye udoskonalić wywoływacz sztuczny, doprowadzając go do sto-

pnia czułości najlepszych wywoływaczy naturalnych. Wywoływacz sztuczny, zarówno oryginalny, jak i przez nas sporządzony, okazał się w naszych doświadczeniach zgodnie z Facchinim, a wbrew twierdzeniu Sachsa i Rondoniego krwiobójczym wobec krwinek czerwonych barana i to sam przez się, a także w połączeniu z dopełniaczem. Otóż Facchini utrzymuje, że obecność kwasu oleinowego, który sam przez się nie wiąże dopełniacza, a działa krwiobójczo, jest dla sztucznego wywoływacza niepożądana. Opierając się na tem, sporządziliśmy sztuczny wywoływacz bez kwasu oleinowego według następującego przepisu:

2·5 g. lecytyny (ovo-Merck)
2·5 g. oleinianu sodowego (Kahlbaum)
1000 c. alkoholu.

Sporządzenie odbywa się tak samo, jak przy wywoływaczu SR. Dla wyrównania ubytku kwasu oleinowego używaliśmy tego wywoływacza w zawiesinie 2-krotnie rozcieńczonej (zamiast 6-krotnie). Później używaliśmy wywoływacza według przepisu:

0·1 g. lecytyny
0·1 g. oleinianiu sodowego
25 c. alkoholu

w zawiesinie 5-krotnie rozcieńczonej, co daje taką samą zawartość ciał czynnych, jak w zawiesinach poprzedniej mieszaniny. I ten wywoływacz, podobnie jak poprzedni, działa krwiobójczo sam przez się i w połączeniu z dopełniaczem. Z tym wywoływaczem wykonaliśmy 48 prób porównawczych, z nich 37 z wynikami zgodnymi, a 11 z niezgodnymi. Z tych 11 dało 9 wyniki zasadniczo różne i to 7 na korzyść naszego wywoływacza, a 2 na korzyść naturalnego, w 2 próbach wyniki były ilościowo tylko różne na korzyść wywoływacza naturalnego. Przytoczony wyżej przypadek zimnicy z tym wywoływaczem dał wyraźne zahamowanie. Porównując ten wywoływacz z oryginalnym Sachsowskim i z naszym, sporządzonym według Sachsa i Rondoniego, stwierdzamy, że jest on nieco czulszym od oryginalnego, a zbliża się do naszego. Wskutek tego i tej naszej próby, mimo względnie pomyślnych jej wyników nie uważamy jeszcze za ostateczne rozwiązanie zagadnienia sztucznych wywoływaczy.

Wypada tu zaznaczyć, że Sachs i Rondoni we wstępnych swoich badaniach nad sztucznymi wywoływaczami, próbowali już wywoływacza, złożonego tylko z lecytyny i oleinianu sodowego, a bez kwasu oleinowego. Ale okazał się on u tych autorów za mało czułym, jakkolwiek był swoistym. Być może, że inne stosunki ilościowe (szczegółów tych prób Sachs i Rondoni nie podają), w jakich ci autorowie używali tego wywoływacza, tłómaczą różnicę między ich wynikami a naszymi.

Oprócz klasycznej metody Wassermanna porównywaliśmy jeszcze wyniki, otrzymane ze sztucznymi wywoływaczami zapomocą próby Bauera. Wyniki zebraliśmy w poniższem zestawieniu:

Wywoływacz:	prób	niezgodnych	na korzyść Bauera	na korzyść sztuczn. wyw.	nie do użycia
SR oryg.	74	3	1	2	23
SR Nasz	58	6	2	4	13
Bez kw. olein.	42	8	2	6	10
Razem	174	17	5	12	46

Próby zestawione w ostatniej kolumnie oznaczają takie, których wyników nie można było użyć z powodu zahamowania w rurce kontrolnej. Jak widzimy, wywoływacze sztuczne okazały się i w próbach z modyfikacyą Bauera czulszymi od wywoływaczów naturalnych.

Ubocznie wspominamy, że surowica 5 ludzi, szczepionych metodą Pasteura przeciw wodowstrętowi, dała bezpośrednio po skończeniu tego leczenia wynik zupełnie ujemny — wbrew podaniu, jakie znaleźliśmy niedawno w piśmiennictwie.

Zbierając wszystkie nasze doświadczenia, poczynione z trzema wywoływaczami sztucznymi, widzimy, że na 267 prób, mieliśmy 228 wyników zupełnie zgodnych ($= 85·4\%$), zaś $39 = 14·6\%$ częściowo lub zupełnie niezgodnych i to $14 = 5·2\%$ na korzyść wywoływaczy naturalnych, $25 = 9·4\%$ na korzyść sztucznych. Pomimo tej przewagi na korzyść wywoływaczy sztucznych nie chcemy bynajmniej twierdzić, jakoby one w swej dzisiejszej postaci już były lepsze od naturalnych, sądzimy jednak na podstawie prac Sachsa i Rondoniego, Facchiniego i własnej, że różnice wyników między wywoływaczami sztucznymi a naturalnymi nie są większe od tych, jakie mogą dawać różne wywoływacze naturalne. (Zob. tabl.).

Chcemy jednak zaznaczyć, że ideał jednolitości, który stanowi główny cel stworzenia wywoływaczy sztucznych, nie jest jeszcze ostatecznie osiągnięty. Różnice, zachodzące w wynikach otrzymanych zapomocą wywoływacza oryginalnego i sporządzonego przez nas, zasługują bądź cobądź na uwzględnienie. Jeżeli te różnice zależą, — jak przypuszczamy — od długości przechowania wywoływaczy, to oczywiście w ich szerszem praktycznem zastosowaniu z okolicznością tą trzeba będzie się liczyć. Konieczną rzeczą byłoby zbadać, przez jak długi czas i w jakich warunkach przechowania wywoływacz sztuczny zachowuje niezmienioną czułość. Może też wiek i stan składników, używanych do sporządzania wywoływacza (a przedewszystkiem lecytyny, jako ciała bardzo chwiejnego), nie jest bez wpływu na jego sprawność i stałość. Dla zabezpieczenia tej stałości wywoływaczy byłoby bezwątpienia najbardziej pożądanem, gdyby jakaś wielka i godna zaufania fabryka chemiczna podjęła się sporządzania ich na wielką skalę, podobnie jak się to stało z płynem Fickera.

Obok omawianych dotąd korzyści praktycznych, jakie przedstawiałoby zastąpienie wywoływaczy naturalnych sztucznym, należy wreszcie także podnieść znaczenie teoretyczne tych usiłowań. Zastąpienie wyciągów z narządów kiłowych wyciągami z narządów zdrowych odjęło odczynowi Wassermanna charakter ścisłej swoistości, przekonując, że istotą czynną w wyciągach kiłowych nie są ciała pochodzące z krętka bladego. Z drugiej strony zastąpienie wyciągów wodnych wyskokowymi pokazało, że nie chodzi tu o ciała białkowate lub do nich zbliżone, za jakie przywykliśmy uważać wywoływacze bakteryjne, lecz o ciała tłuszczowe lub tłuszczowate (lipoidy). Próby, czynione ze zawiesinami różnych tych ciał tłuszczowatych, przez niedostateczną swoistość swych wyników zdawały się przemawiać za pewną swoistością z wyciągów narządów. Otóż wyniki otrzymane z wywoływaczem sztucznym pokazują, że ściśle określone ciała chemiczne, brane z osobna lub w pewnych kombinacyach, mogą dawać wyniki, co do swoistości nie-

ustępujące zupełnie wynikom, otrzymanym zapomocą wywoływaczy naturalnych. Przemawiają one też za tem, że swoistość wyciągów naturalnych polega prawdopodobnie na ustosunkowaniu ilościowem zawartych w nich ciał tłuszczowatych i soli żółciowych, zwłaszcza, jeśli się zważy, że lecytyna wchodzi w skład wszystkich prawie narządów a mydła, według badań Benekego są zawarte w ilości zwiększonej w wątrobie kiłowej. Możnaby też przypuścić, że różny stopień przemian wstecznych, zarówno chorobowych, jak pośmiertnych, w tych wątrobach kiłowych warunkując różne stosunki ciał tłuszczowatych, wchodzących w wyciągi naturalne, wpływa przez to na nierównomierną wartość różnych takich wyciągów dla próby Wassermanna. Oczywiście nie sądzimy, żeby stosunki ilościowe w tych wyciągach naturalnych musiały być koniecznie te same, co we wywoływaczu sztucznym SR, owszem jest zupełnie możliwem, że tesame ciała lub nawet pokrewne w odmiennych stosunkach ilościowych mogą dawać wyniki równie dobre lub nawet lepsze. Bądź cobądź można się spodziewać, że dalsze badania nad sztucznymi wywoływaczami pozwolą nietylko ze strony praktycznej udoskonalić próbę Wassermanna, lecz także nieco rozświetlić ciemną dotąd istotę tego odczynu.

Streszczenie wyników pracy:

1. Wywoływacz Sachsa i Rondoniego jest ściśle swoistym.

2. Czułość jego równa się prawie czułości wywoływaczów naturalnych.

3. Co do jednolitości i trwałości nie można na razie jeszcze wydać ostatecznego sądu.

4. Wywoływacz bez kwasu oleinowego co do swoistości i czułości nie ustępuje wywoływaczowi Sachsa i Rondoniego.

5. Swoistość wyciągów z wątrób kiłowych zdaje się polegać na pewnych ściśle określonych ilościowych stosunkach znanych ciał chemicznych (ciała tłuszczowate, sole kwasów żółciowych).

Piśmiennictwo. Beneke: Berl. klin. Woch. 1908. Nr 15. — Elias-Neubauer-Porges-Salomon: Wiener klin. Woch. 1908. Nr 21—23. — Facchini: Ztschr. f. Immunitätsforsch. Or. II. 3. H. S. 257—304. — Rajchman i Szymanowski: Przegl. lek. 1909 S. 387. — Sachs-Rondoni: Ztschr. f. Immunitätsforsch. Or. I. H. 1. S. 132—151.

Pozapłciowe zakażenie kiłą.

Napisał

Dr Jan Papée.

(Ciąg dalszy).

D. Zmiany pierwotne na sutkach u kobiet.
3 przypadki.

11) L. M. 1. 6. 1900, l. prot. 485. Na obu brodawkach piersiowych wrzody pierwotne o wyglądzie cechującym; brodawki same spłaszczone, brzegi i dno wrzodów wybitnie twarde. Gruczoły pod pachą po obu stronach duże i twarde. Zakażenie powstało przez karmienie dziecka, zrodzonego z rodziców świeżą kiłą dotkniętych. Po zabliźnieniu się wrzodów, przy stosowaniu maści z praecipitatu białego, chora zaprzestała się leczyć.

12) K. H. 7. I. 1902 mężatka, l. prot. 930. Na lewym sutku, tuż poniżej brodawki, wrzód pierwotny, wielkości dwugroszówki, o dnie słoninowatem, brzegach i podstawie naciekłej. Gruczoły pachowe i piersiowe lewe wybitnie powiększone. Równocześnie wysypka guzkowo-plamista na całym tułowiu, kłykciny sączące na częściach rodnych. Zakażenie przez karmienie dziecka pochodzącego z rodziców, których przed rokiem miałem u siebie w leczeniu.

13) Z. 28. 1. 1909, l. 1326. Chora wyszła za mąż w październiku 1908. W krótki czas po ślubie, po ukąszeniu przez męża w obie brodawki, wystąpiły na nich ranki, trudno się gojące, prawie równocześnie obrzmienie gruczołów pachowych i piersiowych. Później wystąpiły plamy na tułowiu, strupki na owłosionej części głowy, wypadanie włosów na głowie i zmiany na częściach rodnych. Stan ten skłonił chorą do szukania porady lekarskiej. W dniu badania 28. 1. 1909 stwierdziłem na brodawce lewej małą ciemną bliznę, sierpowatego kształtu, lekko przy obmacaniu stwardniałą, mierne zgrubienie całej brodawki; na brodawce prawej blizna tego samego kształtu i rodzaju, ale nieco mniejsza. Gruczoły pod pachą, zwłaszcza lewą, i na mięśniu dużym piersiowym leżące, twarde, powiększone do rozmiarów sporych orzechów włoskich. Na błonie śluzowej warg ustnych i części rodnych liczne kłykciny sączące.

E. Zmiany pierwotne na udzie, palcach i w kiszce odchodowej (5 przypadków).

14) A. L. 8. 7. 1899, l. prot. 411. lat 19 dziewczyna, wrzód pierwotny w połowie uda prawego ze znacznem obrzmieniem gruczołów pachwinowych. Kształt i wygląd wrzodu nie przedstawiał nic odbiegającego od zwykłego typu; sposób nabycia niewyjaśniony.

15) L. M. mężatka 12. 5. 1903, l. 1089. Wrzód pierwotny poniżej otworu kiszki odchodowej; gruczoły pachwinowe prawe powiększone, twarde. Kłykciny sączące na częściach rodnych. Zakażenie nabyte od męża, który się zaraził przed 2 miesiącami, a od czasu podejrzanego spółkowania, ze żoną nie miał wrzekomo wcale stosunków, (małżeństwo, mające 7 dzieci, przed 16 laty zawarte). — W dalszym przebiegu, po 2 latach od zakażenia, wystąpiły objawy kiły późnej, w postaci jużto wrzodów kilakowych na lewem przedramieniu, już też nierozpadłych kilaków na ramieniu prawem. Zmiany w ciągu następnych 2 lat kilkakrotnie na kończynach górnych i twarzy się powtarzały. Postać kiły, zdradzającej w swych nawrotach i ich formach, pewną uporczywość i złośliwość przebiegu; trudno było jednakże znamiona te przypisać pozapłciowej lokalizacyi, wobec tego, że przebieg u męża, którego równocześnie leczyłem, przedstawiał zupełnie te same cechy.

16) S. D. 12. 5. 1907, l. prot. 1231, chłopiec 3-letni. Wrzód pierwotny około kiszki stolcowej; kłykciny łuków przednich. Zakażenie niewątpliwie pośrednie od matki, zamężnej od lat kilku, matki 3 dzieci, która się zaraziła w czasie kilkomiesięcznego pobytu poza domem, a u której w marcu tegoż roku stwierdziłem rozgałęzione szeroko zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej, na częściach rodnych zaś plamy barwikowe po świeżo wessanych kłykcinach. Mąż chorej nie okazywał przy kilkakrotnem badaniu żadnych objawów świeżej lub dawnej kiły i wogóle zaprzeczał jej przebyciu kiedykolwiek.

17) J. G. chłopiec 2-letni. 3. 6. 1897, l. 89. Wrzód pierwotny na wzgórku łonowym, kłykciny sączące na skórze członka. W jaki sposób zakażenie przyszło do skutku, niewiadomo. Rodzice dziecka zdrowi. Później chorego tego już nie widziałem.

18) Zmiany pierwotne na palcach u lekarza, o których poniżej wspominam.

F. Dwa przypadki zakażenia pozapłciowego bez wykazania siedziby zmiany pierwotnej.

Oba przypadki należą do rodzaju zakażeń rodzinnych, a mianowicie:

19) A. H. dziewczynka 3-letnia, przyprowadzona przez rodziców 9. 11. 1898, przedstawia liczne kłykciny sączące na częściach rodnych i około otworu stolcowego. Zmiany pierwotnej wykazać nie można, choć niezaprzeczenie mogła być nią jedna ze zmian, mających w danej chwili charakter jednakowych zupełnie kłykcin. Ojciec dziecka, wieśniak z K., był u mnie w leczeniu od miesiąca, 6. 10. bowiem stwierdziłem u niego wrzód pierwotny na członku, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i liczne kłykciny na napletku, mosznach i wewnętrznych po-

wierzchniach obu ud. Dziecko niewątpliwie zaraziło się od ojca albo przez bezpośrednie zetknięcie lub pośrednio przez używanie łyżek, naczyń i t. p.

20) M. B. Dziewczynka 6-letnia 3. 2. 1895. W r. 1894 leczyłem młodego 20-letniego mężczyznę, z powodu świeżej kiły. Po kilku miesiącach trwania choroby u niego, zawezwany zostałem przez rodziców do domu do 6-letniej siostry chorego, u której stwierdziłem kłykciny na błonie śluzowej warg ustnych, na łukach i na częściach rodnych, nadto resztki już ustępującej wysypki plamistej na tułowiu. Siedziby zmiany pierwotnej wykazać nie mogłem, sposób przeniesienia się choroby pozostał niewyjaśnionym, nie ulegało tylko żadnej wątpliwości, iż choroba udzieloną jej została przez brata, najprawdopodobniej stało się to przez używanie wspólnych naczyń lub sprzętów domowych.

Wiemy o tem, że bramą wejścia zarazka kiłowego może być każde miejsce powłok skórnych, czy też błon śluzowych ustroju, o ile miejsce to, przez zranienia lub owrzodzenia, a nawet przez drobne i niedostrzegalne pęknięcia albo otarcia, przedstawia warunki korzystne dla przeszczepienia się zarazka. Potwierdzenie tego zjawiska znajdujemy w licznych spostrzeżeniach, opierających spotykanie zmian pierwotnych na najrozmaitszych miejscach ustroju. Niektóre jednakże miejsca są częściej siedzibą zmian, łącząc w sobie prócz właściwości utkania, łatwiej podlegającego zranieniom, kilka momentów więcej sprzyjających udzielaniu się choroby, jużto z tytułu swego położenia, częstszego stykania się ze światem zewnętrznym, jużteż z przyczyny czynności, przez nie wykonywanych. I tak wargi ust bywają najczęściej siedzibą zmiany pierwotnej, na drodze pozapłciowej udzielonej. Bulkley w swojej wielkiej statystyce umieszcza je na pierwszem miejscu, podając 22·5% dla nich, Czystjakow na podstawie materyału Tarnowskiego, oblicza ten stosunek na 30%, a Krefting z Chrystyanii nawet na 51% wszystkich zakażeń. Rzecz ta będzie zupełnie zrozumiałą, jeżeli z jednej strony uwzględnimy częstość i łatwość stykania się warg z możliwemi źródłami przeniesienia zarazka, a z drugiej okoliczność, że błona śluzowa ich łatwiej podlega obrażeniom, pęknięciom u zdrowych, a jest siedzibą najczęstszych zmian powrotnych u chorych.

Następne miejsce co do częstości, według Bulkleya, zajmują brodawki piersiowe i sutki kobiet (12·49% — karmienie), dalej palce rąk (5·08% — lekarze, akuszerki), spojówka powiek (4·51%), migdały (4·91%); mniej więcej tę samą kolejność co do częstości podają spostrzeżenia innych autorów (Fournier, Pospelow, Neumann, Krzyształowicz i Mayzel). Mniej częstymi, jako siedziba wrzodu pierwotnego są język, nos, policzki i podbródek; co do siedziby zmian w jamie ustnej, to Sędziak w statystyce przez siebie zebranej, na pierwszem miejscu kładzie wargi (2189 przypadków), następnie migdały, nos. W naszej literaturze podał Wróblewski[42]) przypadek wrzodu na dnie nosa u 33-letniej służącej, u której miał on powstać przez wynoszenie opatrunków, chorego na kiłę służbodawcy. Następnie Pacyna[43]) opisał zmianę pierwotną na lewem skrzydełku nosa, chory jednakże nie podał, w jaki sposób zakażenie przyszło do skutku. Rosmarin[44]) zaś stwierdził wrzód pierwotny na przegrodzie nosowej.

O wiele rzadziej spotykano wrzód pierwotny w uszach, takich przypadków Sędziak podaje tylko 28 z całej literatury. Przypadek umiejscowienia się wrzodu na uchu zewnętrznem opisał Reiss[45]) w r. 1901, a powstać on miał przez skaleczenie się brzytwą, pochodzącą od chorego na kiłę. Drugi przypadek podał Rosmarin (dziecko z wypryskiem sączącym na twarzy zaraziło się od piastunki).

Zmiany pierwotne z siedzibą na migdałkach, należą według spostrzeżeń w literaturze z różnych stron podawanych, do rzeczy stosunkowo częstych; spostrzeżenia te jednak mnożą się dopiero mniej więcej od r. 1880. Dawniejsi syfilidologowie albo wprost zaprzeczali możliwości usadowienia się zmiany pierwotnej w tem miejscu, (Roux), inni zaliczali ją do bardzo wielkich rzadkości. Szadek[46]) w obszernej rozprawie, odnoszącej się do omawianego przedmiotu, podaje, że wskutek tego do r. 1879 znanych było wogóle tylko 40 takich przypadków, podczas gdy w następnem 15-leciu było ich 232, a w tej sumie 200 z umiejscowieniem na migdałkach. Tę rzadkość w stwierdzaniu zmiany w latach dawniejszych przypisuje on jednakże niewłaściwemu rozpoznawaniu. Bulkley we wspomnianej już kilkakrotnie obszernej swojej statystyce, podaje ilość spotkanych do r. 1890 zmian pierwotnych na migdałkach na 307 (4·91%), co do częstości umieszcza je na szóstem miejscu, a Münchheimer uzupełnia tę liczbę do 504 przypadków (do r. 1905); wśród przypadków kiły pozapłciowej zebranych przezemnie z literatury a opublikowanych od r. 1896 do końca 1908 znalazłem 114 (13·5%), z umiejscowieniem na migdałkach. W końcu Sędziak[47]) w statystyce zebranych przez siebie wrzodów pierwotnych w jamie ustnej, gardłowej, nosa i w uszach podaje dla migdałków 599 przypadków na 790 wogóle w jamie gardłowej spotykanych.

Wobec tedy tej stosunkowo większej częstości tego rodzaju zmian w literaturze obcej, zadziwić nas musi zbyt mała ilość spostrzeżeń u nas notowanych. Oprócz bowiem 6 przypadków, podanych przez Krzyształowicza i Mayzla dla krakowskiego szpitala za okres 14-letni, poszczególne przypadki ogłosili jeszcze Szadek, który do r. 1884 stwierdził 3, do r. 1891 zaś 4, razem wogóle 7 przypadpadków, Dębicki[48]) jeden przypadek, w którym młoda kobieta zarazić się miała od własnego dziecka, w końcu Wróblewski[49]) podał i opisał dwa przypadki, jeden tyczący się 25-letniej mężatki, drugi zaś 44-letniej kobiety, u której początkowo rozpoznano ropień okołomigdałowy, a dopiero dalsze objawy wskazywały na prawdziwą przyrodę cierpienia. Że tak mała ilość spotykanych u nas zmian pierwotnych w jamie gardła, w szczególności na migdał-

---

42) Wróblewski. Kilka uwag o późnym syfilisie nosa. Gazeta lekarska. 1896. Nr 19.

43) Pacyna. Przypadek rzadkiej siedziby wrzodu pierwotnego. Przegląd lekarski. 1906.

44) Rosmarin. Rzut oka na endemię kiły w pow. kossowskim. Tyg. lek. 1908. Nr 19.

45) Reiss. Dwa przypadki rzadkiego umiejscowienia zmiany kiły pierwotnej. W. med. Presse 1901.

46) Szadek l. c.

47) Sędziak l. c.

48) Przegląd lekarski. 1873, str. 337. Nr 41.

49) Wróblewski. Wrzód syfilityczny pierwotny na migdałku. Gazeta lekarska, T. XV. R. 1895. Nr 45.

kach, nie jest rzeczą przypadkową, to na potwierdzenie tej okoliczności mogę przytoczyć, że na oddziale wenerycznym szpitala lwowskiego, w ciągu lat siedmiu, mimo bardzo licznego materyału (liczba chorych dosięgała corocznie do 600 z kiłą pierwotną i wtórorzędną), nie mieliśmy ani jednego wrzodu pierwotnego na migdałkach, w długoletniej zaś praktyce prywatnej miałem sposobność tylko raz go stwierdzić.

W ogólności, jeżeli się rozważy najczęstsze sposoby przenoszenia się zarazka na drodze pozapłciowej, a mianowicie pocałunek, używanie wspólnych naczyń, ukąszenie, w końcu przewrotny popęd płciowy (coitus per os, cunnilinguus), to trudniej zrozumieć, dlaczego zarazek kiłowy nie miałby się w pierwszym rzędzie usadowić na miejscach łatwiej na to narażonych, jako bardziej bezpośrednio się stykających, a mianowicie na wargach lub języku. Wprawdzie budowa anatomiczna migdałków, liczne ich krypty i wgłębienia stanowić mogą moment korzystny, z drugiej atoli strony, przeciwko tak łatwemu przyjęciu się zarazka na migdałkach, przemawiałoby, prócz oddalenia, ich położenie, z natury chronione łukami, następnie okoliczność, że zarazek ruchami połykowymi i śliną łatwo może być usunięty. Skłoniłbym się zatem osobiście do wyrażenia zapatrywania, że takie umiejscowienie zmian pierwotnych należy niewątpliwie do rzeczy rzadszych, a przy rozpoznawaniu jej należałoby mieć zawsze na pamięci, że zmiany wtórorzędne na migdałkach, z powodu rodzaju utkania ich i możliwości zakażenia wtórnego ziarenkowcami ropnymi, przybierają niekiedy charakter głębokich owrzodzeń, nacieków ropnych gnilnych, prowadzących do rozpadu całego gruczołu. Zmiany takie spotykałem niejednokrotnie w przebiegu kiły, zwłaszcza z cechą złośliwą, a gdy przy zmianach kiłowych na migdałkach wogóle, a tem więcej przy zmianach o takim charakterze, obrzmiewają najbliżej położone gruczoły chłonne (podszczękowe) i to do rozmiarów niekiedy bardzo wielkich, okoliczność ta może się stać łatwo powodem wadliwego rozpoznania.

Umiejscowienie się zmiany pierwotnej w krtani, należałoby uważać jako rzecz bardzo rzadką, podobne dwa przypadki z literatury podaje Sędziak[50]), jeden na nagłośni, drugi na prawej chrząstce nalewkowej, oba pochodzące z Francyi (Isambert i Saremone), w jednym droga zakażenia była nieznaną, w drugim miał nią być pocałunek. W ścisłość rozpoznania w pierwszym wypadku powątpiewał sam autor, co do drugiego, w szczególności sposobu zakażenia się, nie podobna zaznaczyć pewnej wątpliwości.

Do bardzo niezwykłych wypadałoby również zaliczyć przypadek ogłoszony przez Baileya[51]), w którym siedziba wrzodu była na górnym brzegu gardziela. Powstać on miał u 30-letniego mężczyzny w ten sposób, że żuł tytoń, udzielony mu przez przyjaciela, mającego zmiany kiłowe w gardle. W 3 tygodniu wystąpić miał wrzód pierwotny, a następnie objawy kiły ogólnej.

Niemniej rzadkie są umiejscowienia zmiany pierwotnej na owłosionej głowie, czole i szyi. Na głowie spotkałem w literaturze 4 przypadki, z tych jeden demonstrował w Tow. lekarskiem wiedeńskiem Rille z kliniki Neumana, a w jednym, ogłoszonym przez Grangego[52]), stwierdzono dwie zmiany pierwotne, odpowiadające ukąszeniom zębami w bójce. Zmiany pierwotne na szyi, karku powstają najczęściej po ukąszeniach, jeden taki przypadek opisał Giedroyć[53]) na środkowej linii karku; drugi na granicy karku i włosów tyłogłowia, w środku między linią kręgosłupa a lewego ucha, opisał w roku 1900 Stern[54]). Powstał on u pacyentki, żony urzędnika, cierpiącej od lat na wyprysk sączący głowy i szyi. Niewątpliwie zarazek przeniósł się w miejsce sączące palcami przy drapaniu, sposób jednak zakażenia nie został bliżej wyjaśnionym. Dalszy przebieg potwierdził w zupełności pierwotne rozpoznanie. Zmianę pierwotną na skórze klatki piersiowej w linii pachowej lewej opisał Reiss[55]), powstała zaś ona po ukąszeniu przez kobietę.

Ciekawe ze względu na rzadkość umiejscowienia, a jeszcze więcej na trudność w rozpoznaniu, a raczej w wyszukaniu zmiany pierwotnej, są przypadki, w których wrzód pierwotny usadowił się w kiszce odchodowej. Przypadków takich w dostępnej mi literaturze znaznalazłem w ogóle 5, dwa z nich ogłosił w r. 1899 Ohman Dusmenil[56]), dwa zaś Pisko[57]) z Nowego Jorku; z tych ostatnich jeden był usadowiony $1\frac{1}{2}$, a drugi 2 cale ponad zwieraczem. Bogrow z kliniki Pospelowa w Moskwie[58]) przytacza historyę choroby wieśniaka z okolic Moskwy, u którego stwierdzono objawy świeżej kiły drugorzędnej; chory zaprzeczał zarażeniu, a zmiany pierwotnej nie widział. Przy badaniu, mimo skrzętnych poszukiwań, nie stwierdzono nigdzie ani świeżej zmiany, ani jej śladów w postaci choćby nieznacznej blizny; badanie jam nosowej, ustnej, gardła a nawet krtani, dało w tym kierunku wynik ujemny. Gdy atoli chory uskarżał się raz przy wizycie na ból w kiszce stolcowej, zbadano go najpierw palcem, następnie wziernikiem i stwierdzono 8 cm nad otworem odchodowym wrzód, o średnicy blisko 1 cm. Powstanie jego wytłomaczono sobie pederastyą. Bogrow uważa tak wysokie umiejscowienie wrzodu w kiszce stolcowej, jako unikat w literaturze.

Źródłem przeniesienia kiły na drodze pozapłciowej, jest, rzecz jasna, tak samo, jak przy zakażeniu płciowem, sam chory kiłowy, w szczególności wydzieliny zmian, w okresie drugorzędnym powstających. Sposób atoli i droga, jaką zarazek się przenosi, może mieć miejsce albo przez bezpośrednie zetknięcie lub za pośrednictwem trzeciego czynnika, t. j. przedmiotów, używanych przez chorego i wydzielinami zanieczyszczonych. Bezpośrednio udzielić się

---

[50]) Sędziak l. c.

[51]) Bailey. Chancre of the oesophagus. Ref. Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 50.

[52]) Grange. Double chancre syph. du cuir chevelu. Ref. Archiv. f. D. u. S. T. 52.

[53]) Giedroyć. Notatki lek. z dziedziny chorób wenerycznych. Kronika lekarska 1894.

[54]) Stern Initialsklerose am Halse. Archiv. f. D. u S. 1900 T. 53

[55]) Reiss l. c.

[56]) Ohman-Dusmenil. Twenty five cases of extragenital Chancre observ. in 1897—1899. Ref. Archiv. f. D. u. S. T. 59.

[57]) Pisko. Zwei Fälle von extragen. Schankern. Ref. Montschr. f. pr. Dermat. T. 47. R. 1908.

[58]) Bogrow. Ein Fall von ungewöhnlicher Lokalisation des syph. Primäraffect. Monatschr. f. pr. Dermat. T. 44. R. 1907.

może przez zetknięcie chorego ze zdrowym, t. j. gdy zmiany kiłowe osoby chorej zetkną się z częścią ciała osoby zdrowej, pozbawioną jednakże w danem miejscu swej naturalnej ochrony t. j. nabłonka lub naskórka; zetknięcie zaś takie przychodzi najczęściej do skutku przez pocałunek, ukąszenie, badanie lekarskie palcem i t. p. Na drodze zaś pośredniej może się przenieść zarazek kiłowy zapomocą wspólnie używanych naczyń, łyżek, szklanek, odzieży, opatrunków, dalej przedmiotów używanych w pewnych zawodach, a zatem narzędzi lekarskich, brzytew, pijawek, w hutach szklanych zapomocą rurek, używanych do wydmuchiwania szkła. Jak zaś różnorakie mogą być te sposoby, dowodzi, że Bulkley zebrał ich około 100, a nabytą za ich pośrednictwem kiłę, podzielił na trzy główne grupy, nazywając ją od sposobów powstania 1) syphilis technica, 2) brephotrophica i 3) oeconomica.

W ogólności atoli wykrycie sposobu i drogi, którą zakażenie poszło, należy częstokroć do rzeczy bardzo trudnych, a w wielu wypadkach pozostają one zupełnie niewyjaśnionemi. Przyczyny podawane przez chorych, często są tak nieprawdopodobne, że należy je zawsze brać, jak to już na wstępie nadmieniłem, z wielką ostrożnością. Stosunkowo nie często uda się lekarzowi uchwycić związek przyczynowy między podanem przez chorego źródłem a jego zakażeniem; sposobność taka nadarzyła mi się raz w szpitalu w przypadku, w którym zgłosił się z dwoma wrzodami pierwotnymi na IV palcu ręki chory, ukąszony w bójce przez towarzysza. Na podstawie protokołów sprawdziliśmy, że wymieniony towarzysz przebywał przed 2 miesiącami na oddziale szpitalnym z powodu świeżej kiły ogólnej. Wrzody na palcu, jeden po stronie grzbietowej, drugi dłoniowej, odpowiadały zupełnie półkolistemu kształtowi, jaki powstaje po uchwyceniu palca zębami.

Dowodem, że wykrycie drogi zakażenia, najczęściej pozostaje niewyjaśnionem, jest okoliczność, że na 842 zebranych przezemnie z literatury przypadków, tylko w 121 podawali chorzy sposób nabycia kiły, a sposobów tych było aż 30! Oprócz tego było 143 zmian pierwotnych, umiejscowionych na brodawkach piersiowych u kobiet, powstałych najczęściej przez karmienie dzieci kiłowych. Powiadam najczęściej, gdyż oprócz karmienia, znane są w literaturze przypadki wrzodów, powstających w tem miejscu z innych przyczyn, a mianowicie procederów, mających na celu zapobieganie zastoinom mlecznym w gruczołach przy odłączaniu dzieci. Sonnenberg[59]) podaje, że takie odciąganie pokarmu odbywa się często zapomocą wysysania ustami przez drugie kobiety i sam przytacza spostrzegany przez siebie przypadek, w którym wrzód pierwotny powstał wskutek masowania i zwilżania śliną gruczołu piersiowego, przez chorą z powodu kiły kobietę.

Częstość umiejscowiania się zmiany pierwotnej na brodawkach piersiowych tłomaczy nam ten fakt, że zakażenia pozapłciowe zdarzają się o wiele częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn, z pewnem zaś prawdopodobieństwem można przypuszczać, że właśnie w tej kategoryi wrzodów pozapłciowych, wiele nie dochodzi do naszej wiadomości, jako zdarzających się wśród kobiet mało inteligentnych, i nie wiele zważających na stan swego zdrowia.

[59]) Sonnenberg. Źródła i drogi pozapłciowego szerzenia syfilisu. Zdrowie. T. XIII. R. 1897.

Z tej okoliczności, którą wszyscy zgodnie podają, iż wargi ust są najczęstszą siedzibą zmian pierwotnych, wnosićby należało, że pocałunek, nieczyste szklanki, naczynia, łyżki, są bardzo częstym pośrednikiem w przenoszeniu zarazka, jakkolwiek sami chorzy rzadko podają je jako przyczynę nabycia choroby. Przypadek taki opisał Trzciński, w którym zakażenie powstało na wardze u panny, pijącej herbatę ze szklanki narzeczonego, Neumann zaś podał przypadek zakażenia 50-letniej kobiety od wnuczki, której podawany łyżeczką pokarm, przedtem sama próbowała.

O przypadkach wrzodów pierwotnych, z siedzibą na wargach ust, w ktorych niewątpliwie przyczyną powstania był całus osoby chorej, wspominają nadto Neumann, Kreibich, Sawin, Bayon, a Kowalewski o zmianie pierwotnej, powstałej tą drogą na górnej powiece oka. Nie mniej liczne są spostrzeżenia w literaturze, w których pochodzenie zmiany pierwotnej stwierdzono od używania naczyń: Kudisch[60]) np. opisał dwa wrzody na wardze górnej u studenta, który w laboratoryum używał tej samej rurki szklanej, co jego chory kolega.

Do bardzo częstych sposobów, którymi przenosi się kiła na drodze pozapłciowej, należą zakażenia nabyte przy wykonywaniu pewnych zawodów — zakażenia zawodowe (syphilis technica Bulkleya), z przeważnem umiejscowieniem się zmiany pierwotnej na palcach. Bulkley umieszcza je co do częstości na trzeciem miejscu, a stosunek ich do wszystkich zakażeń pozapłciowych wynosi według Hellera 5·1%. Grupie tej najwięcej dostarczają materyału lekarze, akuszerki, dozorcy chorych; wśród zebranych przezemnie z literatury przypadków, na 121 na pewne stwierdzonych źródeł choroby, odnosiło się 27 do lekarzy i akuszerek.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Głuskin. **Znaczenie wczesnej intubacyi w pojawianiu się zapalenia płuc.** (*Prakt. Wracz.* 1909. Nr 8). Przyczyny częstego występowania zapalenia płuc przy krupie, należy, zdaniem autora, szukać przedewszystkiem w tem, że po dłużej trwającem zwężeniu krtani i tchawicy następuje niedodma pęcherzyków płucnych i zastój krwi. Wszystko to zmniejsza odporność organizmu i stwarza warunki dogodne do usadowienia się tam mikrobów. Wyniki sekcyi potwierdzają taki pogląd. Zapaleniu płuc towarzyszy w 72% zajęcie krtani i tchawicy i tylko w 48% innych odcinków. (Councilman, Mallory, Peaurée). Autor na swoim oddziale w szpitalu żydowskim w Ekaterynosławiu zaczął stosować intubacyę ile możności jak najwcześniej. Gdy zwykłe zabiegi (kąpiel gorczyczna, bańki i t. p.) nie usuwały objawów zwężenia, autor natychmiast przystępował do intubacyi. Z wyników leczenia jest G. bardzo zadowolony. Na 74 przypadków błonicy (w ciągu 1907 r.) zmarło 2 dzieci, 2 zaś wyszło ze szpitala nie zupełnie zdrowych. Zatem jeżeliby nawet liczyć zejść śmiertelnych 4, to procent śmiertelności wypadnie 5,4%. Między przyjętymi na oddział było 18 przypadków krupu. Z tej liczby 1 dziecko zmarło, ale i to przyjęte było już z zajęciem płuc, a u reszty zapalenie płuc nie wystąpiło.

Autor podkreśla jeszcze korzystny wpływ wczesnej intubacyi na sprawność serca. *L. Mańkowski.*

[60]) Kudisch. Zwei Fälle von professioneller syphil. Infection Syphilis insontium. Ref. Monatsch. f. pr. Dermat. T. 44.

Sokołow. **Leczenie zapaleń surowiczych opłucnej okładami rozgrzewającymi.** (*Wracz. Gaz.* 1909, Nr 21). Autor w ciągu 2 lat na klinice Prof. Czernowa w Kijowie badał wpływ okładów Priessnitza na wessalność wysięku w zapaleniach opłucnej surowiczych. Wszystkich spostrzeżeń S. zebrał 30, z tych podaje szczegółowy opis 15. Sposób leczenia, stosowany przez autora, był następujący. Na łóżku rozścielano wełniany koc, na to kładziono cienką ceratkę, a następnie prześcieradło, zwilżone ciepłą wodą (30—32° R.) i szybko zawijano w to wszystko chore dziecko; pierwszego dnia na $^1/_2$ godziny, drugiego — na 1 godz. i t. d. aż do 4 — na 2 godz., następnie zmniejszano ilość czasu aż do $^1/_2$ godziny na 7. dzień. Zwykle dostateczny był cykl takiego leczenia, tylko w 1 przypadku musiał autor zastosować 2 takie cykle. Dzieci znosiły okłady tak dobrze, że nawet zasypiały w tym czasie. Wyraźnego wpływu na ciepłotę, tętno, oddech i ciśnienie krwi autor nie zauważył. Zwykle po zastosowaniu takiego okładu 1. lub 2. dnia występował obfity pot; przytem, czem silniej dziecko pociło się, tem szybciej ustępował wysięk; ilość moczu wcale nie była zmniejszona w tym czasie.

Ponieważ w ogromnej większości przypadków po takiem leczeniu następuje wessanie się płynu, ponieważ sposób taki jest prosty, łatwy i każdemu dostępny, autor dochodzi do przekonania, że takie okłady powinny zająć poważne miejsce w leczeniu zapaleń surowiczych opłucnej. *L. Mańkowski.*

Fränkel. **O uruchomieniu klatki piersiowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 28). Ze wszystkich sposobów uruchomienia klatki piersiowej najpewniejszym jest bezwarunkowo sposób, podany przez Klappa, t. j. pełzanie. F. zrobił spostrzeżenie, że pełzanie to przez silną gimnastykę i uruchomienie klatki piersiowej działa zarazem bardzo korzystnie na wentylacyę płuc, serce i naczynia. W 2 przypadkach skrzywień kręgosłupa, powikłanych wadami serca, pełzanie wpłynęło zarazem i na krążenie, przynosząc szybko wybitną ulgę. Z tego też powodu nie waha się F. polecić pełzania, jako środka zapobiegawczego i leczniczego wobec zaburzeń krążenia. Nadto poleca F. pełzanie przy skłonności do gruźlicy, ćwiczy ono bowiem znakomicie klatkę piersiową. *K.*

Parlavecchio. **Doświadczalne wycinania osierdzia i lecznicza możność ich stosowania.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 98, II—III.). Swego czasu Amerio z doświadczeń swych na królikach doszedł do przekonania, że u zwierząt można wycinać części osierdzia, a nawet cały worek, wobec czego usuwanie osierdzia u ludzi w razie n. p. zajęcia nowotworowego uznał za zabieg zupełnie możebny i uprawniony. P. podjął doświadczenia na psach i doszedł do innego przekonania. Wycinanie osierdzia, nawet częściowe, nie jest obojętne dla ustroju, wywołuje bowiem zmiany ogólne i przerost lewej komory, wobec czego nie mógłby polecać tego zabiegu u ludzi, chyba już w ostatecznych przypadkach. *K.*

Helman. **Przyczynek do kazuistyki tętniaków gardła** (*aneur. art. carot. int.*). (*Medyc. i Kron. lek.* 1909, Nr 29—30). Dotychczas opisano wogóle zaledwo 12 przypadków tętniaków gardła, a z tego w piśmiennictwie polskiem jeden urazowy (Lewenstein). W przypadku H. u chorej 56-letniej wystąpiło od roku wypuklenie prawej połowy podniebienia miękkiego i odpowiedniej połowy gardła, a podmiotowo uczucie ciała obcego w gardle. Na pierwszy rzut oka cierpienie sprawiało wrażenie ropnia okołomigdałkowego. Badanie stwierdziło miarowe tętnienie, wyczuwalne dokładnie palcem. Od strony szyi wypuklenia wyczuć nie można, przez otoskop wyraźnie słychać tętnienie. H. rozpoznał tętniaka gardła i zaproponował chorej podwiązanie tętnicy szyjnej, lecz chora na zabieg się nie zgodziła. Dodać należy, że nad guzem słychać było wyraźnie szmer podmuchowy, słabnący przy uciskaniu tętnicy szyjnej. W opisanych dotychczas przypadkach rozpoznanie nie było łatwe i często brano tętniak za ropień, nakłuwano go lub przecinano, co pociągało ze sobą skutki fatalne. W kilku przypadkach tętniak powstał na tle ropnia okołomigdałkowego (podobnie i w przypadku autora), co tłómaczyć sobie należy nadżarciem tętnicy przez ropę. Przy tętniakach gardła, o ile istnieje guz zewnętrzny, to usadowiony jest w okolicy żuchwy lub pod skrawkiem małżowiny usznej. Rozmiary tętniaka dochodzą zwykle do wielkości orzecha lub jaja kurzego. Tętnienie nie zawsze jest wyraźne. Podobne objawy dają często guzy obficie unaczynione, a leżące tuż przy tętnicy szyjnej, lub ropnie i torbiele szyi. Jedynym sposobem leczenia jest podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej, nieco poniżej jej podziału. Zwykle zabieg ten szybko wiedzie do celu; jednakże w 2 operowanych w ten sposób przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne. *Klęsk.*

Brauer. **Doświadczenia i rozmyślania nad leczeniem płuc zapadnięciem** (Lungencollapstherapie). (*Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* XII. Z. 1). W niniejszej pracy zestawia autor wyniki lecznicze operacyjnego leczenia gruźlicy płuc z pomocą rozległego wycinania żeber. Chorzy B. operowani byli przez Friedricha. Sposób ten leczenia jest całkiem nowy, nie dziw też, że ma jeszcze wady, nad któremi właśnie zastanawia się B., chcąc w przyszłości ich unikać. Rozległa pozaopłucna plastyka klatki piersiowej jest niczem innem, jak inną formą leczenia gruźlicy płuc przez ucisk, przez co z jednej strony pobudza płuco do kurczenia się, a z drugiej daje mu przez ucisk odpoczynek. Podobnie, jak przy wpędzaniu gazu, warunkiem koniecznym jest, by płuco drugie było zdrowe, a przynajmniej nie posiadało rozległych nawet starych zmian, albo też małych, lecz świeżych. Ponadto leczenie to wolno stosować jedynie w razie braku gruźliczych powikłań w innych narządach. Natomiast zagęszczenia szczytów nie posuwające się, nie są przeciwwskazaniem. Zapadnięcie się płuca po plastyce dotyczy mniejwięcej $^3/_4$ tegoż, a głównie płatów dolnych i średnich. Operacya sama, a raczej bezpośrednie skutki tejże nie są dla chorego wolne od niebezpieczeństw. Przedewszystkiem wchodzi tu w rachubę wpływ na serce i wielkie naczynia, a następnie tak zwane falowanie śródpiersia (Mediastinalflattern). Zwłaszcza to ostatnie pociągnąć może za sobą poważne następstwa, duszność, a nawet śmierć. Także odkrztuszanie po operacyi zostaje upośledzone, a niektórzy są nawet zdania, że przez operacyę ułatwia się tylko zakażanie płuca zdrowego, czemu jednak przeczy doświadczenie kliniczne Brauera. Płuco zdrowe podlega owszem zastępczej rozedmie, pracuje forsownie i niejako gimnastykuje się, a wchłonięcie plwociny z płuca ugniecionego nastąpić może jedynie w tych nieszczęśliwych przypadkach, w których po operacyi chorzy zapadają zaraz w duszność, i zamiast spokojnych oddechów wykonują krótkie, lecz głębokie częste wdechy, kaszląc przytem silnie. Śmierć po operacyi występuje najwięcej nie wskutek osłabienia serca, lecz z powodu niedomogi oddechu. Zapobiegać temu należy przedewszystkiem przez założenie racyonalnego opatrunku, który z jednej strony dawałby pewność operowanej stronie, a nie krępował strony zdrowej, Opatrunek okrężny jest zatem zupełnie niewłaściwym, a w miejsce jego poleca B. opatrunek w kształcie rzymskiej leżącej < t. j. obejmujący chorą stronę, a opierający się na ramieniu i biodrze zdrowem. Przy operacyi, a zwłaszcza po operacyi, należy zapobiegać przesuwaniu śródpiersia przez stosowanie wdychiwania powietrza, ewentualnie tlenu pod wyższem ciśnieniem (wystarcza 3—5 mm Hg). Plastykę klatki piersiowej stosuje się tam, gdzie istnieją liczne zrosty rozdzielające jamę opłucną na pojedyncze jamy, a przez to niedozwalające na leczenie przez wpędzenie gazu. Wydarzyć się jednak może, że zrostów tych jest niewiele, i wtedy przypadkowe otworzenie opłucnej przy operacyi może pociągnąć za sobą bardzo zgubne skutki. Operować też należy bardzo ostrożnie. Po operacyi należy usuwać pobudzenie do kaszlu przez środki narkotyczne, dbając równocześnie o stan serca. Czy obecny sposób operowania jest dobry? B. nie zgadza się o tyle z chirurgami, że nie jest za tem, by zarazem usuwać i okostnę żebrową, owszem sądzi, że okostnę należy o ile możności zostawiać, a to w myśli, by z czasem podleczona klatka piersiowa zyskała znowu podporę. Zachęci to zarazem chorych do operacyi. Nie należy też szablonowo postępować i zawsze wycinać 2—9. żebro, lecz postępować w miarę potrzeby, a więc wycinać raz mniej, raz więcej. Bardzo byłoby nieraz wskazane rozcięcie pierścienia barkowego, t. j. pierwszego żebra i obojczyka, co ani technicznie, ani ze względu na funkcyę ramienia nie jest niemożebne. Zamiast rozległych wycinań żeber może uda się z czasem zastosować inne sposoby, jak Küster-Estlandera, Volkmann Hoffy i t. p., co byłoby bardzo korzystne, bo szeroki płat zawierający części żeber, nie ulegałby takiemu wsysaniu się przy wdechu, jak obecny płat złożony tylko z części miękkich. B. obserwował 8 przypadków, operowanych zapomocą rozległego wycięcia żeber. Z tego 3 chorych zmarło w następstwie operacyi, u 3 wynik zaś był bardzo dobry, o innych brak dokładnych danych. Wyniki te zachęcają do dalszych prób, jeżeli się pamięta, że operowano osoby w ciężkim stanie, skazane już niejako na śmierć, bo choroba mimo wszelkiego leczenia posuwała się ciągle naprzód i powodowała coraz większe wyniszczenie. *Klęsk.*

Sprawy sanitarne w Sejmie.

(Dokończenie).

Szpitale prowincyonalne. W tym dziale zawiera sprawozdanie szczegóły o szeregu nowych budowli i robót rekonstrukcyjnych, ukończonych lub będących w toku na zasadzie dawniejszych uchwał Sejmu. I tak ukończono i oddano do użytku nowe szpitale w Dolinie (12. IX. 1908), oraz w Kosowie (15. VII. 1908); w toku jest budowa nowych gmachów szpitalnych w Białej (kosztem 520.343 kor.), która ma być ukończona 1. XI. b. r.; ukończono przygotowania do przebudowy i rozszerzenia szpitala w Stanisławowie, a roboty będą rozpoczęte, skoro tylko dokupiony zostanie potrzebny jeszcze plac w sąsiedztwie szpitala; w Brzeżanach po ukończeniu nowych budynków uzupełnia się obecnie inwentarz, a przebudowany szpital oddany miał być do użytku we wrześniu r. b.; w tem samem stadyum znajduje się szpital w Husiatynie; przebudowa i rozszerzenie szpitala w Sanoku są w toku i mają być ukończone 1. XI. b. r.; w tym samym czasie zostaną ostatecznie ukończone dobudowy i adaptacye w szpitalu w Tarnowie, które zajęły 3 lata i postawiły szpital ten w rzędzie lepszych większych szpitali.

Dalej zajmował się Wydział krajowy sprawą budowy szpitala w Nadwórnej, oraz pawilonu dla chorych wenerycznych w Stryju. Obie te sprawy nie postąpiły; pierwsza dlatego, że pierwotnie przeznaczona na szpital kwota 205.000 kor. okazała się niewystarczającą, wobec czego wypadło zwrócić się do rządu o podwyższenie subwencyi na budowę (mającą kosztować według ostatecznych obliczeń 249.154 kor.), a rząd jeszcze nie udzielił odpowiedzi; plamy zaś i kosztorysy pawilonu dla chorych wenerycznych w Stryju zalegają w ministerstwie spraw wewnętrznych.

Nowy wniosek w zakresie budowy, resp. przebudowy przedkłada Wydział krajowy Sejmowi tym razem tylko co do jednego szpitala, mianowicie w Bochni, proponując nadbudowę piętra w gmachu głównym, wybudowanie domu administracyjnego, pawilonu zakaźnego na 6 łóżek i trupiarni, oraz zaprowadzenie kanalizacyi i wodociągów, których szpital dotąd niema. Przez przebudowę zyska szpital pomieszczenie dla 43 nowych łóżek. Ogólny koszt przebudowy i ulepszeń obliczono na 164.000 koron. Natomiast niema niestety w sprawozdaniu wzmianki o adaptacyach w żadnym innym z kilku szpitali, w nielepszym od bocheńskiego znajdujących się stanie i równie gwałtownie wymagających rekonstrukcyi lub zbudowania zupełnie nowych gmachów (Podhajce, Jasło i t. d.). Trudno przypuścić, aby Departament sanitarny, składający obecnie wielorakie dowody żywej troski o powierzone sobie sprawy, nie wygotował projektów i wniosków co do tych właśnie kilku szpitali, niezwłocznej wymagających modernizacyi. Dlaczego jednak Wydział krajowy żadnych w tym przedmiocie wniosków Sejmowi jeszcze nie przedkłada, to wymagałoby wyjaśnienia; może znalazłoby się ono w dyskusyi sanitarnej, gdyby na nią tegorocznemu Sejmowi wystarczyło czasu. — W sprawozdaniu tegorocznem nie porusza też Wydział krajowy sprawy utworzenia kilku nowych szpitali, o którem, jako o rzeczy nieodległej, wspominała w swem sprawozdaniu zeszłorocznem sejmowa komisya sanitarna. Może być, że sprawy te nie dojrzały jeszcze do konkretnego wniosku; jednakże odczuwa się brak jakiejkolwiek o nich wzmianki w sprawozdaniu, wskazującej na dalsze plany Wydziału krajowego w zakresie szpitalnictwa.

Ustęp o szpitalach prowincyonalnych kończy się relacyą o kilku sprawach drobniejszej wagi (wprowadzenie służby szpitalnej wyznania grecko-katolickiego, ulgi dla Wydziałów powiatowych w Dolinie i Zaleszczykach w spłacie należytości za budowę szpitali) i wreszcie wiadomością, że Wydział krajowy stosownie do polecenia Sejmu zeszłorocznego zbiera materyały dla rozstrzygnięcia, »o ile sprawiedliwą jest ustawa, nakładająca na miasta obowiązek dawania połowy kosztów na budowę szpitali, czy ta ustawa nie wpływa ujemnie tak na rozwój szpitalnictwa, jak na ekonomiczne podupadanie miast«.

Dalszy ustęp sprawozdania, podający nazwiska lekarzy zajętych w służbie krajowej, którym udzielono zasiłków na podróż naukową, czyni w pewnej mierze zadość słusznemu żądaniu, aby rozdawnictwo tych zasiłków podlegało kontroli publicznej. Ale samo wyliczenie nazwisk 19 lekarzy, wysłanych kosztem kraju zagranicę w r. 1908/9, wydaje nam się niewystarczające; chodziłoby bowiem o to, w jakim zakresie podróże te przynoszą owoce. Rzeczą bardzo pożądaną byłaby wiadomość, jaki program zakreślił sobie każdy z wyjeżdżających, jak go wykonał, czy i w jaki sposób zdobycze z podróży są zużytkowywane, czy Wydział krajowy otrzymuje jakie sprawozdania, czy i w jaki sposób stypendyaci dzielą się zebranemi zagranicą spostrzeżeniami z ogółem naszych lekarzy? Gdyby Wydział krajowy przywrócił sprawozdania ze szpitali krajowych w dawnej postaci, odźwierciedlającej działalność lekarzy szpitalnych przez pomieszczenie prac naukowych i sprawozdań lekarzy, własnem ich kreślonych piórem, wówczas w takich sprawozdaniach byłoby właśnie miejsce także na relacye z podróży naukowych zagranicę. Przywrócenia takich sprawozdań domagała się już nieraz komisya sanitarna sejmowa i prasa lekarska. Ale gdyby nawet sprawozdania te wznowiono w ramach szczuplejszych, ograniczając je do lekarskich sprawozdań ze szpitali, to i wówczas możnaby dać wcale jasny pogląd także na wyniki podróży naukowych lekarzy samem choćby przytoczeniem, kto, kiedy i w jakiem piśmie lekarskiem ogłosił z takiej podróży sprawozdanie, podobnie, jak zestawienie tytułów ogłoszonych prac naukowych jużby wytworzyło obraz ruchu umysłowego w naszych szpitalach wogóle.

W ustępie o okręgach sanitarnych wspomina sprawozdanie o sankcyonowaniu ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych, następnie wymieniwszy 8 okręgów, utworzonych w r. 1908/9, stwierdza, że obecnie istnieje 169 okręgów w 72 powiatach, a w toku jest utworzenie jednego jeszcze okręgu. Wynika stąd, że wprawdzie niedaleko jesteśmy od chwili, gdy w każdym powiecie będzie przynajmniej jeden okrąg sanitarny, ale że uzupełnianie sieci okręgów nie postępuje szybciej, niż w latach poprzednich, i że do ukończenia organizacyi okręgowej zbliżyliśmy się naprawdę bardzo niewiele. Ten zbyt powolny postęp sprawy wyraża się jeszcze jaskrawiej przez to, że z 8 »nowych« okręgów sanitarnych jeden był uchwalony przez Sejm jeszcze w r. 1907, dwa inne zaś są tylko przeniesieniem źle z początku obranej siedziby okręgu do innej miejscowości. Naprawdę więc »nowych« okręgów przybyło w okresie sprawozdawczym tylko pięć; z tych zaś cztery utworzono »na usilne domagania czynników interesowanych«, inicyatywa więc »z góry« przedstawiała się bardzo słabo. Należy jednak podnieść, że tegoroczne sprawozdanie zdaje się zapowiadać w tym względzie znaczny zwrot ku lepszemu: czytamy w niem mianowicie, że celem pozyskania sił lekarskich (w gorszych okręgach, jak wiadomo, nie można nieraz pozyskać lekarza, lub też lekarze szybko się zmieniają), ustanowił Wydział krajowy w »znacznej liczbie« okręgów (nie wymieniono jednak, w ilu okręgach to nastąpiło) najwyższe ryczałty za objazdy (t. j. po 800 koron) i podniósł wydatnie płace; że poczynił kroki celem pomnożenia okręgów, szczególnie w powiatach, posiadających dopiero po jednym lub dwa okręgi; że fachowo-lekarską część referatu w sprawach lekarzy okręgowych, lustracyę okręgów i t. d. powierzył na razie inspektorowi szpitali i jego zastępcy, a poczynił usilne starania o pozyskanie do tego osobnej siły lekarskiej, mającej zarazem nadzorować zdrojowiska i uzdrowiska. Ostatecznemu uporządkowaniu tej sprawy stanęła jednak w drodze przedwczesna śmierć ś. p. Dra Łuszczkiewicza, inspektora szpitali; zastępca inspektora, musząc teraz prowadzić wszystkie sprawy, nie może sam oczywiście podołać nawałowi pracy, wymagającej najmniej dwu sił lekarskich w Departamencie V.

Zdrojowiska i uzdrowiska krajowe zatrudniały Wydział krajowy z powodu wejścia w życie nowej ustawy zdrojowej, uchwalonej przez Sejm w r. 1908, do której dostosowane być muszą statuty zdrojowisk. Komisye zdrojowe i klimatyczne zostały wezwane do przedstawienia odpowiednich wniosków; zmianą statutów zajmie się Departament I. Wydziału kraj. (dla spraw gminnych), w szczegółach fachowo-lekarskich zasięgając opinii Departamentu V. (sanitarnego).

W sprawie rządowego projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych zwołał Wydział krajowy, »idąc za głosem opinii publicznej, wypowiadającej się w prasie codziennej, tudzież w fachowych pismach lekarskich« — fachową ankietę. W swoim czasie zdał »Przegląd lekarski« sprawę z tej ankiety, której zwołanie spotkało się z ogólnem uznaniem, tutaj więc możemy pominąć ten ustęp sprawozdania Departamentu V., uzupełniony memoryałem Wydziału krajowego do rządu, jako alegatem do sprawozdania.

Z niemniejszem uznaniem, jak zwołanie tej ankiety, spotkało się urządzenie przez Wydział krajowy ankiety w sprawie zwalczania gruźlicy, której wynikom, również w swoim czasie przez nas streszczonym, poświęcony jest dalszy ustęp

sprawozdania. Jako alegat do tego ustępu dołączono memoryał w sprawie ogólnego planu walki z gruźlicą w naszym kraju i udziału w tej akcyi różnych czynników, t. j. państwa, kraju, powiatów, gmin, stowarzyszeń (a raczej tylko ustępy memoryału, napisane przez Dra Mikołajskiego i przez piszącego te słowa, wskutek czego elaborat ten, który miał opracować wybrany z łona ankiety komitet, nie tworzy zaokrąglonej całości).

W sprawie zakładów szczepienia przeciwko wodowstrętowi stwierdza Wydział krajowy (w osobnem sprawozdaniu), że nie zachodzi potrzeba tworzenia samoistnych takich zakładów krajowych, ponieważ istniejący obecnie prywatny zakład Prof. Bujwida zaspokaja zupełnie potrzeby Galicyi, a samoistne zakłady krajowe naraziłyby kraj na zbyt wielkie koszta. Zresztą obowiązek stworzenia publicznych zakładów tego rodzaju ciążyłby w danym razie nie na kraju, ale na państwie, gdyż jestto sprawa bezpieczeństwa publicznego, jako taka należąca wyłącznie do kompetencyi państwa. Stosownie zaś do uchwały zeszłorocznego Sejmu podjął Wydział krajowy starania, aby zakład Prof. Bujwida nie został zwinięty, a starania te odniosły pomyślny skutek. Mianowicie Namiestnictwo zawarło z Prof. Bujwidem nowy układ, podnosząc taksę dzienną od osób leczonych z 3 na 4 kor., a od osób towarzyszących z 1 na 1·50 kor., na co zgodził się także Wydział krajowy (kraj opłaca 1/3 kosztów leczenia ubogich); Prof. Bujwid zgodził się zaś wobec tego zakład swój nadal prowadzić.

Próbne leczenie matołków przetworami gruczołu tarczowego w powiecie nowotarskim i w Iwoniczu ma się rozpocząć w r. 1910 wspólnym kosztem rządu i kraju. W pierwszym roku potrzebna będzie na to kwota 2500 kor., z czego połowę ma pokryć kraj.

W sprawie krajowego domu podrzutków, którego założenia domagał się Sejm zeszłoroczny, przedstawił Wydział krajowy osobne sprawozdanie, bardzo ciekawe tak ze względu na zarys historyczny o zakładach podrzutków w Galicyi (fundacya zakładu krakowskiego sięga XIII. wieku), jak również ze względu na wywód prawniczy w przedmiocie zagadnienia, kto ma obowiązek opiekować się podrzutkami. Zagadnienie to należy raczej do zakresu ściśle społecznego, niż społeczno-higienicznego, to też sprawozdania tego streszczać nie będziemy. Wydział krajowy odradza Sejmowi zarówno ze względów zasadniczych, jak i finansowych, założenia krajowego zakładu podrzutków. (Wbrew temu wnioskowi uchwaliła komisya administracyjna wnieść w Sejmie, aby Wydział krajowy ponownie rozważył sprawę założenia krajowego zakładu podrzutków, lub też utworzenia krajowego funduszu celem subwencyonowania gmin, zakładających domy podrzutków).

Ostatnie ustępy sprawozdania Departamentu V. dotyczą reszty rezolucyi i wniosków, uchwalonych przez Sejm zeszłoroczny w sprawach sanitarnych, oraz petycyi odstąpionych Wydziałowi krajowemu przez Sejm, do zbadania i załatwienia.

Obszerniej omówione są w tych ustępach: badania Wydziału krajowego nad powodami braku lekarzy w służbie krajowej (opinie obu Izb lekarskich w tej sprawie streściliśmy w »Przeglądzie lek.« przed paru miesiącami) i sprawa zapewnienia opieki matołkom i nieuleczalnie chorym umysłowo. Opieka ta nie należy ustawowo do obowiązków kraju, lecz jest obowiązkiem gmin, które mogłyby na budowę odpowiednich przytułków użyć swoich funduszów ubogich i funduszów kar. Wydział krajowy gotów jest udzielić gminom odpowiednich wskazówek i zorganizować całą akcyę, sądzi jednak, »że udział gmin w tej sprawie możnaby zapewnić tylko w drodze osobnej ustawy krajowej«. (Byłoby rzeczą, naszem zdaniem, pożądaną, aby w tym kierunku pojawił się w Sejmie odpowiedni wniosek, któryby nie dozwolił sprawie tej upaść).

Krótko wspomina sprawozdanie o kontroli nad używaną odzieżą, o przymusie odkażania odzieży, pościeli i mieszkań po chorych zakaźnych, ponieważ sprawa ta łączy się z państwowym projektem ustawy o chorobach zakaźnych; o organizacyi niższej służby szpitalnej, ponieważ sprawa ta jest dopiero w toku; o statystyce odżywiania się wiejskiej dziatwy szkolnej i używaniu przez nią napojów wyskokowych, ponieważ sprawę tę odstąpiono Departamentowi I.; wreszcie o projekcie ankiety co do asanacyi okolic zimniczych i kanalizacyi miasteczek, jakoteż o badaniach w sprawie zaopatrzenia kraju w zdrową wodę, ponieważ obie te sprawy wraz z zebranym już materyałem odstąpiono Departamentowi III (dział melioracyi). Ważną jest uwaga, że »sprawozdanie z wykazem stanu zdrowotności i obfitości wód w kraju, może być opracowane i przedłożone Sejmowi na jednej z następnych sesyi«, wynikałoby z niej bowiem, że sprawozdanie takie będzie przedłożone, jeżeli Sejm na to nastawać będzie; w dawniejszych sesyach bronił się Wydział krajowy przed opracowaniem tej sprawy, wskazując na połączone z tem koszta. Należy mieć nadzieję, że w konsekwencyi swych dawniejszych uchwał nie pozwoli Sejm na zbytnie odwlekanie opracowania tej sprawy.

Ze zbadanych i załatwionych przez Wydział krajowy petycyi zasługuje na uwagę przedewszystkiem petycya Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie o subwencyę; na ten cel wstawił Wydział krajowy do budżetu na r. 1910 3.000 kor. Nie jestto zbyt wiele, zważywszy, że obecnie rozciąga się działalność Towarzystwa na cały kraj i że już obecnie są czynne dwa koła: lwowskie i krakowskie, a wkrótce będzie ich więcej, wszystkie zaś mają prawo w subwencyi krajowej partycypować. Dla szpitala kasy chorych w Borysławiu proponuje Wydział krajowy subwencyę 1000 kor., dla polikliniki lwowskiej nadzwyczajny zasiłek 2000 kor., dla Towarzystwa stołowania chorych izraelitów 1000 kor. Z załatwień petycyi emerytalnych przykro uderza wniosek o odmówienie pełnej emerytury lekarzowi, który w służbie publicznej działał lat 31, z nich 14 na trudnem stanowisku w służbie szpitalnej, a pobiera emeryturę tylko w stosunku do lat służby; ze stanowiska formalistyki prawnej wniosek nie mógł wypaść inaczej, ale czyżby tylko formalistyka obowiązywała w podobnych przypadkach, zwłaszcza gdy chodzi o przyznanie kilkanastu zaledwo miesięcy służby i niewielkiej stosunkowo kwoty?

Krótkość obecnej sesyi sejmowej, przygniecenie jej sprawą reformy ordynacyi wyborczej, skupiającą całą niemal uwagę kół poselskich, groźne widmo niedoboru, wiszące nad finansami krajowymi, oraz zwalniające pracę Sejmu spory stronnicze, nie dozwoliły sprawom sanitarnym wysunąć się w Sejmie na plan bliższy, choćby tyle, co w roku ubiegłym.

Wyniknąć stąd mogącej szkody realnej nie należy jednak szacować zbyt wysoko, bo najżywotniejsze nawet żądania, jakieby podniesiono w sali sejmowej, rozbiłyby się tym razem zapewne o »dura necessitas«, brak pieniędzy w skarbie krajowym. Natomiast nie można uwolnić się od obawy pewnej szkody moralnej: przez taki obrót spraw sanitarnych w Sejmie może osłabnąć interes, jaki one po zeszłorocznej dyskusyi w całym Sejmie budzić zaczynały. A właśnie życzyćby sobie należało, by zajęcie się to nie osłabło, lecz rosło; na niem bowiem jedynie może budować szersze plany Departament sanitarny Wydziału krajowego, w niem mieć rękojmię, że praca jego, obecnie coraz lepiej się rozwijająca, nie pójdzie na marne; w niem też tylko czerpać można nadzieję, że w chwili poprawienia się finansów krajowych, pójdzie ich nadwyżka w pierwszym rzędzie na wyrównanie wieloletnich zaległości właśnie w dziale sanitarnym i higieniczno-społecznym. Ale ufajmy, że choćby na razie sprawy te przytłumiła troska o narodową i finansową przyszłość Sejmu, to po przełamaniu dzisiejszych trudności politycznych i ekonomicznych, odezwą się w Sejmie tem goręcej i dzielniej tamtych spraw rzecznicy. By tych rzeczników dla przyszłych Sejmów przygotować, należałoby jednak teraz, gdy na porządku dziennym jest reforma ordynacyi wyborczej, a gdy przy tej reformie może nieco pomnożona zostanie liczba krzeseł wirylnych i przyznane przedstawicielstwo pewnym grupom zawodowym — sprawy nie zasypiać, lecz jak najusilniej starać się o osobne mandaty dla lekarzy, jako bezstronnych orędowników higieny społecznej. Nie w interesie stanu lekarskiego, lecz dla dobra całej ludności, powinnyby mieć swoich osobnych posłów w Sejmie obie Izby lekarskie, a także Wydziały lekarskie naszych obu Wszechnic. To na dziś ze względu na sprawy sanitarne w przyszłych Sejmach — program nasz najważniejszy. *Ciechanowski.*

I. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie.

Sprawozdawca. Dr Józef Hornowski.

I. Posiedzenie ogólne

d. 11. X. 1909 przedpołudniem.

1. Prezes Komitetu organizacyjnego Dr Gajkiewicz w przemówieniu powitalnem zwrócił uwagę na znaczenie dydak-

tyczne Zjazdów naukowych i na potrzebę Zjazdów neurologów, psychiatrów i psychologów, gdyż te działy wiedzy poczyniły w ostatnich lat. dziesiątkach ogromne postępy, tak iż jednostka już nie może śledzić za postępem całości. Zadanie to ułatwiają Zjazdy. Mowca życzy powodzenia w pracach członkom Zjazdu i w imieniu Komitetu organizacyjnego proponuje na przewodniczącego Zjazdu Dra J. Babińskiego z Paryża, na zastępców przewodniczącego: Prof. Cybulskiego, Prof. Heinricha i Prof. Piltza z Krakowa, oraz Prof. Gluzińskiego, Prof. Halbana i Prof. Twardowskiego ze Lwowa, a na sekretarzy Drów Mikulskiego i Hornowskiego ze Lwowa. Wyboru dokonano przez aklamacyę.

II. Prezes Zjazdu Dr Babiński, dziękując za wybór, zaznaczył, iż chociaż urodzony i wychowany na obczyźnie, pracował zawsze z myślą o kraju; Zjazdy lekarzy polskich są blizkie jego sercu, a Polska jest drogą dla niego ojczyzną. Mowca wyraził nadzieję, że naród polski będzie iść ciągle z postępem wiedzy, świadcząc o swojej żywotności.

III. Sekretarz Dr Hornowski odczytał powitalne telegramy i listy od Prof. Bechterewa, Wydziału lek. Przyjaciół Nauk w Poznaniu, od redakcyi »Nowin lekarskich« w Poznaniu, od Doc. Dra Mazurkiewicza ze Lwowa, od Prof. Dra Kostaneckiego z Krakowa, od Towarzystwa lek. radomskiego, od Krakowskiego Tow. filozoficznego, od Tow. lek. gub. kieleckiej, od p. Straszewskiej z Krakowa w imieniu chorego męża Prof. Straszewskiego, od Tow. higienicznego ze Lwowa, od p. Abramowskiego.

Jako delegaci przybyli na Zjazd: Prof. Piltz (delegat Uniw Jagiell., Tow. lek. krakowskiego i »Przeglądu lekarskiego«), Dr Kamocki (Warszawskie Tow. naukowe), Prof. Halban (Uniw. lwowski), Prof. Twardowski (Tow. filozoficzne lwowskie), Prof. Rencki (Tow. lek. lwowskie), Dr Gielecki (Tow. filozof. krakowskie), adw. Pepłowski (Tow. prawnicze warszawskie), adw. Chrzanowski (Tow. Kultury Polskiej w Warszawie), p. Kalinowski (Związek nauczycielski), p. L. Szycówna (Tow. badań nad dziećmi), p. Weryho-Radziwiłłowiczowa (Tow. wychowawcze), Dr Chłapowski (Wydział lek. T. P. Nauk w Poznaniu), Prof. Bednarski (»Tygodnik lekarski«), Dr Biegański (Tow. lek. z Częstochowy), Dr Pański (Tow. lek. z Łodzi), Dr Brudnicki (Tow. lek. z Kalisza), Dr Staniszewski (Tow. lek. z Lublina), Dr Winiarski (Tow. lek. warszawskie).

IV. Prof. Twardowski ze Lwowa wygłosił wykład pod tytułem: **„O metodzie psychologii“**, w którym omówił znaczenie psychologii, jako nauki odrębnej, jej przedmiot, stosunek do nauk empirycznych, różniące ją od nauk empirycznych momenty, rozwój tej nauki w ostatnich latach dzięki wprowadzonym metodom doświadczalnym, oraz doniosłość eksperymentu psychologicznego, jako zdobyczy lat ostatnich. Samodzielność psychologii, jako nauki, jest zasługą tych zdobyczy, a nie dawniej stosowanych dla badań rozważań metafizycznych.

Posiedzenie popołudniowe d. 11. X. 1909.

Uczestnicy Zjazdu podzielili się na 3 odrębne sekcye: neurologiczną, psychiatryczną i psychologiczną, które odbywają posiedzenia oddzielnie.

W sekcyi neurologicznej (przewodniczą kolejno: Dr Babiński, Prof. Halban, Prof. Piltz, Dr Pański, Dr Chłapowski; protokółują: Dr Rotstadt i Dr Krukowski) wygłoszono:

Referat ogólny: **O nowotworach układu nerwowego i ich leczeniu.** (Referenci: M. Biro, Z. Bychowski, E. Flatau, W. Męczkowski).

W dyskusyi zabierali głos: Goldflam, Bregman, Bornstein, Zieliński Edw., Prof. Gluziński, Dr Babiński, Biro, Koelichen i prelegenci.

W sekcyi psychiatrycznej (przewodniczą: Prof. Piltz, Halban, Dr Jekels, Chodźko; protokółują: Gepner, Kopciński, Sokołowski, Łuniewski):

1) Prof. Halban: **Remisye i leczenie bezwładu postępującego.**

W dyskusyi zabierali głos: Springer, Chodźko, Rychliński, Trzebiński, Wizel, Łapiński i prelegent.

2) Dr Mikulski: **Wyniki badania inteligencyi chorych umysłowych zapomocą kwestyonaryusza i metod Ebbinghausa, Heilbronnera i własnej.**

W dyskusyi zabierali głos: Sterling, Wizel, Dawid, Łuniewski, Łapiński, Bornstein i prelegent.

3) Dr Przychodzki: **Obłąkani przestępcy przed sądem.**

W dyskusyi zabierali głos: Konn, Prof. Halban, Rychliński, Łuniewski i prelegent.

4) Dr Łapiński: **Uraz a choroby umysłowe.**

W dyskusyi zabierali głos: Wizel i prelegent.

W sekcyi psychologicznej (przewodniczy Prof. Twardowski, protokółują: Karpińska, Sterling St., Lewkowicz, Zylberowa), wygłoszono wykłady: 1) Biegański: **O postrzeżeniach.** 2) Radziwiłłowicz: **Dobór podmiotowy.** 3) Wasserberg: **Progi pobudliwości nerwowej w świetle zasady selekcyi.** 4) Karpińska: **Przyczynki do psychologii pytania.**

Streszczenia wykładów i dyskusyi w sekcyi neurologicznej i psychiatrycznej podamy w numerach następnych.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 26. IX. do 9. X. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Międzygórze 2), Gródek jag. (Wola dobrostańska 1, Wiszenka 1, Stawczany 1), Drohobycz (Drohobycz 1), Horodenka (Czortowiec 1), Jaworów (Porudno 1), Kałusz (Dołżka 3, Seredne 1), Myślenice (Toporzysko 1). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 3. X. do 9. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3, krztuśca 1, płonicy 28 † 1 (w tem obcych 3 † —), odry 48 † 2 (1 † —), duru brzusznego 12 † 2 (7 † 1), czerwonki 3 † 1 (1 † 1), nagminnego zapalenia opon mózgowych 1 † 1 (1 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. X. do 9. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 2 (w tem obcych 6 † 1), krztuśca 1 (—), płonicy 13 † 1 (11 † 1), odry 4 (—), duru brzusznego 6 † 1 (3 † 1), czerwonki 1 † — (1 † —), cholery dziecięcej 1 † 1 (—), róży 1 (—), jaglicy 3 (—). *Dr Janiszewski.*

Wiadomości bieżące.

Pierwszy Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich zgromadził się w Warszawie w dniach 11, 12 i 13 października b. r.

Skupiwszy bez mała dwustu uczestników, przynosząc w plonie przeszło pięćdziesiąt wykładów w samej tylko sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej, wśród nich wiele pierwszorzędnej wartości, dając pole do obfitej i ożywionej wymiany spostrzeżeń i poglądów w licznych dyskusyach, złożył Zjazd świadectwo świetnego rozwoju tej gałęzi nauk lekarskich u nas, — do którego głównie przyczynili się lekarze warszawscy.

Rozwój ten jednego z działów nauki lekarskiej tam właśnie, gdzie praca naukowa pokonywać musi niezmierne trudności zewnętrzne, gdzie to, co się tworzy, tworzy się wyłącznie dzięki zapałowi, wytrwałości i ofiarności lekarzy, mających oparcie tylko w instytucyach, przez siebie własnymi środkami tworzonych,— rozwój ten jest objawem wielkiego znaczenia, z którego płynie krzepiąca otucha na przyszłość.

Obok radości, że polska nauka lekarska w jednym jeszcze dziale zbiorową pracą dokumentuje swe postępy, zachowa się o tym właśnie Zjeździe niezatarte wspomnie-

nie jego siedziby. Dlaczego, odczuwał to dobrze każdy z uczestników, zgromadzonych ze wszystkich naszych dzielnic, odczuwają wszyscy lekarze polscy. Poraz pierwszy otwarły się mury Warszawy na przyjęcie Zjazdu lekarskiego polskiego.

Serdeczne więc dzięki tym, co myśl Zjazdu podjęli i zdołali pomyślnie doprowadzić do wcielenia.

W dniu dzisiejszym obchodzi Wydział lekarski lwowski jedno z takich świąt swoich, w których ogół lekarzy polskich gorąco uczestniczy. Wszechnicy lwowskiej przybywa ważny warsztat naukowy w postaci nowej kliniki chorób dzieci, dziś właśnie uroczyście otwartej. Od czasu wskrzeszenia Wydziału lekarskiego we Lwowie było powszechnem gorącem pragnieniem, aby to nowe ognisko wiedzy lekarskiej polskiej jaknajrychlej uzyskało wszystkie te instytuty, które konieczne są do prawidłowego rozwoju Wydziału. Niestety po utworzeniu i zbudowaniu najważniejszych, nastąpił zbyt długi okres zastoju i Wydział lekarski lwowski do dziś jeszcze oczekuje na brakujące mu gmachy czterech klinik. Niechże ukończenie kliniki pedyatrycznej będzie dobrą wróżbą dla tamtych zakładów klinicznych.

Nowa klinika stanęła dzięki usilnym i wytrwałym staraniom Wydziału lekarskiego lwowskiego, a w pierwszym rzędzie profesora pedyatryi Dra Jana Raczyńskiego. Jako temu, którego z pismem naszem łączyły wieloletnie najbliższe węzły i któremu »Przegląd lekarski« w niemałym stopniu rozwój swój zawdzięcza, składamy pierwszemu Dyrektorowi kliniki pedyatrycznej lwowskiej szczególnie serdeczne życzenia, aby zakład, przez Niego kierowany, rozkwitł jaknajświetniej ku pożytkowi społeczeństwa i ku chlubie dla pedyatryi polskiej.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 13. X. b. r. posiedzenie, na którem Dr Janiszewski miał wykład »O czyszczeniu miasta ze stanowiska higieny publicznej«. W dyskusyi przemawiali Dr Bier i prelegent.

— D. 1. b. m. odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-galicyjskiej, na którem odczytano pismo Izby lekarskiej zarządzającej w sprawie przesłanego na Wiec tegoroczny Izb wniosku Izby zach.-galic., zmierzającego do zmiany postanowień § 7. »Rozporządzenia cyrkularnego najwyższej komendy armii, ministerstwa itd. o postępowaniu przy leczeniu chorych osób, należących do szeregowców łącznie z żandarmeryą, z d. 31. grudnia 1859, dz. u. p. l. 12 ex 1860«. Wobec wyjaśnień Izby zarządzającej, że późniejszemi rozporządzeniami postanowienia tego paragrafu zostały uchylone, uchwalił Wydział Izby wniosek swój zmodyfikować i żądać, aby władze wojskowe w myśl tych późniejszych rozporządzeń nie odmawiały wynagrodzenia lekarzom gminnym i okręgowym za pomoc lekarską, udzieloną szeregowcom. Prócz tego uchwalono wnieść, by taryfa dotycząca, oznaczona okólnikiem Ministerstwa obrony kraj. z 14. II. 1891, jako lekarzy krzywdząca, została zmieniona. Nadto załatwiono szereg spraw drobnych.

— Zarząd biblioteki Tow. lek. krakowskiego składa serdeczne podziękowanie WPani Doktorowej Langie za 36 tomów dzieł lekarskich, ofiarowanych bibliotece.

Bibliotekarz: *Dr Blassberg.*

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej postanowił na posiedzeniu w d. 6. VIII. b. r. odłożyć opinię w sprawie memoryału lekarzy z Franzensbadu co do udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej w tamtejszych instytucyach także ludziom zamożnym, oraz w sprawie wniosku Izby czeskiej, aby sekundaryuszom szpitalnym nie było wolno przyjmować posad w kasach chorych, zaznaczając na razie, że Wydział Izby z wnioskiem tym Izby czeskiej nie zgadza się, o ile chodzi o stosunki prowincyonalne w Galicyi. — Na posiedzeniu w d. 10. IX. b. r. wyraził Wydział na zapytanie Dra N. opinię, że powoływać się w sprawach sądowych na świadectwo pacyentów można tylko za ich zgodą (ze względu na tajemnicę lekarską); oświadczył się za otwarciem drugiej apteki w Śniatynie, przeniesieniem koncesyi w Bohorodczanach i udzieleniem koncesyi w Strzeliskach, a przeciw otwarciu drugich aptek w Horodence, Rohatynie, Podwołoczyskach i 4 nowych aptek we Lwowie; przy wyborach do komisyi podatku zarobkowego uchwalono oddać głosy do dyspozycyi Izby adwokackiej. Na wniosek Dra Mikołajskiego uchwalono jednomyślnie: »Izba lekarska wsch.-gal., jako prawna reprezentacya stanu lekarskiego, przyłącza się do protestu, wystosowanego przez Komitet lekarzy słowiańskich przeciw wyrugowaniu przedstawicielstwa medycyny polskiej z prezydyum honorowego i ze stałej komisyi kongresów lekarskich międzynarodowych i oświadcza gotowość poparcia dalszej akcyi w tej sprawie wdrożonej przez Komitet lekarzy słowiańskich«. Następnie zatwierdzono taryfę lekarzy z Bóbrki; uchwalono wyjaśnić Drowi N., że przeciw otwarciu okręgu sanitarnego w N. Izba obecnie już nic uczynić nie może; wyrażono opinię, że obmyśleniem środków przeciw fałszowaniu dyplomów lekarskich zająć się powinny Wydziały lekarskie. Wreszcie zaopiniowano wnioski innych Izb, nadesłane przez Izbę wiedeńską, jako zarządzającą, mianowicie: 1) Wykonywanie praktyki lekarskiej w miejscach kąpielowych w czasie urlopów powinno być niedopuszczalne, jeśli urlop udzielony został z powodu choroby. 2) Lekarz więzienny nie powinien być obowiązany do bezpłatnego orzeczenia sądowego co do uszkodzeń więźniów, występujących przed sądem, jako strona poszkodowana. Odroczono opinię w sprawie, czy bojkot lekarza przez lekarzy jest dopuszczalny bez interwencyi Izby. Wniosek o zmianę rozporządzenia z r. 1859 w sprawie bezpłatnego leczenia żołnierzy przez lekarzy urzędowych uznano za bezprzedmiotowy. Wniosek w sprawie opodatkowania środków leczniczych tajnych oddano do referatu Drowi Mikołajskiemu. — Tegoż samego dnia rozpatrywał Wydział Izby, jako Rada honorowa, cztery sprawy.

— Sejm uchwalił wniosek Wydziału krajowego w sprawie budowy zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie kosztem 7 milionów koron, oraz ważny wniosek posła Prof. Marsa o rozpoczęcie w r. 1910 budowy klinik lwowskich. Ze spraw sanitarnych i społeczno-higienicznych poruszona została zresztą na pełnem posiedzeniu Sejmu tylko sprawa zwalczania alkoholizmu, w dyskusyi nad sprawą funduszu propinacyjnego. Natomiast sporo spraw sanitarnych załatwiono w komisyach: komisya sanitarna przyjęła referat posła Prof. Dra Marsa o sprawozdaniu Departamentu V. Wydziału kraj., komisya budżetowa zaś przyjęła znaczną część sanitarnych rubryk budżetu, oraz uchwaliła kredyt 400.000 koron na budowę 3 pawilonów zakaźnych we Lwowie, upoważniając Wydział krajowy do rozpoczęcia budowy z wiosną 1910.

— Obrady nad stosunkiem Polaków do międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie odbyły się 2. b. m. na wspólnem zebraniu Zarządu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Izby lekarskiej, przedstawicieli Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Towarzystwa higienicznego i innych. Prezes polskiego komitetu Zjazdu, Prof. Wicherkiewicz, przedstawił zebraniu dokładnie cały przebieg sprawy i zawiadomił, że już po Zjeździe sekretarz generalny Zjazdu Prof. Grosz wyraził listownie wielkie ubolewanie z powodu usunięcia Polaków ze stałego komitetu Zjazdów, składając całą winę na komitet austryacki. Po dłuższej dyskusyi uchwalono wysłać odpowiedni memoryał do komitetu gospodarczego w Peszcie, polecić stałemu polskiemu komitetowi Zjazdów międzynarodowych, aby zwrócił się w odpowiednim czasie do stałej międzynarodowej komisyi Zjazdów z żądaniem reasumcyi uchwał peszteńskich na najbliższym Zjeździe w Londynie, wreszcie umieścić w prasie odpowiedni komunikat. (Tyg. lek. 40).

Poznań. Od 17 do 30 b. m. odbędzie się po raz pierwszy szereg wykładów bezpłatnych dla lekarzy, obejmujących wszystkie działy medycyny, z udziałem profesorów uniwersytetów we Wrocławiu, Królewcu i Berlinie: Kutnera, Minkowskiego, Neissera, Passowa, Uhthoffa, Waldeyera, Wassermanna i innych.

Warszawa. Wydział III. Towarzystwa naukowego warszawskiego odbył d. 7. b. m. posiedzenie, na którem przedstawiono 5 prac treści ściśle przyrodniczej.

— Na V. międzynarodowym Zjeździe dentystycznym (w Berlinie w sierpniu b. r.), w którym uczestniczyło przeszło stu Polaków, ukonstytuował się »Związek odontologów polskich« z siedzibą w Warszawie. Legalizacya Związku nastąpi w Petersburgu. Do Zarządu Związku zostali wybrani: z Galicyi: Prof. Dr Łepkowski z Krakowa, Doc. Dr Bohosiewicz ze Lwowa, oraz Dr Piepes i Dr Latteiner; z Niemiec: lek. dent. A. Cieszyński z Monachium, oraz lek. dent. Perliński; z Królestwa: lek. dent. Leon Szeler (prezes W. T. O.), Dr H. Gelbard, lek. dent. Piotr Klejn z Warszawy, oraz lek. dent. Jakób Haberfeld (prezes Ł. T. O.) z Łodzi; z Rosyi: Prof. Dr Zwierzchowski, oraz lek. dent. Łokuciewski z Petersburga. W końcu zebrania wyrażono życzenie, ażeby już w ciągu lata r. p. mógł się odbyć pierwszy Zjazd odontologów polskich w Warszawie.

— Egzamina dla lekarzy, którzy ukończyli studya zagranicą, odbywać się będą w jesieni w trzech uniwersytetach: tomskim, noworosyjskim i kijowskim.

Z różnych stron. Niemieckie tygodniki lekarskie podają wiadomość, że komitet lekarski słowiański uchwalił na posiedzeniu, odbytem w Wiedniu po Zjeździe peszteńskim, urządzić w maju 1910 ogólnosłowiański Zjazd lekarski w Sofii z okazyi mającej się tam wówczas odbyć wszechsłowiańskiej konferencyi, oraz utworzyć związek zdrojowisk słowiańskich.

— Chociaż nie w należytej jeszcze mierze, jednakże coraz wyraźniej uwydatnia się unikanie zdrojowisk pruskich przez publiczność polską. Widać to między innemi z faktu, że oprócz wzrostu frekwencyi w naszych własnych zdrojowiskach, coraz więcej Polaków zjeżdża do niektórych zdrojowisk słowiańskich, zwłaszcza w Czechach i na Morawach. Oczywiście mowa o zakładach, będących nietylko na ziemi słowiańskiej, ale i w słowiańskiem ręku. W Luhačovicach było w r. b. kilkuset już gości z Polski; zaczynają oni pojawiać się coraz liczniej także w dobrze urządzonych siarczanych Cieplicach Warażdyńskich (59° C.). Godziłoby się zwrócić większą uwagę na to południowo-słowiańskie zdrojowisko.

— Zmarły niedawno w Karlsbadzie Dr Jovan Jovanovič zapisał cały swój majątek (200.000 fr.) belgradzkiej akademii umiejętności.

— Koła lekarskie berlińskie zajmują się żywo sprawą centralizacyi bibliotek lekarskich, a przynajmniej wydania ich zbiorowego katalogu. Anglicy rozwiązali już tę sprawę, tworząc Związek bibliotek lekarskich. Myśl podobną powzięli już dawniej Czesi, do wykonania jej jednak nie doszło. (Čas. lek. česk. Nr 41).

— We Francyi będzie wprowadzony nowy system nauki medycyny. Studya trwać będą lat sześć, w ostatnim roku studenci obowiązani będą wyjeżdżać dla kształcenia się zagranicę.

Mianowani: Asystenci sanitarni Dr Otto Loevy, Dr Stefan Świątkowski i Dr Wincenty Wróblewski koncepistami sanitarnymi w służbie rządowej w Galicyi.

Prof. Salge profesorem pedyatryi, a Doc. Morawitz profesorem polikliniki lek. we Fryburgu w/Br.; Doc. Ruzicka profesorem morfologii doświadczalnej w Pradze, Dr Concetti profesorem pedyatryi w Rzymie, Dr Thomson profesorem chirurgii w Edynburgu, Dr Mingazzini profesorem neurologii w Rzymie.

Powołani: pedyatra Prof. v. Pirquet z Wiednia do Wrocławia.

Zmarli: ginekolog Prof. Elischer w Peszcie;

Prof. Antoni Dohrn, założyciel i kierownik słynnej stacyi zoologicznej w Neapolu, w 69 r. ż.; pracujący w stacyi uczeni polscy zachowają wdzięczną o nim pamięć;

Dr Władysław Lipiński, b. lekarz powiatowy grójecki, w Grójcu w 73 r. ż.

Redakcya otrzymała. J. Talko-Hryncewicz: 1) Ludy Azyi środkowej. 2) Charles de Linné. 3) Quelques informations sur le poids du cerveau chez les habitans de Transbaikalie. — Hrdlicka: Physiological and medical observations among the Indians of southwestern United States and northern Mexico. Washington. 1908. — Chlumsky: Ucebnice o prikládáni obvazuv. Praha 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20. października 1909 o g. 6 wieczór w klinice położniczej** (Kopernika 7). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye kliniczne. 2) Wykład Prof. Dra Kazimierza Majewskiego: »Ciąża a oko«.

Szczawa
Krondorfska
uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

LIDO-WENECYA ZIMOWY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

Dyrektor i kierownik Dr KAZIMIERZ GROMAN.

Świeżo zreorganizowany, otwarty od 1 października do 15 maja.

Wszelkie najnowsze urządzenia lecznicze.

Wodolecznictwo: Kąpiele ciepłe z wody morskiej, gazowe z CO_2, hydroelektryczne dwu- i czterokomorowe (Schnée) parowe, w świetle elektrycznem (Wulff-Dowsing), aparaty do leczenia gorącem powietrzem. **Radioskopia i Radioterapia** (Röntgen-Finsen). Sala gimnastyczna **Zandera** (60 aparatów). Aparaty **Fränkla**. Kompletna **elektroterapia** (Galv., Franklin.,Faradyz., d'Arsonval, elektomagnetyzacya). **Miesienie** (ręczne, wybracyjne, elektryczne). Kuchnia francuska. **Kuracye dyetetyczne wszelkiego typu.** 325

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"

Przetwór leczniczy składający się: z Kali jod. 0·05 Ferratin 0·10 Calc. glycer. phosph. aa. 0·10 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"

polecane są z dobrym skutkiem przy błednicy, niedokrweności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t p. Daw. dz: dla dzieci 2—4 szt., dla dorosłych 6—9 szt. Tylko w oryginal pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 Korony 50 halerzy. 215 c

Rp. Pastill. Jodo-Ferrat. comp. „Jah." scat. origin.

Wyrób i główny skład
w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8·50 z przesyłką pocztową Rbs. 9. 184

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego" Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 23. października 1909. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell. Prof. Reissa i z uniwersyteckiego Zakładu mikrobiologii Prof. Nowaka.

Spostrzeżenia nad rozpoznawaniem kiły zapomocą próby Wassermanna.

Podał

Dr J. Stopczański,

asystent kliniki.

Odczyn Bordeta i Gengou, polegający na odchyleniu komplementu, znalazł najważniejsze zastosowanie jako próba rozpoznawcza surowicy kiłowej.

Wprowadzenie tegoż odczynu przez Wassermanna, Neissera i Brucka, jako środka rozpoznawczego w rozmaitych postaciach i okresach kiły, obudziło tak wielkie zajęcie, że w ciągu krótkiego czasu powstało bardzo obszerne piśmiennictwo w tym przedmiocie. Pierwsze prace Wassermanna, Neissera, Brucka i Schuchta, jakoteż i Detrego, podają niepewne wyniki, gdyż zaledwo 19% przypadków kiły okazuje odczyn próby dodatni. Dopiero badania Citrona, wykonane w klinice Krausego, nadały tej próbie właściwe znaczenie, wykazując, że dodatni wynik próby należy uważać za stałe zjawisko, dające się stwierdzić prawie w każdym przypadku kiły, z wyjątkiem bardzo wczesnych okresów choroby, albo niektórych postaci, nie przedstawiających zmian chorobowych i pozostających jeszcze pod wpływem swoistego leczenia. Tę małą liczbę dodatnich wyników w pracach poprzednich tłómaczy Citron pewnemi usterkami w wykonywaniu próby, a mianowicie używaniem zanadto małych ilości wywoływacza i surowicy badanej, jakoteż i tem, że wpływ swoistego leczenia nie był tym pierwszym badaczom znany. Wkrótce wyniki, uzyskane przez Citrona, potwierdzili inni autorowie, jak Meier w pracowni Wassermanna, Kroner, Fleischman, Butler, Fischer, którzy podają co do ilości zgodną liczbę dodatnich odczynów.

Bordet i Gengou używali jako wywoływacza do odczynu zawiesiny bakteryi w rozczynie soli kuchennej. Wassermann, Neisser i Bruck, tworząc swój odczyn według wzoru podanego przez Bordeta i Gengou, nie mogli użyć zawiesiny bakteryi, gdyż hodowli krętków dotąd nie otrzymano; postanowili zatem zastosować w tym celu wyciąg ze zmian kiłowych, a więc z wrzodów pierwotnych i kłykcin, następnie z narządów, w których przy kile znajduje się najwięcej krętków, a mianowicie z wątroby i śledziony płodów kiłowych.

Jeszcze przed stosowaniem odczynu Wassermanna próbowano zastosować do rozpoznawania kiły inne metody biologiczne. Nagelschmidt i Kraus próbowali uodparniać króliki surowicą kiłową w celu otrzymania swoistych precypityn. Wyniki przez nich otrzymane były bardzo niepewne.

Fornet i Schereschewski używali do swych doświadczeń, opartych na tej samej zasadzie, tylko zupełnie przeźroczystych surowic ze krwi, branej na czczo. Odczyn dodatni objawiał się wytworzeniem mętnego pierścienia na granicy zetknięcia surowic. Wyniki, uzyskane przez innych zapomocą tej próby, były tak niestałe, że większość autorów odmawia jej wprost swoistego znaczenia, zwłaszcza, gdy Plaut i jego współpracownicy wykryli, że nawet jedna surowica w różnych rozcieńczeniach przy warstwowem nalaniu może tworzyć pierścienie.

Inna metoda, wprowadzona przez Porgesa i Meiera polega na bezpośredniem działaniu surowicy kiłowej na zawiesinę lecytyny. Przy tej próbie odróżniają autorzy różne stopnie odczynu; jako silnie dodatni oznaczają utworzenie się osadu na dnie, płyn zaś powyżej osadu powinien być przeźroczysty. Próba ta jednak udaje się, jak wykryli inni badacze, nietylko z surowicami ludzi dotkniętych gruźlicą, nowotworami, trądem, ale również z surowicami osób zupełnie zdrowych. Zamiast lecytyny polecają Elias, Porges, Neubauer i Salomon stosowanie glykocholanu sodu, który nie ulega tak łatwo rozkładowi, jak lecytyna. Wyniki, otrzymane przez tych autorów, są zadowalniające, chociaż nie świadczą o swoistości odczynu.

Klausner wykazał, że surowice kiłowe przy zetknięciu się z surowicami, wyciśniętemi ze zmian kiłowych świeżych [wrzodów pierwotnych i guzków], jak również pierwsze przy działaniu wody przekroplonej, dają kłaczkowaty osad. Próby, wykonane przez Klausnera z 300 surowicami kiłowemi i 117 zdrowemi, dały odczyn dodatni w przypadkach kiły świeżej nieleczonej i późnej trzeciorzędnej, ujemny odczyn występował po leczeniu rtęciowem, jednakże doświadczenia samego autora dały wyniki dodatnie również przy innych chorobach zakaźnych [przy durze, zapaleniu płuc, płonicy, odrze, twardzieli nosa]. Badania porównawcze, wykonane przez innych sposobem Klausnera i Wassermanna, wykazują, że często wyniki, otrzymane zapomocą próby Wassermanna, nie zgadzają

się z wynikami odczynu podanego przez Klausnera, wobec czego odczyn ten nie może zastąpić próby Wassermanna.

W ostatnich czasach podany przez Schürmana odczyn barwny polega na zmieszaniu surowicy z perhydrolem i mieszaniną barwy niebieskawo-liliowej rozczynu karbolu z chlorkiem żelaza. Surowica prawidłowa po dodaniu odczynnika przybiera na brzegu zabarwienie lekko zielonkawe, które po zmieszaniu znika lub pozostawia ton zielonawo-siny. Surowica kiłowa zabarwia się wśród silnego pienienia szaro-brunatno. Springer, badając ten odczyn z dwudziestu surowicami, przekonał się, że odczyn Schürmana dają w pewnej ilości tak surowice zdrowe, jak i kiłowe, wyniki zaś są zupełnie niezgodne z próbą W. N. B. Szymański, Gardiewski i Hirschbruch na podstawie bardzo dokładnych badań, mających na celu poznanie wpływu poszczególnych odczynników na przebieg odczynu, jakoteż na podstawie porównania z innemi próbami, wyrażają się ujemnie o wartości i znaczeniu rozpoznawczem tegoż odczynu.

Wszystkie te usiłowania zastąpienia próby Wassermanna innymi sposobami badania, w których wykazanie swoistych niweczników (Antikörper) opierało się na innych podstawach, nie osiągnęły swego celu. Wyniki dodatnie, jakie otrzymano u chorych dotkniętych nowotworami, starano się wytłómaczyć jako odczyn dla nieswoistych niweczników, wytwarzanych wskutek wessania rozpadłych komórek nowotworowych lub drobnoustrojów, które z powierzchni wrzodziejących nowotworów dostały się w głąb tkanek. Jednak zupełnie nie znajdowały usprawiedliwienia wyniki dodatnie, otrzymywane przy innych chorobach, a także u ludzi zdrowych, u których zakażenie przymiotem było wyłączone, a wynik próby Wassermanna okazał się ujemnym. Badania porównawcze, wykonane przez wielu autorów, wykazały, że żaden z tych sposobów nie może mieć znaczenia rozpoznawczego dla kiły, gdyż otrzymane wyniki w małej tylko ilości przypadków zgadzały się z rzeczywistym stanem przedmiotowym badanych. Wobec tego większość autorów uważa te sposoby za nie wystarczające dla celów rozpoznawczych i jako kontrolę poleca w razie posługiwania się tymi sposobami równoczesne wykonywanie próby W. N. B.

Wszyscy, którzy dłuższy czas zajmowali się badadaniami serodyagnostycznemi, przyznają jednozgodnie, że przy istniejącej lub przebytej kile odczyn próby Wassermanna okazuje się odsetkowo w wysokich liczbach dodatnim. Najkorzystniej przedstawiają się wyniki przy świeżej kile z wybitnymi objawami; wykazano bowiem 90—98% dodatnich odczynów.

Przy kile późnej badania różnych autorów wykazują znaczniejsze wahania w ilości dodatnich wyników, bo między 66 a 90%, co się zaś tyczy okresu utajenia przymiotu, to liczba dodatnich odczynów wynosi średnio 40—50% Te liczby dostatecznie przemawiają na korzyść próby Wassermanna w porównaniu z innymi wyżej wspomnianymi sposobami, z których żadnym podobnych wyników uzyskać nie zdołano

Już w początkach rozpowszechnienia się odczynu Wassermanna pojawiły się liczne prace, które, poruszając sprawę wywoływacza, rzuciły jednak ujemne światło na wartość tego odczynu. Wykazano bowiem, że wywoływaczem niekoniecznie musi być »istota jadu kiłowego«, że jako wywoływacz użytym być może wyciąg z narządów prawidłowych, nietylko ludzkich, ale i zwierzęcych, i to równie dobrze w rozczynie wodnym, jak i wyskokowym. Następnie wykazano, że działanie wywoływacza może zastąpić lecytyna i cały szereg innych substancyi, jak n. p. tłuszcze i mydła Wobec tych doświadczeń i ich wyników odstąpiono od założenia, na którem opierała się próba Wassermanna, a które wymagało swoistego wywoływacza, i wielu autorów postanowiło używać zamiast wyciągów z wątrób kiłowych, trudno nieraz dla braku odpowiedniego materyału dających się sporządzić, innych nie swoistych wyciągów, przyjmując, że we wszystkich narządach ludzkich i zwierzęcych znajduje się ciało, które przy obecności surowicy kiłowej powoduje zahamowanie hemolizy. Aby uniknąć utrudnienia i zamieszania przy wykonywaniu prób, jakie sprawia używanie rozmaitych wywoływaczy przez różnych autorów, polecili Sachs i Rondoni stosowanie jako wywoływaczy rozczynów wyskokowych, które na litr płynu zawierają: (rozczyn *a*) 2,5 gr lecytyny i oleinianu sodu, 0,75 kwasu oleinowego, albo (rozczyn *b*) 1 gr lecytyny i oleinianu sodu, a 1,5 cm kwasu oleinowego.

Badania, przeprowadzone dla ocenienia wartości tych wyciągów, dały różne wyniki. Tak Szymanowski i Rajchman, jak również Facchini i Isabolinsky na podstawie swoich doświadczeń wyrażają się ujemnie o zaletach tych wyciągów, natomiast badania Eisenberga i Nitscha, którzy używali bądź wywoływacza oryginalnego, przysłanego z pracowni Sachsa, bądź sporządzonego według jego przepisu, potwierdziły wyniki przez autorów tych wyciągów otrzymane.

Skoro więc przekonano się, że surowica kiłowa daje zahamowanie hemolizy i z nieswoistemi substancyami, można było ten odczyn uznać tylko za charakterystyczny dla kiły, ze względu zaś na zasady nauki o odporności nie można było uważać próby W. N. B. za swoistą dla czynników chorobotwórczych kiły. Oprócz sprawy wywoływacza, dotąd niezupełnie ustalonej, drugą stronę ujemną próby W. N. B. stanowi pojawianie się dodatniego odczynu w innych chorobach, stwierdzone przez niektórych autorów.

Wykazano, że w pewnych przypadkach płonicy zjawia się odczyn dodatni. Ilość tych przypadków wogóle jest niewielka, śladu zaś przebycia tej choroby [Szymanowski i Rajchman] zapomocą odczynu wykazać nie zdołano. Oprócz tego znajdowano odczyn dodatni w durze brzusznym, zapaleniu płuc, gruźlicy i nielicznych przypadkach zimnicy, jakkolwiek wyniki te okazały się niezupełnie pewnymi, a wielu autorów ocenia je, jako bardzo wątpliwe, zwracając uwagę na pewne usterki w wykonywaniu prób i rodzaju wywoływaczy, przy tych próbach użytych. Natomiast do chorób, które stale w pewnej liczbie przypadków dają odczyn W. N. B., należą trąd i framboezya podzwrotnikowa. Najwięcej wyników dodatnich uzyskali Bruck i Gesner w przypadkach trądu guzowatego, natomiast przy postaci znieczulającej tej choroby odczyn bywał stale ujemnym. Wyniki te potwierdzają badania poprzednie Wechselmana i Meiera, jakoteż i innych autorów. Objawy choroby i odczyn próby nie zgadzają się według Gesnera i Brucka pod względem nasilenia, jak również

nie stoją w żadnym stosunku z ilością znalezionych prątków.

Przy framboezyi wykazali Hoffman i Blumenthal, jakoteż Bruck w nielicznych dotąd badanych przypadkach odczyn dodatni, który zresztą przy uwzględnieniu przyrody tej choroby zupełnie nie świadczy przeciw swoistości odczynu Nie tak dawno bowiem uważano tę chorobę za osłabioną odmianę przymiotu, a dopiero odkrycie przez Castellaniego w roku 1905 swoistych dla framboezyi krętków, ustaliło pewne różnice między temi chorobami, których objawy bywają często niemal zupełnie podobne. Pomimo, że trąd i framboezya, jako w naszym klimacie nieznane, nie mogą mieć znaczenia przy rozpoznawaniu kiły, to jednak dotychczasowe badania wskazują, że tam, gdzie te choroby panują, muszą one niewątpliwie przy rozpoznawaniu zapomocą odczynu W. N. B. wchodzić w rachubę. U zwierząt, zakażonych świdrowcami, wykazywano odczyn dodatni, który również Levaditi otrzymał w przebiegu świdrowicy ludzkiej, a mianowicie u chorego na śpiączkę afrykańską.

To pojawienie się odczynu dodatniego w chorobach przyrody nieprzymiotowej nie mogło wpłynąć do tego stopnia ujemnie, aby zmniejszyć wartość praktyczną próby W. N. B., choćby z tego względu, że część tych chorób nie odgrywa żadnej roli w kierunku rozpoznawania kiły, a następnie, że wszechstronne wypróbowanie tegoż odczynu w ogromnej już obecnie liczbie przypadków wydało bardzo korzystne dla niego wyniki. Pomimo, że podstawy teoretyczne odczynu W. N. B. dotąd nie są jeszcze zupełnie jasne, a tem mniej ustalone, i niema dotąd naukowego wytłómaczenia istoty odczynu, to jednak ze względu na praktyczną wartość jego znajduje coraz więcej zwolenników to zapatrywanie, że jest to odczyn, jeżeli niezupełnie dla kiły swoisty, to jednak tę chorobę cechujący i będący cennym środkiem pomocniczym dla rozpoznania istnienia jej w ustroju.

Aby wykonywanie próby W. N. B. ułatwić, kilku autorów, jak Bauer, Tschernogubow, Hecht, M. Stern, Detre i Brezowsky, Noguchi starało się wprowadzić w odczynie zmiany, z których pewne miały na celu także podniesienie czułości próby. Zmiany te polegały bądźto na zastąpieniu sztucznego dwuchwytnika, otrzymywanego z surowicy krwi królika, uodparnianego krwią baranią, dwuchwytnikiem naturalnym, znajdującym się w pewnej ilości i w surowicy ludzkiej, bądź też na zastosowaniu naturalnego dopełniacza przy użyciu surowic czynnych, lub wprowadzeniu innej techniki badania (Detre i Brezowsky, Noguchi). Żadna z tych odmian pierwotnego odczynu nie znalazła dotąd ogólnego zastosowania i rozpowszechnienia. Większość badających, pomimo niezaprzeczonego ułatwienia i uproszczenia postępowania przy tych sposobach, uznaje pierwotną próbę W. N. B. za najlepiej rozstrzygającą w kierunku wiarygodności wyników.

W pracowni zakładu mikrobiologicznego U. J. wykonałem 150 badań surowic, branych od 103 chorych, pozostających w leczeniu tutejszej kliniki dermatologicznej. Pomiędzy badanymi znachodziło się 28 chorych nie kiłowych, których surowice badano dla kontrolowania wyników odczynu. W tej liczbie 28 przypadków mieszczą się przypadki wiewióra i chorób skórnych, do których jako rzadsze należą przypadek mięsaka skóry *[sarcomatosis cutis Kaposi]* i pęcherzycy z przebiegiem złośliwym *[pemphigus foliaceus]*. W obu tych przypadkach odczyn próby był ujemny, jak również i w reszcie przypadków nie kiłowych. Stale wykonywałem badania według schematu kliniki wrocławskiej Neissera z tą tylko zmianą, że dla oszczędzania odczynników nalewałem do probówek po 3 cm. płynu. Nie podaję opisu postępowania, aby nie powtarzać rzeczy, zresztą dokładnie przedstawionych w pracy Prof. Jaworskiego i Łapińskiego. Jako wywoływacza używano stale przy badaniach jednego i tego samego wyciągu wyskokowego z wątroby płodu kiłowego. Wyciąg ten przy badaniach kol. Szymanowskiego i Rajchmana dawał najlepsze wyniki w porównaniu z kilku innymi wyciągami kiłowymi i sztucznymi, w pracowni zakładu sporządzonymi. Wyciąg ten w proszku otrzymany z wysuszonej wątroby wyługowywano najpierw wyskokiem w stosunku 1: 10, a następnie do użycia rozczynem fizyologicznym soli w stosunku 1: 20. Inne odczynniki, jak dopełniacz, dwuchwytnik, krwinki, przygotowywałem według przepisu podanego w pracy Rajchmana i Szymanowskiego (Przegląd lek. Nr 25, 1909). Starałem się badać równocześnie o ile możności jak największą ilość surowic i pracę w każdorazowem badaniu dzieliłem wobec tego zwykle na dwa dni. W pierwszym dniu po otrzymaniu krwi zapomocą nakłucia żyły łokciowej pośrodkowej lub bocznej strzykawką 10 cm (Record) przygotowywano surowice do badania, w drugim dniu wykonywano samo badanie; ten sposób badania, którym posługiwał się również i Prof. Kučera, ułatwia możność badania większej ilości surowic równocześnie, co ma znaczenie w kierunku porównania i oceniania danych wyników.

Przypadków wrzodu pierwotnego badano 15; z tych w sześciu przypadkach nie było jeszcze mowy o jakichkolwiek zmianach natury ogólnej, w pozostałych zaś obok wrzodu znajdowały się już inne zmiany, w postaci wysypki plamistej, guzkowej. lub też kłykcin. Pomiędzy tymi sześciu przypadkami, w których czas liczony od zakażenia wynosił $1^1/_2$ do 5 tygodni, trzy przypadki przy pierwszem, drugiem i trzeciem badaniu wykazywały stale odczyn ujemny.

Wykonując u tych kilku chorych dwa razy na tydzień badanie surowicy, można było oznaczyć dzień, w którym odczyn ujemny zmienił się na wybitnie dodatni. U dwóch chorych między wykryciem odczynu dodatniego, a pojawieniem się wysypki, upłynęło około dziesięciu dni. U trzeciego wystąpiła wysypka plamista dopiero w trzecim tygodniu po pojawieniu się odczynu dodatniego. Czwarty zaś chory przedstawiał zajmujący przypadek ze względu na niezwykle długi okres, w czasie którego nie wystąpił ani odczyn dodatni, ani też nie pojawiły się objawy drugorzędne.

Chory ten przyjęty został do kliniki w maju z owrzodzeniem o cechach wrzodu pierwotnego, usadowionego w miejscu przedartego wędzidełka. Przedarcie to miało powstać przy ostatniem spółkowaniu, które miało się odbyć w pierwszych dniach kwietnia. Badanie surowicy wyciśniętej z wrzodu w preparacie barwionym rozczynem wodnym barwika Giemsy wykazało bardzo liczne krętki blade Schaudinna. W okolicy pachwinowej lewej stwierdzono dość znaczny obrzęk gruczołu, z początku niebolesny. W drugiej połowie maja, już po zagojeniu się wrzodu, obrzęk gruczołu zaczął się powiększać i stał się bardzo bolesny przy dotykaniu i chodzeniu i pomimo leczenia przeciw-

zapalnego nastąpiła potrzeba przecięcia i wyskrobania zropiałej części gruczołu. Inne gruczoły nie powiększały się przez cały czas pobytu chorego w klinice, to jest do 29. czerwca, również nie wystąpiły żadne dalsze objawy chorobowe, odczyn zaś przy wszystkich badaniach pozostał ujemnym. W lipcu zgłosił się chory do ambulatoryum kliniki i nie okazywał jeszcze dalszych objawów kiły.

U dwóch chorych przy pierwszem badaniu, które wykonano na drugi dzień po przyjęciu chorych do kliniki, odczyn próby był ujemny. W ciągu kilku dni następnych wystąpiła niezbyt obfita wysypka plamista na tułowiu i kończynach górnych. Badanie surowicy dało odczyn dodatni dopiero w drugim tygodniu trwania wysypki.

(C. d. n.).

Pozapłciowe zakażenie kiłą.

Napisał

Dr Jan Papée.

(Ciąg dalszy).

U jednych i u drugich nastręcza się wiele okoliczności sprzyjających nabyciu kiły na drodze pozapłciowej; a więc badanie chorych ze zmianami kiłowemi, badania ginekologiczne, zabiegi dokonywane w jamie ustnej u chorych kiłowych, zacięcia przy operacyi. Te częste zetknięcia w połączeniu z łatwością drobnych pęknięć naskórka, nadżerek, zanokcic, nierzadko zapóźno dostrzeżonych, usprawiedliwiają w zupełności częstość zakażania się; potwierdzają to też liczne spostrzeżenia, między innymi Fourniera[60]), który na 49 wrzodów umiejscowionych na palcach, znalazł 14 u lekarzy, Morrow[61]) zaś widział w ciągu lat 3 wogóle 20 przypadków zakażenia pozapłciowego, a w tym samym czasie 10 u lekarzy, z których 7 powstało przez zakażenie przy badaniu ginekologicznem, 3 zaś przez zacięcie podczas operacyi. Douglas W. Montgomery[62]) przytacza kilka przypadków zakażeń u lekarzy, powstałych podczas operacyi; w jednym z nich wrzód pierwotny powstał pod paznokciem palca, zaciętego przy operacyi »rakowatego« sutka.

Na dwa przypadki wrzodów pierwotnych na palcu, widzianych przezemnie, jeden dotyczył również lekarza, zajętego opatrywaniem chorych kiłowych. Lekarz ów miewał zwyczajnie liczne zanokcice i zadzierki, które w porze letniej wskutek gorąca, a przy wielkiej wrażliwości skóry wskutek używania nawet zwykłej wody (nie mówiąc już o płynach przeciwgnilnych) przemieniały się łatwo w dość trudno się gojące głębsze pęknięcia i nadżerki. Ponieważ stan taki powtarzał się corocznie w porze letniej i z nastaniem chłodniejszej pory roku ustępował, nie zwracał on na tworzące się na trzech palcach owrzodzenia większej uwagi; owrzodzenia jednak, mimo ciągłego opatrywania, nie chciały się goić, a gdy gruczoły łokciowe po 2—3 tygodniowem trwaniu owrzodzeń obrzmiały do niezwykłych rozmiarów, doszły bowiem do wielkości gęsiego jaja, skóra zaś nad nimi się zaczerwieniła, rozpoznano ostre zapalenie ropne tkanki podskórnej (*phlegmone*) i zamierzano wykonać nacięcie. Gdy mi to ów lekarz opowiedział, obejrzałem palce, które miały być przyczyną wrzekomego zapalenia i stwierdziłem na trzech palcach wrzody pierwotne, o typowo charakterystycznym wyglądzie, dnie słoninowatem, twardych brzegach i naciekłej podstawie. Dalszy przebieg rozpoznanie w zupełności potwierdził, wystąpiła bowiem wysypka guzkowa, gruczoły zaś przy właściwem leczeniu; bez nacięcia, uległy stopniowemu zmniejszeniu.

Zmiany pierwotne, nabyte drogą zakażenia zawodowego, umiejscawiają się przeważnie na palcach; znane są jednakże przypadki w literaturze, w których zmiana pierwotna miała i inną siedzibę. Tak np. w r. 1906 Ginzburg ogłosił przypadek, w którym wrzód pierwotny powstał na powiece oka u akuszerki, dotkniętej niedomykalnością oka z powodu porażenia nerwu twarzowego, której trysła krew i woda płodowa do oka podczas porodu; w miesiąc potem wystąpił wrzód pierwotny na powiece oka, Löwenbach zaś przedstawił na posiedzeniu wied. Towarzystwa dermatologicznego (9. V. 1900) zmianę pierwotną na wardze górnej u akuszerki, która celem wydłużenia zbyt krótkich brodawek piersiowych położnicy, ustami swemi je na-

W pewnej łączności z tą grupą zakażeń zawodowych, pozostają przeniesienia zarazka kiłowego za pośrednictwem nieczystych narzędzi, wstrzykiwań podskórnych, szpatułek, cewników, a niekiedy — jak wspomina Fournier — laseczki lapisu, a właściwie zanieczyszczonej tutki, w której był osadzony. Baum[63]) ogłosił w r. 1906 sześć przypadków kiły, przeniesionej za pośrednictwem narzędzi dentystycznych, podobnie Montgomery[64]) opisał przypadki wrzodów na dziąsłach, powstałych po wstawieniu zębów.

Na zakażenia za pośrednictwem nieczystych cewników usznych, przy sposobności kateteryzowania przewodów ucha, zwracali już dawniej uwagę różni autorowie, w szczególności zajmował się tym przedmiotem Burow i podał kilka przypadków tego rodzaju. Sędziak w zebranej przez siebie statystyce podaje, że prawie we wszystkich przypadkach siedziby zmiany pierwotnej w jamie noso-gardłowej, jako modus infectionis, podawano cewnikowanie ucha.

Znane są następnie w literaturze przeniesienia kiły za pośrednictwem kateterów cewkowych; przypadek taki, z induracyą w obu ciałkach jamistych, powstałą po rozszerzaniu zwężania cewki zanieczyszczoną sondą kauczukową, przytacza Montgomery[65]). W końcu wspomnieć wypada o wypadkach przeniesienia zakażenia zapomocą pędzelków, użytych przy leczeniu chorób ocznych. Jeden taki przypadek wrzodu pierwotnego na spojówce gałkowej opisał Reiss, powstał zaś on najprawdopodobniej za pośrednictwem pędzelka szczecinowego, używanego przy leczeniu jaglicy, drugi zaś podał Zirm[66]), również na spojówce pociągała.

[60]) Ulcera syph. digital. Journal de med. et de chir. Ottobre 1895.

[61]) Morrow. Extragen. Schanker u. ihre Prognose. Journal of cutan. and genito-urin. diseases 1896. Ref. Archiv f. D. u. S.

[62]) D. W. Montgomery. Syphilisansteckung des Arztes im Beruf. Ref. Monatshef. f. Derm. T. 41.

[63]) Baum. Kiła przeniesiona zapomocą narzędzi dentystycznych. Journal of the American med. Assoc. Nr 6. 1906. Ref. Tygodn. lek. 1906.

[64]) Montgomery. Die Übertragung der Syphilis durch Ärzte. Ref. Arch. f. S. u. Derm. T. 43, str. 138.

[65]) Montgomery l. c.

[66]) Zirm. Primaraffect des Augenlides. Zentralblatt f. Augenheilkunde. 1901. Marzheft.

wieki, a który według tego autora powstał wśród leczenia przy wojsku »jęczmienia«.

Do grupy zakażeń zawodowych zaliczyćby w końcu należało, dzisiaj już chyba nie mające miejsca, przeniesienia kiły przy sposobności szczepienia, jak długo używano do tego krowianki humanizowanej. Bulkley w statystyce różnych krajów, podaje dla Austryi do r. 1895, takich przypadków 121 na 902 wogóle pozapłciowych zakażeń w tem państwie (13·4%).

Jako jeden z dość częstych sposobów zakażenia, wymienić należy przeniesienie za pośrednictwem brzytew, używanych przy goleniu (Rasirschanker). W naszej literaturze opisał podobny przypadek Kopytowski[67]), wrzód miał swą siedzibę na lewym policzku (autor nie wyklucza jednakże możliwości przeniesienia zarazka nieczystym palcem). Z obcych jeden taki przypadek podał Boldt[68]), a ciężki jego przebieg skłonił nawet autora do wyrażenia przypuszczenia, że zakażenia nabyte na drodze pozapłciowej wogóle odznaczają się ciężkim przebiegiem; nadto o tego rodzaju sposobie zakażenia wspominają Catrin, Hebra, Schmolik.

Dość często wymieniane bywają, jako droga przeniesienia, ukąszenia lub uderzenia w bójce pięścią, a siedziba wrzodów najczęściej jest wówczas na palcach rąk lub na policzkach i wargach.

Przypadek taki, jak już wyżej podałem, widziałem w r. 1897 w szpitalu lwowskim; Bizzard i Laffout[69]) opisali przypadek, w którym powstał wrzód pierwotny na IV palcu, po uderzeniu w bójce przeciwnika skaleczoną pięścią w usta; Mac Naugthon zaś wrzód na grzbiecie ręki u 55-letniej kobiety po ukąszeniu jej przez drugą; Harry Watson dwa wrzody, jeden na grzbiecie ręki, drugi na głowie, powstałe po ukąszeniu a pochodzące od zmian na błonie śluzowej jamy ustnej u kąsającego. W podobny sposób t. j. przez ukąszenie, powstała u chorego zmiana pierwotna z dość rzadkiem umiejscowieniem, bo w kącie noso brwiowym, o czem podali wiadomość Hallopeau i Trastour[70]).

Innych, mniej częstych, dróg przenoszenia kiły nie podobna szczegółowo wymieniać; wspomnieć tylko można o przypadkach zakażenia za pośrednictwem używania wspólnych klozetów, pielęgnowania lub noszenia dzieci, mających zmiany kiłowe; w jednym przypadku przymierzanie paska przepuklinowego (!?).

Niewątpliwie i najrozmaitsze postacie przewrotnego popędu płciowego, jak coitus per os, pederastya, cunnilinguus i t. p. odgrywają przy zakażeniach zewnątrzpłciowych niepoślednią rolę; powód ten jednak, ze względów łatwo zrozumiałych — rzadko bywa przez chorych podawanym. Przypadek wrzodu pierwotnego na wardze dolnej przedstawił w warszawskiem Tow. lekarskiem Wesołowski (16. I. 1906), powstał on zaś *post coitum praeternaturalim* u chorego, który bezpośrednio potem spółkując, nie dostał zmian żadnych na członku.

Ze względu na rzadkość, przytoczyć należy w końcu zakażenie powstałe po przeszczepieniu skóry (transplantacyi). Przypadek taki opisuje Montgomery[71]) u chorego, któremu po rozległem oparzeniu przeszczepiono płatki skóry pochodzące od 100 osobników. Podobną rzecz podał w r. 1898 Tait z Ameryki: wrzód pierwotny powstał nie u chorego, któremu skórę przeszczepiono, ale u tego, z którego ją przeszczepiano: w 25 dni po zabiegu. Zakażenie miało nastąpić przez użycie brzytwy.

Czy zakażenie kiłowe może być przeniesionem za pośrednictwem owadów np, much, komarów, pcheł, tego na pewne dotąd nie stwierdzono, możliwość tego rodzaju zakażeń przyjmował Hutchinson. Również nie jest rzeczą, udowodnioną, czy może ono nastąpić przez pośrednictwo zwłok, wskutek zacięcia przy sekcyach zmarłych chorych kiłowych. O zakażeniu, które w ten sposób prawdopodobnie miało powstać, podał wiadomość Bergh z Kopenhagi, Lang[72]) zaś na posiedzeniu wiedeńskiego Towarzystwa dermatologicznego w r. 1899 wypowiedział przekonanie, że taki sposób niewątpliwie stwierdził u jednego lekarza. Podobne przypuszczenie wyraził również Morrow[73]) co do pochodzenia wrzodu pierwotnego na palcu wskazującym u pewnego lekarza.

Sposobność śledzenia początkowego okresu i przebiegu zmian pierwotnych, umiejscowionych pozapłciowo nadarza się lekarzowi o wiele rzadziej, aniżeli przy umiejscowieniu na częściach płciowych. Chorzy bowiem, najczęściej nieświadomi stanu rzeczy, zgłaszają się albo w okresie pełnego już jej rozwoju, nierzadko zaś dopiero wtedy, kiedy już zmiany ogólne (pod postacią wysypki) wystąpiły. Zmiany pierwotne, które w tym najczęstszym okresie ich przebiegu napotykamy, cechują, na ogół biorąc, te same znamiona kliniczne, jakie przedstawiają one przy umiejscowieniu na częściach płciowych. A zatem nie różnią się zazwyczaj co do kształtu swego i wielkości, stwierdzamy u nich taki sam naciek o charakterystycznem stwardnieniu i zbitości, o brzegach i podstawie jużto z otoczeniem się zlewającej, już też ściśle dającej się odgraniczyć. Znamiona zaś kliniczne o tyle podlegają pewnym zmianom, o ile utkanie siedziby zmiany przedstawia pewne różnice anatomiczne. Brzegi wrzodów zazwyczaj ściśle przylegające, nie podminowane, jużto o charakterystycznem, chrząstkowatem stwardnieniu, już też tylko o wałkowatem zgrubieniu, dno ku środkowi rany nieco wgłębione, powierzchnia lekko krwawiąca, lub też nalotem szarym, lub — przy umiejscowieniu zmian na częściach, narażonych na wpływy zewnętrzne — brudnym, trudno oddzielić się dającym strupem, pokryta. Gruczoły chłonne w najbliższem otoczeniu w typowy sposób powiększone, charakterystycznie twarde i niebolesne. Te wszystkie cechy, dla oka i ręki wprawnej na pierwszy rzut oka znamienne i uderzające, nie przedstawiają najczęściej żadnych wątpliwości ani trudności co do właściwego rozpoznania choroby.

---

67) Kopytowski. Przyczynek do kazuistyki zewnątrzpłciowego zakażenia przymiotem. Gazeta lekarska. 1891. Str. 1011.

68) Boldt. Noch ein Fall von lues insontium, D. mediz. Wochenschrift. 1902. Nr 27.

69) Bizzard i Laffout. Annales des maladies veneriennes. T. I. Z. 5. 1906.

70) Hallopeau i Trastour. Sur un chancre induré sourcilier consecutif à une morsure. Soc. de derm. 1900.

71) Montgomery l. c.

72) Lang. Extragen. Primaraffect durch Leicheninfection. Archiv. f. D. u. S. T. 51.

73) Archiv. f. D. u. S. 1898. T. 50.

Jednakże w wielu wypadkach, pewne właściwości miejscowe, jak o tem wspomniałem, w połączeniu z odmianami w charakterze zmiany pierwotnej, zwłaszcza w początkowym okresie jej trwania, które, jak wiadomo i przy zwykłej siedzibie, t. j. na częściach płciowych, nierzadko się zdarzają, nadając zmianie pewne odmienne piętno (skąpe i mało uwydatnione stwardnienie, nieznaczna, płytka i powierzchowna nadżerka), powodują przy zmianach pozapłciowych wygląd ich, niekiedy znacznie odbiegający od zwykłego i ptzeciętnego typu. Oprócz tego na ten wygląd mieć może niewątpliwie wpływ i sposób przeniesienia kiły, jeżeli np. zakażenie powstanie w miejscu ukąszenia, zranienia lub podłużnej szczeliny skórnej, które już jako takie posiadały kształt odmienny, natenczas musi ulegać odmianie kształt, a często i wielkość zmiany pierwotnej. To samo możemy zauważyć, jeżeli zmiana usadowi się w miejscu skóry, zajętem przez dłużej trwający i rozległy wyprysk sączący, albo też w miejscu czyraka, jak np. w przypadku podanym przez Schnabla[74]), gdzie lekarz rozpoznał czyrak w okolicy łuku jarzmowego, stwierdziwszy zaś wysypkę tułowia, podejrzewając jej tło kiłowe, szukał za zmianą na częściach rodnych, nie znalazłszy zaś jej, uznał wysypkę jako powikłanie grypy.

Te i tympodobne szczegóły, poprzedzające wystąpienie wrzodu, zwłaszcza w miejscach rzadziej napotykanych i zmieniające zwykłą ich postać, mogą znacznie utrudniać właściwe rozpoznanie a temsamem utrudniać lub opóźniać leczenie; stąd też nie od rzeczy będzie, przejść po kolei cechy kliniczne pozapłciowych zmian pierwotnych, częściej spotykanych. (Dok. nast.).

[74] Schnabel. Ein Fall von extragen. Syphilis infection. D. mediz. Wochenschrift. 1962. Nr 18.

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

Prof. H. Albrecht. **Gruźlica w wieku dziecięcym.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909. Nr. 10 str. 327).

Na zasadzie zbadania 1060 zwłok dzieci dochodzi autor do przekonania, że zakażenie gruźlicą następuje u dzieci drogą płucną, nie zaś drogą jelit. Tylko w 0,66% przypadków autora można było orzec z zupełną pewnością, że zakażenie wyszło ze strony jelit. We wszystkich innych przypadkach pierwotne ognisko znajdowało się w płucach. Ogniska te, czasem bardzo niewielkie, udało się autorowi wykryć dzięki odrębnej technice sekcyjnej. Mianowicie autor dokładnie i stopniowo, kawałek po kawałku, obmacywał płuca przed rozcięciem. Każde miejsce zbitsze przekrawywano. W ten sposób udało się wykryć wiele ukrytych ognisk. Wskazówkę do poszukiwania tych ognisk dają gruczoły chłonne. Tak n. p.. jeżeli zmienione są gruczoły prawe, to pierwotne ognisko leży po prawej stronie, i odwrotnie. Ogniska pierwotnego należy zatem szukać, posuwając się przeciw prądowi limfy. Miejscem przeniknięcia zarazka gruźliczego do tkanki płucnej jest zwykle mała grudka chłonna, leżąca w najdrobniejszych oskrzelkach. Grudka chłonna jest jakby stworzona dla zakażania się na drodze oddechu. Autor zwraca uwagę, że do tych samych wniosków doszedł także prof. Ghon, prosektor szpitala Św. Anny dla dzieci w Wiedniu. Przypominając swoje badania, podjęte wraz z Ghonem w Bombay na trupach zadżumionych, stwierdza autor analogię w szerzeniu się w ustroju zarazka moru i gruźlicy. Zarówno w gruźlicy, jak i w morze daje się stwierdzić prawo Corneta, że, bez względu na miejsce wniknięcia zarazka, sadowi się on zawsze w najbliższych miejsca wniknięcia gruczołach chłonnych. Badając dalej przypadki zołzów gruczołów chłonnych szyjnych, doszedł autor do wniosku, że niema zołzów gruczołów szyjnych bez jednoczesnego ogniska gruźliczego w płucach, lub gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych. Co do dróg zakażenia, to może ono w takich przypadkach postępować albo od dołu przez ciągłość (per continuitatem) od strony gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, albo od góry wskutek wtórnego zakażenia wydzielinami z chorych płuc. Taksamo przy istnieniu ognisk gruźliczych w kościach, oraz w przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych trzeba zawsze być pewnym istnienia pierwotnego ogniska gruźliczego w płucach. Przerzut powstaje drogą obiegu krwi. Na zakończenie przytacza autor swoją własną teoryę zołzów, w której wielką rolę odgrywa zastój limfy w licznych, przepełnionych masami gruźliczemi gruczołach chłonnych. *Miecz. Michałowicz.*

Prof. Th. Escherich. **Drogi zakażenia gruźlicą ze szczególnem uwzględnieniem wieku dziecięcego.** (*Wien. klin. Wochs.* 1909. Nr 15, str. 515).

Żyjemy obecnie, jak wiadomo, w czasach ożywionej dyskusyi nad pytaniem: jaką drogą następuje zakażenie gruźlicze w ustroju. Jedni badacze utrzymują, że zakażenie idzie przez płuca, drudzy twierdzą, że następuje ono od strony jelit. Rozpatrywanie tego pytania na materyale obdukcyjnym u dorosłych nie wróży już z góry powodzenia. Ustrój dorosłego zakażonego gruźlicą w chwili, gdy dostaje się na stół sekcyjny, jest już w tak wielu miejscach dotknięty zmianami gruźliczemi, że trudno się zoryentować, gdzie jest pierwsze, a gdzie wtórne ognisko. Łatwiej daleko rozpoznać ognisko pierwotne w dziewiczym, że tak powiemy, ustroju dziecka. Tę drogę obrał autor. Na zasadzie zbadania zwłok 22 osesków w wieku od 3—10½ miesięcy, których sekcyę nadzwyczaj dokładnie wykonał prof. Ghon, dochodzi Escherich do wniosku, że zakażenie następuje drogą płuc. We wszystkich bowiem przypadkach pierwotne ognisko (czasem dwa ogniska) znajdowało się w płucach. Następnie ulegają zakażeniu najbliżej leżące gruczoły oskrzelowe odpowiedniej strony. Zakażenie więc idzie od płuc do gruczołów, nie zaś odwrotnie, jak to twierdzą Finkelstein i Heubner. W przeciwstawieniu do olbrzymio powiększonych i zwyrodniałych gruczołów oskrzelowych, gruczoły krezkowe były nienaruszone. Gruźlicze wrzody jelit były najczęściej świeżego pochodzenia. Większość dzieci miała w rodzinie kogoś cierpiącego na gruźlicę. Do czynników, sprzyjających zakażeniu płuc dziecka plwocinami osób gruźliczych, zalicza Escherich pełzanie po ziemi, używanie brudnych smoczków, wkładanie brudnych palców do ust dziecka, przeżuwanie pokarmów przez chorych rodziców przed podaniem ich dziecku, wreszcie krzyk oseska, przy którym dziecko wykonuje głęboki i długi wdech, ułatwiający zakażonym cząstkom wnikanie daleko do płuc. *Miecz. Michałowicz.*

Doc. Fr. Hamburger i R. Monti. **Częstość gruźlicy w wieku dziecięcym.** (*Münch. m. Wochs.* 1909. Nr 9, str. 449).

Już Naegeli wykazał, że gruźlicę spotyka się u dorosłych w 97% przypadków sekcyjnych. Zdanie to zostało potwierdzone przez Burckhardta. Podobne wyniki otrzymali Möller, Hamburger i Sluka, którzy badali tę sprawę na materyale dziecięcym sekcyjnym. Obecnie, gdy możemy stwierdzić gruźlicę już za życia dzięki nowszym dokładniejszym metodom (jakoto odczyn skórny, odczyn ukłucia), pytanie o częstości gruźlicy w wieku dziecięcym musiało uledz ponownej rewizyi. Podjęli się tego autorowie artykułu. Przy badaniu w kierunku gruźlicy stosowano w każdym poszczególnym przypadku z początku odczyn Pirqueta. Gdy ten zawodził po raz pierwszy, stosowano go po raz drugi. Gdy zawodził powtórnie, próbowano odczynu ukłucia, który, jak wiadomo, jest daleko czulszy. Ogólna liczba zbadanych dzieci wynosiła 509. Dzieci badano w szpitalu Anny w Wiedniu. Z nich 233 pochodziło z oddziału płoniczego, 253 z oddziału błoniczego, 13 dzieci chorowało na zapalenie opon mózgowych, 6 na dur, 1 na zapalenie szpiku kostnego, 1 na zapalenie okątnicze, 1 na przepuklinę pachwinową, 2 na złamanie kości biodrowej. Wyniki wypadły następująco:

Dzieci w	2 roku	życia	oddziaływały	dodatnio	w	9%	przypadków
»	» 3	»	»	»	»	» 20 »	»
»	» 4	»	»	»	»	» 32 »	»
»	» 5	»	»	»	»	» 52 »	»
»	» 6	»	»	»	»	» 51 »	»
»	» 7	»	»	»	»	» 61 »	»
»	» 8	»	»	»	»	» 73 »	»
»	» 9	»	»	»	»	» 71 »	»
»	» 10	»	»	»	»	» 85 »	»
»	» 11	»	»	»	»	» 93 »	»
»	» 12	»	»	»	»	» 95 »	»
»	» 13	»	»	»	»	» 94 »	»
»	» 14	»	»	»	»	» 94 »	»

Badania porównawcze odczynem skórnym Pirqueta i odczynem ukłucia wykazały, że odczyn skórny jest daleko dokładniejszy w pierwszych latach życia, niż w latach późniejszych; tłómaczy się to tem, że gruźlica w wieku późniejszym zatraca swą »czynność«. Dla tego też, jak widzimy z poniżej przytoczonej tabliczki, liczby odczynu skórnego i odczynu ukłucia zgadzają się w drugim roku życia, w następnych latach zaś różnią się znacznie. Odsetek gruźlicy:

	odczyn skórny czystą tuberkuliną	odczyn ukłucia
U dzieci do roku 2	9%	9%
» » » » 3—4	23 »	27 »
» » » » 5—6	36 »	51 »
» » » » 7—10	47 »	71 »
» » » » 11—14	51 »	94 »

Badania prof. Ganghofnera, jak zaznaczają autorowie, dokonane nad dziećmi Pragi, zgadzają się z otrzymanymi przez nich wynikami. *Miecz. Michałowicz.*

L. Emmett Holt. **Wyniki tysiąca prób tuberkulinowych u małych dzieci.** (*Archiv. of Pediatr.* Styczeń 1909).

Autor stosował tuberkulinę w celach rozpoznawczych u dzieci w wieku przeważnie poniżej 2 lat, zarówno u osobników klinicznie niegruźliczych, jak i w przypadkach wątpliwej, oraz stwierdzonej gruźlicy. Porównywając wartość rozpoznawczą wykonywanych przez siebie wszystkich znanych obecnie prób tuberkulinowych: odczynu ocznego, skórnego, odczynu ukłucia (Stichreaktion), oraz odczynu gorączkowego po wstrzyknięciu tuberkuliny pod skórę, — dochodzi autor do wniosku, iż wszystkie są jednakowo pewne, a wybór poszczególnej próby zależy od tego, czy chodzi o chorych internowanych, czy przychodnich, od wieku chorych u małych dzieci nie nadają się n. p. wstrzykiwania tuberkuliny do celów rozpoznawczych wskutek częstego podnoszenia się ciepłoty na tle zaburzeń w trawieniu) i t. p. okoliczności. Za najłatwiejszą technicznie, a najzupełniej nieszkodliwą dla chorego uważa autor próbę Pirqueta. Odczyn gorączkowy przez podskórne wstrzyknięcie tuberkuliny, przy którym ciepłota podnosi się nieraz do 39·5° C., a stan ogólny dzieci często również nie pozostaje bez zmiany, który oprócz tego wymaga bardzo dokładnego dawkowania tuberkuliny, najmniej się nadaje dla celów praktycznych. *H. Rozenblatówna.*

Kornel Preisisch. **Gorączka przy płonicy.** (*Wiener. klin. Wochs.* 1909. Nr 17, str. 600).

Ciepłota przy płonicy spada stopniowo, ubywająco, podług opisu przyjętego przez wszystkie podręczniki chorób dziecięcych. Opis ten zdaniem autora nie odpowiada rzeczywistości. Trzeba bowiem rozróżniać 2 postacie płonicy: płonicę czystą i płonicę powikłaną zakażeniem paciorkowcowem. Gdy w postaci czystej krzywa ciepłoty opada przełomowo (crisis), to w powikłanej postaci płonicy spada ona stopniowo (lysis). Współrzędnie z tą odmianą krzywej ciepłoty stwierdzał Preisisch zwykle zmiany gardła, migdałów, gruczołów szyi, jako też częste nieprawidłowości zarówno w przebiegu, jak w cechach samej wysypki. *Miecz. Michałowicz.*

Stefanie Weiss-Eder: **Białkomocz w postawie stojącej a popłonicze zapalenie nerek.** (*Wiener med. Wochens.* 1909. Nr 18, str. 975).

Autorka zajęła się zbadaniem, jaki kliniczny związek zachodzi pomiędzy białkomoczem w postawie stojącej, a zapaleniem nerek. Wobec tego, że badanie dzieci oddziału płoniczego mogłoby się przyczynić do wyjaśnienia sprawy, dokonała autorka szeregu doświadczeń nad dziećmi, które przed kilku dniami przebyły płonicze zapalenie nerek; dzieci te ustawiano w postawie stojącej, lub klęczącej ze skrzywieniem kręgosłupa ku przodowi dla otrzymania białkomoczu ortotycznego (skrzywienie kręgosłupa ku przodowi u dzieci leżących nie pociągało za sobą białkomoczu ortotycznego).

Z wyników doświadczeń wypadło: 1) że dzieci, u których w płoniczym okresie można wywołać białkomocz przez ustawienie ze zgięciem kręgosłupa ku przodowi, nie są więcej od innych dzieci skłonne do ostrego zapalenia nerek; 2) że ozdrowieńcy po zapaleniu nerek okazują nieraz po ustąpieniu zapalenia nerek białkomocz w postawie stojącej, który wedle wszelkiego prawdopodobieństwa zależy od skrzywienia kręgosłupa ku przodowi wskutek osłabienia mięśni grzbietu po przebytej chorobie; 3) że u ozdrowieńców po płonicy w 57,5% da się wywołać białkomocz przez klęczenie ze zgięciem kręgosłupa ku przodowi. Wysoki ten odsetek nie dowodzi jednak niczego, albowiem i u zdrowych dzieci w $^2/_3$ przypadków udało się Jeklemu wywołać białkomocz w postawie stojącej przez ustawienie badanego w postawie stojącej ze skrzywionym ku przodowi kręgosłupem. *Miecz. Michałowicz.*

C. Herrman. **Roznosiciele płonicy.** (*Arch. of Pediatr.* Luty 1909).

Krytyczny rozbiór współczesnych poglądów na drogi, jakiemi szerzy się zakażenie płonicze, oraz szereg własnych uwag, opartych na spostrzeżeniach autora podczas wielkiej epidemii płonicy w New-Yorku zimą i wiosną 1908 r.

Pytanie, czy łuski są źródłem zakażenia w płonicy, uważa autor wraz z większością współczesnych autorów za nierozstrzygnięte; w każdym razie przypadki t. zw. »powrotne« (»return cases«), t. j. te, gdzie chory, powróciwszy ze szpitala do domu bez śladu łuszczenia, zaraża mimo to swe otoczenie, pouczają, że poza łuskami są inne drogi zakażenia. Wiadomo również, że źródłem szerzenia się płonicy może być osoba pozornie zdrowa, przechodząca najwyżej jakieś nieznaczne zapalenie gardła nawet bez gorączki; w tych razach zarazek płonicy musi być zawarty w wydzielinie gardła tych osób i udziela się otoczeniu przez rozmowę, kaszel i t. p.

Równie niebezpieczną jest wydzielina z nosa i uszu, tembardziej, iż wydzielina z uszu n. p. pod postacią wycieku ropnego, trwa często znacznie dłużej, niż łuszczenie się, utrzymuje się po wyjściu chorego ze szpitala do domu i tam staje się źródłem owych na pozór niewytłómaczonych »powrotnych przypadków«. Z tego względu należy urządzać pawilony płonicze w ten sposób, aby 1) przypadki świeże, 2) chorzy z powikłaniami, 3) ozdrowieńcy, umieszczani byli w oddzielnych salach. Tylko w ten sposób bowiem powiedzie się uniknąć zanoszenia przez zdrowych, wychodzących ze szpitala, materyału zakaźnego do domu; oczywiście, należy pamiętać i o tem, iż chory wtedy dopiero może opuścić szpital, wzgl. przestać być izolowany (w praktyce prywatnej), gdy nie stwierdzamy już najmniejszego nawet śladu jakiegokolwiek zajęcia jamy nosowo-gardłowej.

Znacznie mniejsze od bezpośredniego jest podług autora niebezpieczeństwo zakażenia pośredniego (sprzęty, mieszkanie etc.); jednakże na razie uznaje autor jeszcze konieczność odkażania i przytacza zdanie Heubnera w tej sprawie, iż pomimo, że istnienie zarazka płoniczego w pokoju chorego nie zostało dowiedzione, obowiązani jesteśmy odkażać takie pokoje, dopóki sprawa zakażenia płoniczego nie zostanie zupełnie wyświetlona. *H. Rozenblatówna.*

W. N. Klimenko. **Morfologia i biologia lasecznika krztuśca.** (*Ztbl. f. Bact.* Tom 50, zesz. 3. Maj 1909).

Lasecznik krztuśca, opisany po raz pierwszy przez Bordeta i Gengou, którego swoistość nie ulega podług autora najmniejszej wątpliwości, jest gramoujemnym, nieruchomym drobnoustrojem, nie tworzącym zarodników, ani otoczki, o niewielkich wymiarach ($1^1/_2$—2 razy większy od prątka grypy).

Dwubiegunowość prątka krztuśca, którą Bordet i Gengou uważają za bardzo charakterystyczną, występuje nie przy wszystkich sposobach zabarwienia; podług autora najodpowiedniejszym barwikiem do tego celu jest błękit karbolowo-toluidynowy. Używając tej metody barwienia, znajdował autor stale w preparatach z plwociny chorych na krztusiec typowe biegunowe zabarwienie lasecznika.

W preparatach z czystych hodowli, niezależnie od użytej pożywki, napotyka się nieraz ciałka Babes-Ernsta; natomiast nie widział ich autor nigdy w laseczникach z plwociny, wysięku z otrzewnej zwierząt, szczepionych laseczникami krztuśca i t. p.

Rozpoznanie omawianego lasecznika bezpośrednio w preparacie z plwociny chorego wymaga znacznej wprawy; również i uzyskanie hodowli z plwociny udaje się niełatwo, najlepiej w każdym razie nadają się do tego zupełnie świeże przypadki, t. j. okres nieżytowy, wzgl. pierwszy tydzień okresu napadów kaszlu (st. convulsivum), gdyż w tym okresie zawiera plwocina największą ilość omawianych drobnoustrojów. Pożywki muszą zawierać znaczną domieszkę krwi, ale niekoniecznie ludzkiej lub króliczej, jak tego wymagają Bordet i Gengou. Otrzymane hohowle są bardzo małe i okolone przeźroczystą otoczką (hemoliza pożywki).

Co do jadowitości lasecznika krztuśca, to okazało się, iż wszystkie, przez autora w tym kierunku wypróbowane zwierzęta oddziaływały po wprowadzeniu hodowli tego lasecznika pod skórę, do otrzewnej i do obiegu krwi bądź silniej, bądź słabiej. Wstrzyknięcie do otrzewnej sprowadza zawsze śmierć zwierzęcia.

Objawy krztuśca powiodło się autorowi otrzymać doświadczalnie u szczeniąt, u młodych kotów i u małp. *H. Rozenblatówna.*

E. Bertarelli. **Przyczynek do etyologii ospy wietrznej.** (*Ztbl. f. Bakt.* T. 50. Maj 1909).

Pomimo licznych prac o wietrznej ospie jest ona mało jeszcze poznana, gdyż zarówno jej strona etyologiczna, jak symptomatologia, długość okresu wylęgania i t. p. szczegóły nie są ustalone. Niektórzy zaś autorzy wogóle nie uznają odrębności wietrznej ospy od ospy naturalnej (Talamon, Bartler, Swoboda i inni). Co do tego ostatniego twierdzenia, uważa je Bertarelli za zupełnie gołosłowne, zgadza się zaś tylko na to, że rozpoznanie różniczkowe tych dwu postaci chorobowych jest nieraz bardzo trudne. Przytaczany często, jako cecha rozpoznawcza, fakt, iż wietrznej ospie podlegają tylko dzieci, ma tak dużo wyjątków, iż nie może być brany w rachubę.

Długość okresu wylęgania również nie może ułatwić rozpoznania, gdyż jest jeszcze nieznaną: ze spostrzeżeń Bertarelliego wynika, iż okres ten trwa 7 do 10 dni, lecz inni autorzy wymieniają 3—7, 8, 14—15 i 27 dni. Tak sprzeczne twierdzenia są skutkiem z jednej strony nieznajomości drobnoustroju, wywołującego ospę wietrzną, z drugiej — niemożności wywoływania doświadczalnej ospy wietrznej zapomocą szczepienia jej bądź ludziom, bądź zwierzętom. Tym dwom sprawom poświęcona jest praca Bertarelliego. Co do pierwszego punktu, wyniki były zupełnie ujemne: szczepienie treści pęcherzyków z najrozmaitszych okresów choroby (w 100 przypadkach) na różnych pożywkach nie dało żadnej hodowli. Ujemne były również próby hodowli ze krwi. Szczepienia, wykonane w celu stwierdzenia, czy można w ten sposób przenieść ospę wietrzną z jednej osoby na drugą, dały we wszystkich (3) przypadkach wynik ujemny, pomimo, iż w jednym przypadku zaszczepiono treść pęcherzyka nie osobie dorosłej, lecz 10-letniemu dziecku. Tylko rogówka królika oddziaływała w kilkunastu przypadkach na szczepienie pod postacią nieznacznych nacieków. Przy badaniu mikroskopowem znajdował Bertarelli w komórkach, leżących bezpośrednio pod warstwą nabłonkową rogówki, drobne ziarenka, o których znaczeniu i istocie Bertarelli na razie nic stanowczego nie mówi, wyłącza jednak stanowczo możliwość jakiegoś swoistego drobnoustroju w rodzaju »Cytoryctes variolae et vaccinae«, opisanej przez Guarnieriego. (Przyp. sprawozd.: Guarnieri uważa za przyczynę ospy okrągłe, błyszczące, silnie się barwiące twory, które znajdował wewnątrz komórek rogówki królików, w miejscach szczepionych krowianką i opisuje je pod wymienioną nazwą).

H. Rozenblatówna.

J. Bocchia. **Pyocyanaza.** (*Ztbl. f. Bakt.* T. 50, zesz. 2. Maj 1909).

Autor badał bakteryobójcze, hamujące i antagonistyczne własności pyocyanazy względem całego szeregu chorobotwórczych drobnoustrojów i stwierdził, iż tylko mała grupka bakteryi ulega działaniu pyocyanazy; do tych należy przedewszystkiem bakterya błonicy, czego już przedtem dowiedli Emmerich i Löw, nie w tym jednak stopniu, jak owi autorzy przypuszczali. Wprawdzie własności bakteryobójcze pyocyanazy względem bakteryi błonicy »in vitro« są dość silne, ale działanie jej jest tylko miejscowe i wyłącznie bakteryobójcze, nigdy zaś nie jest przeciwjadowe, a to ogranicza praktyczne zastosowanie odkrycia Emmericha i Löwa do minimum. Twierdzenia autorów tych o działaniu pyocyanazy na paciorkowce i gronkowce i o wynikającem z tego stosowaniu pyocyanazy, w szczególności w przypadkach błonicy septycznej, uważa autor za zupełnie gołosłowne, gdyż w doświadczeniach swych ani razu nie zdołał się przekonać o wpływie pyocyanazy na omawiane gatunki.

H. Rozenblatówna.

Oskar Scheurer: **O wiewiórze u małych dziewcząt.** (*Wiener klin. Wochschr.* 1909. Nr 18, str. 630).

Autor spostrzegał w ciągu ostatnich 5 lat klinicznie 39 przypadków wiewióra u małych dziewczynek na oddziale chorób płciowych. Zakażenie nastąpiło: w 6 przypadkach po zgwałceniu, w 12 wskutek spania w jednem łóżku z dorosłemi choremi siostrami, w 8 źródłem zakażenia była chora matka. W jednym przypadku chory mężczyzna wziął do swego łóżka dziecko na noc. W 4 przypadkach dziewczynki zostały zakażone przez rówieśników chłopców przez obmacywanie. Wiek chorych wahał się od 1—13 lat, z tych 27 dziewcząt nie liczyło jeszcze lat 6. Z objawów należy podkreślić, oprócz ogólnie znanego obrazu, gorączkę do 39,5° w 3 przypadkach, zapalenie pęcherza w 1 przypadku, zapalenie cewki moczowej w 15 przypadkach, kłykciny w 10 przypadkach. Typowego zapalenia gruczołów przedsionka autor nie zauważył ani razu, aczkolwiek ujście gruczołu było w połowie przypadków mocno zaczerwienione i obrzmiałe.

Leczenie polegało na leżeniu w łóżku, kąpielach nasiadowych z dodatkiem nadmanganianu potasu. Prócz tego stosowano 3 razy dziennie przepłukiwanie zapomocą natryskiwacza $^1/_2$ do $2^0/_0$ rozczynem protargolu lub $1^0/_{00}$ ichtarganu. Cewnik Merciera zakładano przytem do pochwy. Przy takiem leczeniu nie miał autor nigdy przypadku ograniczonego zapalenia otrzewnej miednicznej, jak to opisuje Bumm, który uważa to zapalenie za skutek przepłukiwania pochwy. Zapalenie otrzewnej zależy zdaniem Scheuera, jako też i innych autorów, tylko od postępującego naprzód zakażenia wiewiórowego. Najważniejsze jest pedantyczne przestrzeganie czystości. Znany jest bowiem szereg przypadków częstych zakażeń wiewiórowych u dzieci stale w pewnych szpitalach dziecięcych, wskutek nieprzestrzegania powyższego przepisu. Rokowanie jest na ogół zdaniem autora dość dobre; przebieg choroby trwa średnio od 1—3 miesięcy.

Miecz. Michałowicz.

A. Hand. **Wartość rozpoznawcza chemicznego i bakteryologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego.** (*Arch. of Pediatr.* Styczeń 1909).

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, łatwe w przypadkach typowych, sprawia duże trudności tam, gdzie ani wejrzenie przeźroczystego płynu, ani preparat mikroskopowy nie dają nam żadnej wskazówki, o jaką postać zapalenia opon chodzić może. Autor radzi w tych razach badać płyn mózgowo-rdzeniowy nietylko bakteryologicznie, lecz i chemicznie, gdyż ilość zawartego w nim białka i obecność, względnie brak cukru są ważnymi czynnikami rozpoznawczymi (n. p. ilość białka powyżej $5^0/_0$ objętości i obecność cukru przemawiają za gruźliczem zapaleniem opon).

Badanie cytologiczne ma podług autora mniejsze znaczenie, gdyż komórki są najczęściej tak zmienione, iż trudno rozpoznać, do jakiej kategoryi należą.

Komórki wielojądrzaste zawierają podług autora zaczyn, rozszczepiający cukier, stąd brak cukru w płynach mózgowo-rdzeniowych, obfitujących w wielojądrzaste leukocyty (przy nagminnem zapaleniu opon i innych ropnych zapaleniach opon).

H. Rozenblatówna.

Max Berliner. **W sprawie rokowania przy zapaleniu przednich rogów rdzenia.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909. Nr 21, str. 751).

Na zasadzie 14 klinicznie obserwowanych przypadków podaje autor przyczynek do rokowania przy zapaleniu przednich rogów rdzenia. Aczkolwiek rokowanie zależy przeważnie od siły danej epidemii, to jest ono stosunkowo lepsze, niżby to można przypuszczać. Zejść śmiertelnych autor podaje 4, trzy u dzieci od 8—16 miesięcy i jedno u 9-letniego dziecka (wszystkie w ciągu 2 pierwszych tygodni choroby). Polepszenia stanu porażonych mięśni nie osiągnięto u trojga dzieci. Wyraźne polepszenie pod wpływem leczenia (z początku salicylany, następnie elektryzacya) nastąpiło u reszty chorych t. j. w 7 przypadkach. Wobec tego autor zgodnie z Wickmanem, który rozporządzał ogromnym materyałem z epidemii w Szwecyi, dochodzi do wniosku, że zapalenie przednich rogów rdzenia zagraża niebezpieczeństwem dla życia przeważnie w okresie pierwszych 2 tygodni. Co się tyczy porażeń, wywołanych przez tę chorobę, to ustępują one pod wpływem elektryzacyi albo po paru tygodniach, albo po kilku miesiącach. Wobec tego poleca autor gorąco stale i wytrwale elektryzować porażone części, nie zrażając się nawet kilkumiesięcznem wyczekiwaniem na pierwsze wyraźne oznaki polepszenia.

Miecz. Michałowicz.

M. Turnowsky. **Bolesne porażenie wrzekome u dzieci.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909. Nr 28, str. 997).

Wyodrębnienie przez Francuzów »paralysie douleureuse des jeunes enfants« w osobną, samodzielną postać nie znalazło w literaturze lekarskiej innych krajów należytego uwzględnienia. Tymczasem obraz tej choroby jest nadzwyczaj znamienny. Przytoczone przez autora 6 przypadków dadzą się streścić w sposób następujący. Zupełnie zdrowe, wesołe, odżywiające się z wielkim apetytem dziecko poczyna naraz posługiwać się tylko trzema kończynami. Czwarta kończyna obwisa bezwładnie i do złudzenia naśladuje porażenie. Przy dotknięciu »porażonej« kończyny dziecko wybucha płaczem. Zarówno rodzice, jak i lekarz, są bardzo przejęci tym stanem i gubią się w domysłach. Następnego dnia ku wielkiemu zdziwieniu wszystkich dziecko odzyskuje zupełną zdolność ruchów. »Porażenie« może się powtarzać kilkakrotnie i znikać najczęściej po 24 godzinach. Brunon przytacza siedem głównych objawów tego cierpienia: 1) nagły początek cierpienia po słabym, najczęściej niezauważonym urazie; 2) całkowite lub częściowe porażenie; 3) ruchy bierne mogą być wykonywane, ale są bardzo bolesne, ruchy czynne nie są wy-

konywane; 4) raptowny ból w pierwszej chwili, następnie zaś tylko przy próbie poruszenia; 5) bezwładne obwisanie kończyny; 6) brak jakichkolwiek zmian anatomicznych; 7) szybki i pomyślny przebieg cierpienia, trwający od 24 godzin do 1 tygodnia. Co się tyczy etyologii, to poglądy autorów różnią się. Jedni uważają porażenie wrzekome za skutek urazu splotu barkowego, inni zaś za uczucie bojaźni ruchu wskutek bólu po pewnym urazie. Tego drugiego poglądu trzyma się też autor artykułu, aczkolwiek z pewnemi zastrzeżeniami. *Miecz. Michałowicz.*

W. P. Northrup. **Leczenie chorób świeżem powietrzem.** (*Arch. of Pediatr.* Luty 1909).

Autor jest entuzyastycznym zwolennikiem stosowania świeżego, czyli, jak to sam dokładniej określa, zimnego powietrza przy najrozmaitszych sprawach chorobowych u dzieci: zapaleniu płuc, płonicy, zapaleniu oskrzeli, kaszlu i wysypkach. Wyjątek czyni autor tylko dla odry, gdyż na podstawie własnego doświadczenia nie może twierdzić napewno o tak pomyślnem działaniu powietrza na przebieg odry, jakie spostrzegał w przypadkach innych chorób.

Co do strony technicznej tej nowej metody leczniczej, bardzo już popularnej w Ameryce, to jedynym warunkiem, jakiego należy przestrzegać, jest to, aby dzieci (również i dozorczyni) były bardzo ciepło ubrane i otulone w kilka kołder. Przy zachowaniu tej ostrożności pozostają dzieci całemi godzinami na wolnem powietrzu, wracając do ciepłego pokoju tylko do przebierania, mycia i t. p. *H. Rozenblatówna.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 4 października 1909.

1) Czł. L. Marchlewski referuje o pracy, wykonanej wspólnie z p. Malarskim p. t.: **Ze studyów nad chlorofilem.** Autorowie opisują szczegółowo szereg przemian, objętych niżej podanym schematem, które umożliwiają przemianę chlorofilanu w pochodne allochlorofilu:

Chlorofilan + $Zn(OH_2)$ + CO_2 = t. zw. chlorofil cynkowy.
Chlorofil cynkowy + KOH = Cynkoprofilotaoniny.
Cynkoprofilotaoniny + HCl (temp. zwyczajna) = Filotaonina + Allofilotaonina.
Cynkopofilotaonina + HCl + Alkohol (temp. 100°) = Fytorodyny.

2) Czł. L. Marchlewski referuje o pracy, wykonanej wspólnie z p. Barabaszem p. t.: **Dowód ostateczny identyczności chlorofilu i hemopyrrolu.** Autorowie udowadniają identyczność tych dwu ciał, wykazując, że dają one z dwuazonowemi ciałami związki identyczne, mianowicie jeden o p. t. 233°, a drugi o p. t. 268°.

3) Czł. L. Marchlewski referuje o pracy, wykonanej wspólnie z p Leyką p. t.: **Studya nad hemopyrrolem.** Autorowie udowadniają, że produkt kondensacyi hemopyrolu z chlorkiem dwuazonowym benzolu o p. t. 268° ma skład:

$(C_6H_5 - N_2 - C_8H_{11} . N - C_8H_{11}N - C_6H_5 . N_2)HCl$.

4) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. R. Hulanickiej p. t.: **O zakończeniach nerwowych w skórze żaby jadalnej (Rana escul.).** Autorka, posługując się barwieniem błękitem metylenowym, dochodzi do następujących wniosków: Istnieją trzy rodzaje zakończeń nerwowych w skórze żaby, mianowicie: wolne zakończenia nerwowe, zakończenia nerwowe zapomocą komórek dotykowych, zakończenia nerwowe we wzgórkach dotykowych. *a)* Można odróżnić dwa typy wolnych zakończeń nerwowych, mianowicie: jedne, złożone z grubszych włókien o przebiegu nieprzerywanym, barwiących się silnie w błękicie metylenowym, rozgałęziające się drzewkowato przeważnie w średnich warstwach naskórka. W przebiegu okazują one duże nieregularne zgrubienia. Drugi typ przedstawiają włókienka delikatne niejednolite, jakby złożone z drobnych ziaren. Włókna te barwią się blado-niebiesko i przebiegają równolegle do powierzchni skóry, kończąc się przeważnie w górnych warstwach naskórka. *b)* Zakończenia zapomocą komórek dotykowych znajdujemy rozrzucone po całej skórze, nie ograniczone do pewnych okolic ciała. Najobficiej znajdują się one w skórze wargi dolnej i podbródka. Komórki dotykowe przypominają bardzo komórki opisane przez Merkla w skórze zwierząt ssących i człowieka. *c)* Nerw, zaopatrujący wzgórki dotykowe, traci swe osłonki w miejscu, gdzie przechodzi przez pokład pigmentu w tkance łącznej u podstawy wzgórka, rozgałęzia się, wije się w różnych kierunkach, tworząc w przebiegu liczne i wielkie zgrubienia. Po drodze układają się włókna nerwowe na powierzchni komórek, nagromadzonych w tkance łącznej u podstawy wzgórka, i wchodzą w bocznych częściach wzgórka do warstwy nabłonkowej, gdzie się kończą. Co do natury tych komórek, autorka jest zdania, że są to zróżnicowane komórki tkanki łącznej, nie zaś ciałka Schwanna, gdyż osłonki Schwanna włókna nerwowe już nie posiadają.

(Treść 3 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 30. czerwca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 44.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto wraz z następującymi, dodatkowo wniesionymi autoreferatami:

»Na posiedzeniu w d. 19. V. 1909 przedstawił Prof. Kader *a)* dziecko dwuletnie, któremu **usunął z żołądka monetę 2-kopiejkową.** Dziecko przyniesiono do kliniki dopiero w 2 tygodnie po połknięciu monety. Prześwietlaniem stwierdzono obecność monety w przełyku na poziomie górnego brzegu mostka. Przy próbie usunięcia zapomocą esofagoskopu obsunęła się moneta z miejsca pierwotnego odrazu do żołądka, co niezwłocznie określono na ekranie rentgenowskim. W miejscu, gdzie moneta tkwiła przez 2 tygodnie, była nieznaczna tylko odleżyna. Wyczekawszy parę dni, czy moneta nie odejdzie drogą naturalną, i codzień ją widząc w tem samem miejscu w żołądku, przystąpił K. do nacięcia żołądka (gastrotomii) i tą drogą ciało obce wyjął. Obecnie rana zagojona doraźnie. Wobec ciał obcych w przełyku jest K. przeciwnikiem zarówno wszelkich przyrządów dawnego typu (wyrugował je z kliniki — łapacze monet, koszyczki, szczotki), jak i wyczekiwania. Stosuje wyłącznie esofagoskopię. *b)* Chłopca 9-letniego, który wskutek **raka wodnego** (*noma*) rok temu stracił całą górną wargę wraz z przegrodą nosa i częścią wyrostka zębodołowego szczęki górnej. K. zamierza wykonać mu odbudowanie przegrody z części 5. palca stopy, który uprzednio przeszczepi do dłoni i po przyrośnięciu tam, oddzieli od nogi; dalej wszczepi ten sam palec do nosa i oddzieli od ręki. Prócz tego musi być dokonana plastyka wargi górnej, sposobem typowym.

Dr Radliński przedstawia: *a)* noworodka 7-tygodniowego **z rozszczepieniem wrodzonem kręgosłupa** i obok tego z bliźnięciem zrośniętem, z którego widoczne są kończyna dolna prawa, część lewej, pośladki, części rodne, zarośnięty odbyt i część dolna tułowia. *b)* Dziecko 8-miesięczne **z rozszczepieniem kręgosłupa** (*spina bifida-meningocele*), wewnątrzmaciczną amputacyą palców u rąk przez więzy Simonarda (amniotyczne), t. zw. *phocomelia*, z 6 palcami na obu stopach i wrodzoną przepukliną pachwinową. (U dziecka tego R. z powodzeniem operował doszczętnie w parę dni po posiedzeniu przepuklinę rdzeniową).

Na posiedzeniu w dniu 26. V. 1909 przedstawił Dr Radliński: *a)* dziewczynę 9-letnią, u której przed miesiącem **z powodu wgłobienia jelita wyciął całą okrężnicę,** aż do zagięcia esowatego, wraz z około 20 cm jelita biodrowego i połączył bocznie zaszyty na ślepo koniec jelita biodrowego z zaszytym również na ślepo końcem pętli esowatej sposobem Kadera. Ranę, jak zwykle w klinice krakowskiej po resekcyach jelita grubego, częściowo tamponował, tak że tampon ogarniał kikuty. Cięcie powłok w linii pośrodkowej i od poziomu pępka dodatkowe w lewo do linii pachowej przedniej; tamponowano zewnętrzny koniec cięcia dodatkowego. Z opisanego cięcia dostęp był wszędzie dobry, nawet do trudno dostępnego i nieruchomego śledzionowego zagięcia okrężnicy. Do resekcyi zmusiła obawa przed odpochwieniem wgłobienia, powstałego przed miesiącem i przed możliwem przytem pęknięciem jelita, oraz to, że »głowa wgłobienia« sięgała w okrężnicy zstępującej prawie do pętli esowatej. Chora, bardzo wycieńczona przed zabiegiem, zniosła go zupełnie dobrze i stan szybko się poprawia. Na wadze

przybyło w ostatnim tygodniu prawie 2 kg. Chora ma stolce wolne 3—4 razy dziennie, ale bez cech wycieńczającej biegunki, której się tak powszechnie obawiano nietylko po rozległych wycięciach jelit grubych, ale nawet po połączeniu jelita biodrowego z pętlą esowatą (ileosigmoidostomia). Dotychczas w piśmiennictwie znany jest dopiero jeden pomyślny przypadek resekcyi całej okrężnicy (Körte — z powodu gruźlicy).

b) Chorego, l. 27, który na parę godzin przed przyjęciem do kliniki otrzymał **ranę postrzałową w brzuch** z rewolweru wielkiego kalibru (540). W 7 godzin po wypadku operacya. Znaleziono **przedziurawienie kątnicy** tuż przy wejściu jelita biodrowego i **przedziurawienie jelita biodrowego** w odległości metra od kątnicy. Z powodu znacznych rozmiarów otworów w jelitach, których zaszycie spowodowaćby musiało zwężenie, dokonał R. resekcyi całego uszkodzonego odcinka — 125 cm (kątnica i jelito biodrowe) i połączył jelito biodrowe, zaszyte na ślepo, z okrężnicą poprzeczną, zaszywszy również na ślepo okrężnicę wstępującą. Ranę częściowo tamponował. Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki, pomimo, że w jamie brzusznej przy zabiegu była znaczna ilość płynnego kału, który R. na sucho kawałkami gazy usunął, nie przepłukując. R. podnosi stosunkowo małą jadowitość kału prawidłowego, w porównaniu z kałem gromadzącym się w jelitach nad miejscem zwężonem lub niedrożnem. Dostanie się takiego kału do wolnej otrzewnej wywołuje prawie bez wyjątku śmierć wśród objawów ostrego zatrucia w ciągu najbliższych godzin po zabiegu, wzgl. śmierć wskutek bardzo ostrego zapalenia otrzewnej. Przypadek ten raz jeszcze przemawia za natychmiastowem operowaniem po postrzałach brzucha podczas pokoju w warunkach dobrze urządzonego zakładu leczniczego, w przeciwieństwie do głosów, podnoszących się za zachowawczem wyczekującem leczeniem takich ran w czasie wojny, gdzie warunki zarówno transportu, jak i aseptyki przy zabiegach są niepomyślne«.

2) Przewodniczący zawiadamia, że Walne Zgromadzenie Tow. lek. galicyjskich odbędzie się 4. lipca we Lwowie, a ponieważ Prof. Kostanecki jechać nie może jako delegat, przeto należy wybrać w zastępstwie delegata. Przewodniczący proponuje Prof. Browicza, którego wybrano jednomyślnie.

3) Przewodniczący zawiadamia, że wpłynęło pismo od Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych, wzywające Towarzystwo lekarskie do udziału w pracach przygotowawczych na Zjazd higieny szkolnej, który się odbędzie w Paryżu w r. 1910. Przewodniczący proponuje jako delegatów Prof. Browicza i kol. Biera, których wybrano jednomyślnie.

4) Prof. Jaworski zdaje sprawę z prac przygotowawczych komitetu dla tegorocznego Zjazdu internistów polskich w Krakowie.

5) Kol. Eisenberg: **W sprawie odczynu Wassermanna.** E. przedstawia ostatnie badania swoje i kol. Nitscha. (Rzecz drukowana w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: Prym. Borzęcki sądzi, że wyniki prób z antigenem Sachsa przemawiają na korzyść tej próby. — Prof. Lewkowicz zapytuje, czy robiono próby z surowicami nie kiłowemi. — Kol. Szymanowski zwraca uwagę, że przy ujednostajnianiu ważna jest jednostajność płynów. Różnicę wyników tłómaczy tem, że upłynęło 3 miesiące między jego próbami, a próbami kol. Eisenberga i Nitscha, a nie trzymał odczynnika ściśle w lodowni. — Kol. Eisenberg zaznacza, że lecytyna istotnie w różnych fabrykach różnie bywa wyrabiana.

6) Dr Radliński przedstawia chorego 16-letniego po operacyi nacięcia ropnia okołonerkowego, u którego spostrzegał przed operacyą **bezmocz nerki po stronie chorej**; bezmocz ten po operacyi ustąpił. Choroba rozpoczęła się nieznacznymi, stopniowo rosnącymi bolami w okolicy lędźwiowej prawej przed 8 miesiącami. 8 tygodni temu zaczęło powstawać przykurczenie stawu biodrowego prawego, którego powodu szukano w zapaleniu mięśnia biodrowoudowego (*ileopsoas*), pochodzenia niewiadomego; pojawił się guz chełbocący w okolicy lędźwiowej. Początkowo rozpoznano ropień opadowy gruźliczy; dwa tygodnie temu został chory przyjęty do kliniki. Tu nie znaleziono ognisk gruźlicy kostnej ani w żebrach, ani w kręgosłupie; szczepienie Pirqueta z wynikiem ujemnym; badanie płuc nie wykazało również gruźlicy. Mocz w ilości prawidłowej, badanie moczu żadnych zmian nie wykazało. Duży chełbocący guz w okolicy lędźwiowej prawej, przechodzący na boczną ścianę jamy brzusznej i do linii pachowej przedniej, dający stłumienie, jak ropnie zaotrzewne. Cystoskopia wykazała stosunki prawidłowe co do barwy śluzówki pęcherza, unaczynienia jej, wejrzenia trójkąta Lieutauda i wylotów moczowodów. Tylko, gdy lewy moczowód w prawidłowych odstępach czasu (15—20 sek.) okazywał skurcze i wydzielał mocz, to prawy był zupełnie nieruchomy; wydzielania się moczu nie było widać. R. wprowadził do prawego moczowodu cewnik na 23 ctm i pomimo przeszło $^1/_2$-godzinnego pozostawienia go na miejscu moczu z prawego moczowodu zupełnie nie otrzymał. Przy operacyi cięciem lędźwiowem skośnem opróżnił R. ropień, zawierający około litra zielonkawej ropy. Z ropy wyhodowano gronkowca białego. W 12 dni po zabiegu, po zbadaniu moczu z pęcherza i stwierdzeniu, iż po dawnemu jest prawidłowy, dokonano cystoskopii i przekonano się, iż tym razem prawa nerka już była czynna. — R. podnosi ten dotychczas, o ile mu z piśmiennictwa wiadomo, nie spostrzegany objaw jednostronnego bezmoczu przy ropniu okołonerkowym (*paranephritis*) i byłby skłonny objaśniać go uciskiem zbiornika ropy na nerkę lub wpływem toksycznym ropy na czynność sąsiadującej nerki. (*Streszczenie własne*).

Sekretarz: *Dr Morawski.*

I Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie.

Sprawozdawca: Dr Józef Hornowski.

(Ciąg dalszy).

Sekcya psychiatryczna.

Posiedzenie d. 11. X. 1909 (poniedziałek).

1) Prof. Halban ze Lwowa: **Remisye i leczenie bezwładu postępującego.** H. podnosi pomyślny wpływ ostrych chorób zakaźnych na psychozy wogóle, szczególniej ciężkich spraw ropnych na porażenie postępowe; omawia swoje przypadki, gdzie remisya trwała przez lat 15 i 11, z których w ostatnim sekcyą stwierdzono rozpoznanie, pierwszy zaś chory jeszcze żyje i jest zdrów. Następnie omawia H. sposoby leczenia i wypowiada swoje zdanie co do kierunku, w jakim należy szukać dalszych metod leczniczych (naśladowanie natury przez wprowadzanie do ustroju zabitych drobnoustrojów — paciorkowce i gronkowce).

W dyskusyi zabierali głos kol. Springer, Chodźko, Rychliński, Trzebiński, Wizel i T. Łapiński, zwracając uwagę na małą ilość przypadków bezwładu postępującego, które zostały wyleczone przez ropienie, na niebezpieczeństwa, połączone z takiem leczeniem, oraz sceptycznie wyrażając się o możliwości leczenia bezwładu przed wynalezieniem swoistej surowicy przeciwkiłowej. W odpowiedzi zaznacza prelegent, że gdy przypadki zastarzałe rzeczywiście mało nadają się do leczenia, to wczesne przypadki stanowczo przebiegają przy leczeniu pomyślnie, należy tylko przy wstrzykiwaniu drobnoustrojów zachować pewne ostrożności.

2) Mikulski z Kulparkowa (Lwów): **Wyniki badania inteligencyi chorych umysłowych zapomocą kwestyonaryusza i metod Ebbinghausa, Heilbronnera i własnej** (składanie rozciętych rysunków zwierząt). Zestawiając wyniki badań zapomocą wszystkich tych metod, przekonał się M., że liczba trafnych rozwiązań w związku z czasem u chorych nie dosięga nigdy najniższej nawet normy zdrowych. Metody te pozwalają wykryć upośledzenie inteligencyi, która metodycznym badaniom zwykle poddawaną nie bywa; — na tem polega ich znaczenie kliniczne.

W dyskusyi zabierali głos: Sterling, Wizel, Dawid, Łuniewski, T. Łapiński, Bornstein, zarzucając kwestyonaryuszowi, iż jest niedostateczny, gdyż grzeszy brakiem jednolitości; fałszywe odpowiedzi chorych niezawsze są wyrazem osłabienia władz umysłowych; wartość rozpoznawcza tej metody jest niewielka, gdy inteligencya chorych we wczesnych okresach bywa mało naruszona. W odpowiedzi zaznacza prelegent, że o brakach metody już i sam wspominał, zwrócić jednak musi uwagę, że żadna metoda badania inteligencyi nie może odpowiadać wymaganiom teoretycznym. Mogą być tylko metody gorsze i lepsze; do lepszych zalicza swoją metodę. Stosując kilka metod badania, ma prelegent na celu wykazywać tylko te zaburzenia inteligencyi, które istnieją rzeczywiście, a nie fikcyjnie.

3) Przychodzki: **Obłąkani przestępcy przed sądem.** P. mówi o nieporozumieniach pomiędzy sądem, a ekspertyzą

psychiatryczną wskutek wadliwego stosowania przez sądy artykułów kodeksu karnego względem umysłowo chorych, jak również wskutek zbyt utrudnionego wyzwalania ozdrowieńców i podnosi konieczność wprowadzenia reform, przez usunięcie z kodeksu pewnych przestarzałych poglądów. Opracowaniem tego powinien się zająć I. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich.

W dyskusyi zabierali głos: Konn, Halban, Rychliński, Łuniewski i prelegent, podnosząc potrzebę zreformowania opieki nad umysłowo chorymi, oraz omawiając przykrą rolę znawcy wobec sądu nietylko z powodu różnych przepisów prawnych, lecz i z powodu różnych zapatrywań ze stron sędziów przysięgłych.

4) T. Łapiński: **Uraz a choroby umysłowe.** Ł. analizuje poszczególne czynniki, wpływające na powstanie psychoz i dochodzi do wniosku, że nie można uważać psychozy urazowej za jednostkę chorobową oddzielną.

W dyskusyi mówił Wizel o działaniu urazu w czasie psychozy.

Posiedzenia z d. 10. XII. 1909 (wtorek).

5) Wł. Sterling: **O zaburzeniach psychicznych w nowotworach mózgu.** Wyłączając zaburzenia afatyczne w jaknajszerszem znaczeniu i terminalne zaburzenia świadomości w ostatnich okresach choroby, wypowiada S. zdanie, że zamroczenia świadomości nie są tak częste, jak to szereg autorów przypuszcza. Najczęstszą i najwcześniejszą jest apatya, jako zależna od zaburzeń apercepcyi. Kazuistyka prelegenta przeczy temu, aby pewien rodzaj psychozy odpowiadał określonej lokalizacyi nowotworów w pewnych terytoryach mózgu Wreszcie omawia S. teorye powstawania zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu.

W dyskusyi zabierali głos: Łapiński i Rosenthal, oponując prelegentowi, który w odpowiedzi zaznaczył, że wbrew twierdzeniu kol. Łapińskiego termin »apercepcyi« istnieje, pogląd zaś o stosunku nowotworów do psychoz jest dzisiaj powszechnie przyjęty.

6 a). A. Wizel: **W sprawie rozpoznania różniczkowego pomiędzy otępieniem wczesnem, a maniakalno-depresyjną psychozą.** Prelegent podaje rys historyczny tych cierpień, ich zasadnicze objawy i mówi o trudnościach rozpoznawczych oraz o najnowszych poglądach na *dementia paranoides*.

6 b) M. Bornstein: **Rozpoznanie różniczkowe psychozy maniakalno-depresyjnej i otępienia wczesnego.** Prelegent mówi o wahaniach, wątpliwościach i trudnościach różniczkowo-rozpoznawczych, wobec całego szeregu nowych badań, wobec szeregu przypadków nietypowych. Dla różniczkowania nawet dokładny rozbiór poszczególnych zasadniczych objawów nieraz nie wystarcza. B. wysnuwa więc szereg wniosków co do tych dwóch spraw chorobowych, z których wypływa konieczność przywrócenia prawa obywatelstwa dawnemu kierunkowi symptomatologicznemu. Zespół tego z badaniami anatomopatologicznemi i chemicznemi dopomoże w przyszłości do rozwiązania wielu zagadek różniczkowo-rozpoznawczych w psychiatryi dzisiejszej.

W dyskusyi zabierali głos: Łapiński, Łuniewski, Lutosławski, Prof. Pilz, Higier, Sterling, Mikulski, Rosenthal, Chodźko i prelegent. Jedni z mowców uważają, iż prelegenci za mało zwrócili uwagi na wywiady i objawy somatyczne, inni nie widzą racyi wyodrębniania *dementia paranoides*, jako oddzielnej postaci (Łapiński), mówią o niedoskonałości klasyfikacyi psychiatrycznych, dopóki nie będą one oparte na anatomii patologicznej (Łuniewski), o potrzebie psychologicznego pogłębiania zagadnienia, jak to uczynił Bornstein, co przyczyni się bezwątpienia do możności różniczkowania tych dwóch stanów patologicznych (Mikulski).

7) Jekels: **Leczenie psychoz zapomocą metody psychoanalitycznej Freuda, tudzież kazuistyka.** Prelegent uważa metodę Freuda za nader cenną i zaleca jej używanie, objaśniając wykład przez swoje własne przypadki kazuistyczne.

W dyskusyi zabierali głos: Wizel, Rychliński, Karpińska, Łuniewski, Chodźko i prelegent, dzieląc się na zwolenników tej metody i na jej przeciwników; przeciwnicy wykazywali, że metoda ta bywa nieraz wprost szkodliwa dla zdrowia.

8) Jaroszyński wygłosił odczyt: **Kilka uwag w sprawie psychoterapii.** Prelegent mówi o psychoterapii niższego rzędu (hypnotyzm, poddawanie) i wyższego rzędu (psychoterapia t. zw. »racyonalna«), rozbiera krytycznie wszystkie metody psychoterapii, omawiając różne szkoły i dając przykłady kliniczne. Psychoterapia ma przed sobą wielką przyszłość.

W dyskusyi zabierali głos: Wizel, Łuniewski, Bregman, Rychliński, mówiąc o ważności należytej analizy objawów psychicznych, Jekels i Sterling, krytykując teoryę histeryi Babińskiego, której zwolennikiem jest prelegent. Na zarzuty odpowiadał prelegent, wykazując słuszność teoryi Babińskiego.

9) Thursz: **Zastosowanie sugestyi i hypnozy przy operacyach chirurgicznych i ginekologicznych.** Wywołane w ten sposób znieczulenie jest zupełnie dostateczne dla wykonania mniejszych zabiegów operacyjnych; można nawet przez poddawanie przyspieszyć czynność porodową.

W dyskusyi zabierał głos Jaworski.

10) Jaworski: **O wpływie menstruacyi na stan nerwowy i psychiczny kobiety.** Prelegent daje rys ogólny teoryi, objaśniających menstruacyę, oraz omawia jej wpływ na czynności somatyczne i psychiczne kobiety w stanach względnego zdrowia, oraz w stanach chorobowych, popierając swe wywody szeregiem własnych poszukiwań i badań.

Posiedzenie z dnia 13. X. 1909 (środa).

11) Higier: **Klasyfikacya idyotyzmu.** H. podnosi potrzebę ścisłej definicyi idyotyzmu. Przy klasyfikacyi idyotyzmu należy rozpatrywać postacie wrodzone i nabyte. Różnice w obrazie klinicznym i podłożu anatomicznem są zależne głównie od okresu życia wewnątrz- lub zewnątrzmacicznego, w czasie którego czynnik zewnętrzny podziałał na ustrój. Następnie omawia H. różne postacie idyotyzmu, ich różnice, oraz odpowiednio klasyfikuje te formy.

W dyskusyi zabierał głos Wizel, uważając próbę klasyfikacyi idyotyzmu, przez prelegenta podaną, za nader cenną, podnosząc jednak przeciw niej pewne zarzuty. W odpowiedzi wykazuje prelegent na przykładach, że trudność rozróżnienia z wewnątrz i z zewnątrz pochodnej choroby jest tylko pozorna.

12) Higier, Halban, Łapiński, Jekels, Chodźko, Konn przedstawiają szereg wniosków sekcyi psychiatrycznej.

13) Hornowski w imieniu St. Rudzkiego i swojem wygłasza wykład. **Sclerosis tuberosa,** omawiając literaturę tego rzadkiego cierpienia, jego patogenezę, związek z padaczką i idyotyzmem, oraz przedstawiając odpowiednie rysunki i preparaty makroskopowe i drobnowidowe. (Rzecz ukaże się w »Roczniku lekarskim«).

W dyskusyi zabierali głos Bornstein, Higier, Zapasiewicz, zapytując o różne szczegóły, tyczące się danego cierpienia, oraz spotykanych przy niem zmian anatomicznych, na co odpowiadał prelegent.

14) Szuman: **Dyagnoza i prognoza jako sugestya i jej terapeutyczne znaczenie.** S. określa te pojęcia, mówi o najważniejszych czynnikach psychicznych dyagnostycznej i prognostycznej sugestyi, o wpływie jej na poznawanie, uczucie i wolę, na samowiedzę jaźni i świata zewnętrznego, na osobistość i na uwagę. Wreszcie, rozbierając w tym względzie postępowanie lekarzy starożytnych i nowożytnych, daje prelegent wskazówki, w jaki sposób powinien lekarz dawać chorym objaśnienia co do istoty, przebiegu i wyniku ich cierpienia.

W dyskusyi zabierali głos Wizel, Łuniewski, Jekels i prelegent.

15) Konn: **W sprawie włóczęgostwa, jako objawu degeneracyi.** Bezowocność usiłowań walki ze zwyrodnieniem jest wynikiem tego, iż walkę tę prowadzi się w oderwaniu od gruntu rzeczowego. Badając pochodzenie włóczęgostwa, musimy szukać jego początków w okresach barbarzyństwa. Drogą dziedziczności powstały pewne typy zwyrodniałe, niezdolne do przystosowania się do bytu osiadłego. Należy wyszukać środki i urządzenia, któreby pozwoliły odpowiednio takie objawy zwyrodnienia zwalczać.

II. Posiedzenie ogólne Zjazdu

we środę d. 13. X. 1909, popołudniu.

I. Radziwiłłowicz wygłosił wykład: **W sprawie naszej terminologii psychicznej**, mówiąc o potrzebie wydania słownika, co zostało już przez komisyę częściowo wykonane. Słownik będzie inwentarzowy, — będzie ścisłym spisem tego, co jest.

W dyskusyi zabierał głos Lutosławski, mówiąc o niedokładności takiej pracy kollegialnej, jaka jest zastosowywana do wydawnictwa słownika.

II. Co do miejsca i czasu następnego Zjazdu, to prezydyum przedstawiło wniosek, by wybrać stały komitet zjazdowy, któryby zajął się ich oznaczeniem, oraz wydaniem księgi pamiątkowej. W sprawie tej zabierali głos Lutosławski, Flatau, Bochenek, Męczkowski, poczem wniosek prezydyum jednomyślnie przyjęto.

III. Sprawę **wydawania osobnego czasopisma** referował Flatau, wnosząc o wydawanie pisma, poświęconego neurologii, psychiatryi i psychologii, co należy poruczyć komisyi, którą wybierze komitet organizacyjny Zjazdu. Wniosek przyjęto przez aklamacyę.

IV. Sprawozdanie ze Zjazdu: Zjazd liczył członków 277, z tego 25 z zagranicy. W sekcyi psychologicznej wygłoszono referat 1, odczytów 17; w sekcyi psychiatrycznej — referatów 2, odczytów 12; w sekcyi neurologicznej — referatów 2, odczytów 21.

V. Zjazd przyjął przez aklamacyę następujące wnioski; 1) Zjazd podnosi doniosłość sprawy, omawianej obecnie w całej Europie, a mianowicie tworzenia osobnych zakładów dla epileptyków, dotąd pozbawionych zupełnie wszelkiej opieki i pomocy lekarskiej i wyraża gorące życzenie, ażeby ofiarność społeczna pomogła w tym kierunku. 2) Zjazd wypowiada życzenie, aby wychowańcy w domach poprawy byli traktowani jako chorzy i w odpowiednim kierunku pedagogiczno-lekarskim prowadzeni. 3) Zjazd wypowiada życzenie, aby roztaczana była specyalna opieka nad włóczęgami i ludźmi zwyrodniałymi i aby założono dla nich specyalne domy opieki. 4) Wobec opłakanego stanu opieki nad chorymi umysłowo w kraju naszym, Zjazd wypowiada życzenie, aby powstały zakłady, stojące na wyżynach wymagań wiedzy współczesnej. 5) Zjazd poleca podjąć usiłowania, aby powstały u nas zakłady wychowawcze dla dzieci umysłowo upośledzonych i aby przybrały charakter odpowiadający wymaganiom nauki. (Starania te przekazano wybranej komisyi). 6) Zjazd uważa za konieczne urządzenie oddziałów dla umysłowo chorych przy szpitalach, tudzież oddziałów specyalnych dla chorób nerwowych. 7) Zjazd uważa za pożądane zbieranie materyału do badań nad dziećmi i dorosłymi i odwołanie się w tym celu do odpowiednich instytucyi. 8) Zjazd wypowiada życzenie, aby zainaugurowano badania nad wpływem pracy ręcznej na umysłowość pracujących. (Instrukcye i kwestyonaryusze będą opracowane przez wybraną do tego komisyę). 9) Zjazd uważa za pożądane założenie pracowni psychologicznej w Warszawie. 10) Zjazd uznaje potrzebę utworzenia Towarzystwa neurologiczno-psychiatrycznego.

Prócz tego następujące wnioski zostały przekazane komitetowi stałemu Zjazdów: 1) Przekazanie Tow. psychologicznemu warszawskiemu sprawy udziału psychologów polskich w Zjazdach międzynarodowych. 2) Wypracowanie na przyszły Zjazd referatu o opiece nad chorymi umysłowo u nas i zagranicą. 3) Podanie jako tematu na przyszły Zjazd: »Poglądy Freuda na nerwice, głównie na histeryę, i jego metoda psychoanalityczna«. 4) Udzielenie więcej czasu dla obrad wspólnych na przyszłych Zjazdach. 5) Położenie na przyszłym Zjeździe nacisku głównie na dyskusyę.

VI. Dr Chłapowski zawiadomił o utworzeniu przytułku dla epileptyków w Poznaniu, a Prof. Piltz o powzięciu przez Sejm galicyjski uchwały, aby zaraz rozpoczęto budowę zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie pod Krakowem kosztem 7,000.000 koron.

VII. Odczytano telegramy: 1) Od lekarzy Zakładu dla umysłowo chorych w ziemstwie chersońskiem. 2) Z Moskwy od Docentów Uniwersytetu. 3) Z Petersburga od Prof. Pogodina. 4) Z Moskwy od Dra Czerneckiego. 5) Z Krakowa od p. Posnera (list). 6) Z Freiwaldu od Dra Orbana. 7) Ze Lwowa od Prof. Wiczkowskiego. 8) Z Krakowa od Dra Rydla. 9) Z Chyrowa od p. Kobyłeckiego. 10) Z Krakowa od krakowskiego Towarzystwa filozoficznego. 11) Z Krakowa od »Przeglądu lekarskiego«. 12) Z Siedlec od siedleckiego Towarzystwa lekarskiego. 13) Od Towarzystwa »Przyszłość« (antyalkoholicznego). 14) Pożegnalny od Prof. Halbana, Gluzińskiego i Renckiego ze Lwowa.

VIII. Prof. Twardowski, jako wiceprezes, zamknął Zjazd, wskazując na owocność Zjazdu (57 odczytów) i dziękując wszystkim tym, którzy w czemkolwiek do powodzenia Zjazdu się przyczynili.

Przez cały czas Zjazdu było wystawionych kilkadziesiąt mózgów z różnemi sprawami patologicznemi, oraz pod kilkudziesięciu mikroskopami codziennie zmieniane serye preparatów z zakresu chorób mózgu, rdzenia i nerwów.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.
Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Organizujmy się!

Kiedy przed 9 laty powstało »Towarzystwo samopomocy lekarzy«, przystąpiła do niego prawie połowa lekarzy galicyjskich. Mimo to, że już wtedy istniały Izby lekarskie i Towarzystwo lekarzy galicyjskich, uznawano ogólnie potrzebę powstania wolnej organizacyi zawodowej, której zadaniem miało być uzupełnianie działalności Izb lekarskich, często krępowanych w swobodnej akcyi przez przepisy ustawy, z drugiej zaś strony objęcie tych agend, których nie mogło wykonywać Towarzystwo lekarzy galicyjskich, jako towarzystwo przedewszystkiem filantropijne. Jednem słowem wolna organizacya zawodowa winna obok Izb lekarskich bronić interesów moralnych i materyalnych stanu lekarskiego przez normowanie (na zasadzie solidarnego postępowania wszystkich lekarzy w kraju) płac ryczałtowych w kasach chorych, sądach, Towarzystwach ubezpieczeń i t. d. Prócz tego zaczęła »Samopomoc« zbierać fundusze na wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach. Na wniosek Drów Prebendowskiego i Rossbergera i dzięki niezmordowanej pracy zmarłych filarów organizacyi ś. p. Prof. Jordana i Dra Langiego wydała »Samopomoc« znaczki receptowe, które u wielkiej ilości lekarzy znalazły życzliwe przyjęcie i wraz z darami wielkodusznych osób dały dotychczas kwotę stosunkowo pokaźną, bo przeszło 20.000 koron. Założono nadto przy Towarzystwie samopomocy t. zw. »Kasę pogrzebową«, z której rodziny zmarłych członków otrzymują natychmiast po śmierci lekarza tyle razy po 2 K., ilu członków liczy w danej chwili Kasa pogrzebowa. »Oddział należytości, przy organizacyi założony, ściąga dla członków zaległe honorarya lekarskie za nieznaczną opłatą i w wielu już wypadkach oddał znakomite usługi.

Mimo tak widocznych skutków wspólnej pracy podnosiły się ciągle głosy niezadowolenia. Jedni żądali, aby organizacya zupełnie się nie zajmowała filantropią, ale spełniała jedynie zadania organizacyjno-zawodowe. Inni twierdzili, że przedewszystkiem wspieranie materyalne członków przez dawanie zapomóg jest celem organizacyi. Krytykowano dużo, stawiano ogromne wymagania, ale żaden z krytyków nie chciał pamiętać o tem, że łatwiej jest krytykować, niż pozytywnie działać, i *że jedynie i wyłącznie należenie wszystkich lekarzy do organizacyi może* nam *dać siłę*, z którąby się wszystkie czynniki liczyć musiały.

I stało się to, co się stać musiało: Ponieważ organizacyi nie przybywało członków, a przeciwnie ilość ich powoli, ale ciągle, topniała, postanowiono zmienić formę organizacyi. Zmieniono gruntownie statut Towarzystwa samopomocy lekarzy i utworzono »Związek krajowy lekarzy«. Zmodyfikowany stosownie do warunków naszych, składa się »Związek« obecnie z kół terytoryalnych, posiadających w sprawach miejscowych autonomię.

O jednej jeszcze bardzo ważnej zmianie musimy wspomnieć, mianowicie o deklaracyi przystąpienia do organizacyi. Wychodząc ze słusznego założenia, że tylko żelazna karność może dać organizacyi potrzebną siłę, zaprowadzono »zobowiązanie«, które musi podpisać każdy lekarz, przystępujący do Związku. W zobowiązaniu tem poddaje się członek wszystkim przepisom statutu, przyrzeka dotrzymanie solidarności zawodowej przy ubieganiu się o wszelkie posady lekarskie, a na wypadek niedotrzymania umowy zobowiązuje się do zapłacenia kary konwencyonalnej w kwocie 2000 K. Kto ma czyste sumienie, kto nie żywi złych zamiarów, ten może zgodzić się na karę konwencyonalną nawet dziesięćkroć większą, bo wie z góry, że nigdy jej nie będzie musiał zapłacić.

Wkładka do Związku wynosi obecnie 12 K. rocznie.

Wszystkie instytucye dobroczynne, na wstępie wspomniane, a założone jeszcze przez »Samopomoc«, prowadzi Związek nadal, a jak wiele stosunkowo można nawet w tym małym zakresie zdziałać, o tem świadczą następujące cyfry: Kasa pogrzebowa wypłaciła w tym roku 1158 K. premii; oddział należytości ściągnął 1126 K. honoraryów lekarskich; udzielono zapomóg w kwocie 1150 K.

Obecnie stara się Wydział o uzyskanie ulg ekonomicznych dla członków Związku u rozmaitych kupców, w kopalniach węgla i t. d. Działem tym kieruje kol. Dr Adolf Klęsk, który sam wkrótce ogłosi firmy, dające naszym członkom opusty. Zarazem roześle kol. Klęsk legitymacye członkom Związku.

Od kilku lat należy Związek nadto do Towarzystwa prawnej ochrony podatników w Krakowie i z porady tego Towarzystwa mogą korzystać wszyscy członkowie Związku.

Jak z powyższego zestawienia wynika, daje należenie do Związku już teraz bezpośrednie korzyści, które muszą wzrastać w miarę zwiększania się liczby członków. Niestety $^{6}/_{7}$ lekarzy w kraju dotychczas trzyma się zdaleka i często słyszy się pytanie: Co otrzymam po przystąpieniu do Związku? *A jednak widocznem jest jak na dłoni, że Związek może ogółowi lekarzy dać ogromne korzyści, dyktować warunki Towarzystwom, kasom chorych i t. d. dopiero wtedy, gdy wszyscy lekarze będą w nim zjednoczeni.* Dlatego zwracam się do wszystkich Kolegów z gorącem wezwaniem do solidarnego przystąpienia do Związku. Kto pomocy Związku nie potrzebuje i w przyszłości potrzebować nie będzie, ten niech pamięta o tem, że składa 12 K. rocznie dla ubogich kolegów, dla słabszych ekonomicznie, którym tą małą kwotą oddaje w ciężkiej walce o byt bardzo wielką przysługę. Przestańmy już raz wreszcie utyskiwać na biedę i zabierzmy się do solidarnej, a pozytywnej samopomocy, a zbudujemy gmach trwalszy od spiżu i pokażemy światu, że lekarze potrafią stać na straży swoich interesów.

Po blankiety zobowiązania należy zgłaszać się kartą pocztową do Związku krajowego lekarzy w Krakowie, ul. Radziwiłłowska l. 4. *Dr J. Weinsberg.*

Ulgi ekonomiczne dla lekarzy. Wydział krajowego Związku lekarzy na posiedzeniu dn. 15. X. utworzył nowy oddział, mający na celu staranie się o ulgi ekonomiczne dla lekarzy. Kierownictwo tego oddziału zostało poruczone podpisanemu. W pierwszym rzędzie dążyć będziemy do uzyskania opustów u kupców, fabrykantów, kopalń węgla i t. p. Początek już został zrobiony i u 10 firm krakowskich, między innemi i w składach węgli, uzyskaliśmy opusty. Spis firm, dających opusty, ogłaszany będzie na szpaltach dzienników lekarskich. W najbliższych dniach rozesłane zostaną członkom Związku legitymacye, ważne na rok, które będą odrazu uprawniały do korzystania z opustów. Legitymacye te uprawniają taksamo kolegów zamiejscowych do korzystania z ulg ekonomicznych w razie przyjazdu i pobytu w Krakowie. Z czasem powiedzie się nam rozszerzyć znacznie agendy tego oddziału, ewentualnie stworzyć własne główne punkta odbiorcze na wzór innych Związków w Austryi. Opierając się na tem, co przeprowadzamy w Krakowie, mogą koledzy po większych miastach już łatwiej zyskać również podobne ulgi ekonomiczne, potrzeba do tego tylko trochę stanowczości i woli, no i oczywiście..... trzeba należeć do Związku.

Dotychczas zawarliśmy układ z firmami następującemi: 1) A. Froncz, skład galanteryi (ul. Floryańska l. 17), opust 10%; 2) Janeczek-Ziembicki, skład papieru i galanteryi (Rynek l. 8) 10%; 3) M. Jawornicki, handel kolonialny (Rynek 40) 6%, przy napojach wyskokowych 10% (cukier bez opustu); 4) Litawski, handel kolonialny (Stary teatr) 7% (z wyjątkiem cukru, mąki i masła); 5) Wierzejski, skład galanteryi (Rynek A. B. 10% (z wyjątkiem kaloszy rosyjskich); 6) Kirschner, magazyn krawiecki (Floryańska 49) 10% przy spłacie gotówką; 7) Reim i Sp., skład towarów gumowych i t. p. (Rynek A. B.) 10%; 8) Skład węgli gwarectwa jaworznickiego (P. Czerny, ul. Pawia 5) 6 halerzy opustu na cetnarze i zniżki przy odstawie (przy spłacie gotówką); 9) Skład węgli p. Pobudkiewicz (ul. Pawia 10) podobne warunki (lecz także na raty podług umowy); 10) Ditmar, skład szkła i porcelany (Rynek) 10%.

We wszelkich sprawach, tyczących się ulg ekonomicznych dla lekarzy, raczą Koledzy zwracać się do podpisanego.

Dr Adolf Klęsk,

Kraków, ul. Wolska l. 9, telef. 2016. VI.

Związek galicyjskich lekarzy okręgowych odbył zgromadzenie konstytuujące w d. 25. IX. b. r. we Lwowie. Prócz lekarzy okręgowych z różnych stron kraju (dotąd przystąpiło do Związku 98) uczestniczyli w zebraniu: kraj. referent sanitarny r. dw. Merunowicz, członek Wydziału kraj. Dr Bernadzikowski, inspektor szpitali Dr Müller, prezes Izby lek. Dr Festenburg, redaktor »Głosu lekarzy« Dr Mikołajski. Do Zarządu zostali wybrani: prezesem Dr Natter, wiceprezesem Dr Gilnreiner, członkami Wydziału Dr Ferensiewicz, Zasacki i Roman Klęsk, zastępcami członków Dr Zadurowicz i Ausobsky, członkami komisyi kontrolującej Dr Stanowski, Dulęba, Markl, zastępcą Dr Drozdowski. Wkładkę roczną oznaczono na 6 koron. — Dr Natter przedstawił program działalności Związku, wskazując, że praca jego ma zmierzać przedewszystkiem ku pożytkowi społeczeństwa; w tym zakresie mogliby lekarze okręgowi podjąć badania statystyczne gruźlicy. Dalej poruszył mowca konieczność powoływania lekarzy okręgowych do oględzin zmarłych w całym okręgu, przyznania im ingerencyi przy ocenianiu nowych budynków, tworzenia szpitalików okręgowych. Co do bytu lekarzy okręgowych, podniósł mowca konieczność dodatków pięcioletnich, dyet za pierwszą interwencyę u chorych zakaźnych i za oględziny zmarłych w razie podejrzenia zbrodni. W dyskusyi przemawiali Dr Gwozdecki i Dr Langer. Następnie Dr Gilnreiner podał szczegółowy plan czynności Związku na polu naukowem, sanitarnem i zawodowem. W dyskusyi przemawiał Dr Mikołajski. R. dw. Dr Merunowicz wyjaśniał szczegóły co do emerytury lekarzy okręgowych i co do ich praw w zakresie nadzoru nad środkami żywności (lekarze okr. nie mają prawa zabierać próbek do badania, a przy konfiskacie należy zachować wielką przezorność). (Głos lek. Nr 19). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10. X. do 17. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4, krztuśca —, płonicy 30 † 1 (w tem obcych 5 † —), odry 87 † 4 (2 † —), duru brzusznego 13 (4). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. X. do 17. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 3 † —), krztuśca 1 (—), płonicy 6 † 1 (4 † 1), odry 1 (—), duru brzusznego 11 † — (5 † —), tężca 1 (1), ospianki 4.

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 19. IX. do 25. IX. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 12 † 1, odry 3, płonicy 21 † 2, róży 14 † 1, duru osutkowego 13 † 1, duru brzusznego 14 † 5, duru powrotnego 1, grypy 3, błonicy 3 † 1, czerwonki 1. (*Gaz. lek.* 42).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego«, Prof. Dr Ciechanowski, powrócił do zajęć redakcyjnych.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 20. X. posiedzenie, na którem Prof. Rosner przedstawił operowaną po cięciu cesarskiem podotrzewnem i omawiał istotę i wartość tej operacyi, poczem Prof. Majewski miał wykład p. t. »Ciąża, a oko«. W dyskusyi przemawiał Prof. Dobrowolski.

— Dziekanat Wydziału lekarskiego ogłasza konkurs na posadę demonstratora przy Zakładzie fizyografii z płacą roczną 600 koron. Termin podań do 15. XI. b. r.

— Wydział Związku krajowego lekarzy uchwalił na posiedzeniu w d. 15. X. b. r. wyrazić panu Gustawowi Szancerowi, aptekarzowi w Skolem, serdeczne podziękowanie za dotychczasowe wydatne używanie znaczków jednohalerzowych na flaszkach z wyrabianym przez niego *Syrup. sulfoguajacol.*, przez co fundusz wdowi i sierocy imienia ś. p. Jordana pomnożył się o poważną kwotę 1225 koron (zużyto na wspomniany lek dotychczas 122.500 znaczków jednohalerzowych).

Podając fakt ten do wiadomości, uprasza Wydział Szanownych Kolegów o zapisywanie chorym w odpowiednich przypadkach wspomnianego leku, tembardziej, że według oceny komisyi przemysłowej Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — nie ustępuje on w niczem podobnym wyrobom wytwórców zagranicznych.

Z Wydziału Związku krajowego.

Sekretarz: *Dr Weinsberg.* Prezes: *Prof. Dr Wicherkiewicz.*

— Wydział Związku krajowego lekarzy składa podziękowanie Prof. Dobrowolskiemu za ofiarowaną, przez pośrednictwo Prof. Ciechanowskiego, na fundusz wdów i sierot im. Jordana kwotę 40 koron.

Z Wydziału Związku krajowego.

Sekretarz: *Dr Weinsberg.* Prezes: *Prof. Dr Wicherkiewicz.*

— Studyująca zakłady zagraniczne z ramienia rządu rosyjskiego komisya lekarska zwiedzała niedawno Sanatoryum Dra Dłuskiego w Zakopanem, oraz zakłady krakowskie, m. i. klinikę chirurgiczną i budującą się lecznicę związkową. Do komisyi należą Dr Łapin, szef sanitarny ministerstwa komunikacyi, Dr Waszczenko, naczelny lekarz kolei północno-zachodnich i Dr Krzyczkowski, lekarz kolejowy z Warszawy.

— Dr Aleksander Januszkowski ofiarował złożoną do jego rozporządzenia przez pacyentów Sanatoryum Dra Dłuskiego kwotę 1854 kor. na fundusz budowy Domu Zdrowia »Pomoc

Bratnia« (sanatoryum dla uczącej się młodzieży) w Zakopanem. Oby ten przykład znalazł jaknajliczniejszych naśladowców!

— Dr Józef Brudziński, dyrektor szpitala dla dzieci Anny-Maryi w Łodzi, promował się na doktora wszech nauk lekarskich na Wszechnicy Jagiellońskiej.

— Kalendarz lekarski krakowski, redagowany na zlecenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego przez Prof. Dra Glińskiego, wyjdzie z druku w połowie listopada. Redakcya (Kraków, Collegium medicum) uprasza wszystkich kolegów o nadsyłanie sprostowań i uzupełnień co do ich adresów i t. p. Koledzy, którzy dotychczas w spisie lekarzy nie byli wymienieni, zechcą również zgłosić się do Redakcyi.

Lwów. Otwarcie kliniki pedyatrycznej odbyło się w d. 16. X. 1909. Na otwarcie przybył Marszałek kraju hr. Badeni, delegat Namiestnictwa r. Czeżowski, biskup ks. Bandurski, Senat i Wydział lekarski lwowski, przedstawiciele Wszechnicy Jagiell. rektor Prof. Łazarski i profesorowie Lewkowicz i Pareński, członek Wydziału kraj. Dr Bernadzikowski, krajowy referent sanitarny r. dw. Merunowicz, przedstawiciele wszystkich instytucyi i Towarzystw lekarskich lwowskich, dyrektor szpitala dla dzieci im. Anny-Maryi z Łodzi Dr J. Brudziński i liczne grono lekarzy i słuchaczy medycyny. Przy otwarciu przemawiali prezes komitetu szpitala św. Zofii Dr Festenburg, rektor Uniw lw. Prof Głąbiński, dyrektor nowootwartej kliniki Prof. Raczyński, Prof. Lewkowicz z Krakowa, Dr Brudziński z Łodzi i przedstawiciel młodzieży p. Kożuchowski.

— Nowo otwarty gmach kliniki pedyatrycznej lwowskiej znajduje się w bezpośredniem sąsiedztwie szpitala dla dzieci im. św. Zofii. Ambulatoryum jest prawie zupełnie oddzielone od reszty kliniki, posiada m. i. dwa gabinety do badania chorych zakaźnych; prócz niego mieszczą się na parterze kancelarye, biblioteka, pokój profesora i asystenta i sala wykładowa. Na pierwszem piętrze znajduje się właściwa klinika stała, obliczona na 22 dzieci, a składająca się prócz sali głównej z dwóch salek dla osesków, sali izolacyjnej i obserwacyjnej, dalej sala operacyjna, pracownie chemiczna i bakteryologiczna, kuchnia podręczna i łazienki, w końcu mieszkanie dozorczyni i wielka oszklona weranda. W suterenach pomieszczono kilka jeszcze pracowni, służbę i pokój dla mamek. Urządzenie wewnętrzne odpowiada nowoczesnym wymogom.

— W szpitalu lwowskim wakuje posada prymaryusza oddziału kiłowo-skórnego. Na posadę tę rozpisano konkurs.

— Komisya sanitarna miejska odbyła w ostatnich czasach obrady nad epidemią duru brzusznego, grasującego w powiecie lwowskim i zagrażającego miastu. Na temże posiedzeniu komisya oświadczyła się (wbrew opinii magistratu) za udzieleniem koncesyi na fabrykę różnych leków.

— Dyrekcya Towarzystwa Wzajemnej Pomocy lekarzy gal. we Lwowie prosi nas o podanie do wiadomości, że na ostatniem posiedzeniu Rady nadzorczej otrzymał Dr Adolf Wątorek na własne żądanie na razie urlop aż do najbliższego Walnego Zgromadzenia, wobec czego obowiązki naczelnego dyrektora obejmuje Dr Władysław Kruszyński, a tego ostatniego Dr Fruchtman.

Warszawa. Niejakiego rozgłosu nabrał w szerszych kołach wykład Dra fil. Ochorowicza, zgłoszony na Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich p. t. »O promieniach sztywnych«, mających powstawać w ciele ludzkiem przy t. zw. zjawiskach medyumistycznych. Na Zjeździe wniósł po wykładzie Dra Ochorowicza Prof. Dr Twardowski wybór komisyi, wobec którejby Dr Ochorowicz swe doświadczenia wykonał. Nie zgodziwszy się na to, Dr Ochorowicz sam najlepiej scharakteryzował wartość swych »odkryć«. Prof. Dr Cybulski oświetlił całą tę sprawę w artykule, ogłoszonym w »Gazecie lek.«, który kończy słowami: »Mam nadzieję, że zachowanie się p. Ochorowicza na obecnym Zjeździe wyleczy na zawsze, jeżeli nie szerszy ogół, to przynajmniej wszystkich polskich uczonych z mniemania, że p. Ochorowicz jeszcze jest w stanie cokolwiek dla nauki zrobić«.

— Komitet I. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich przypomina, że termin przesyłania prac do »Pamiętnika Zjazdu« upływa 1. listopada b. r.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie przyznało nagrodę im. Helbicha Drowi Feliksowi Malinowskiemu za dzieło p. t. »Choroby weneryczne, Tom I. Przymiot«.

— 17. X. b. r. odbyło się poświęcenie kamienia węgielnego schroniska dla nerwowo chorych w Karolinie pod Brwinowem, obliczonego na 50 miejsc. Na budowę zgromadziło Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi dotąd 50.000 rbs.

— W Warszawie ma powstać przytułek dla dotkniętych padaczką i tępotą umysłową.

— Nowy zakład ortopedyczny, wzorowo urządzony, powstał pod kierunkiem Dra Wacława Łapińskiego.

Z różnych stron. Narodowa Akademia lekarska w Meksyku ogłasza nagrodę w kwocie 20.000 koron dla odkrywcy zarazka duru osutkowego, a 10.000 dla tego, kto odkrywcy z największą przyjdzie pomocą. Termin tego międzynarodowego konkursu oznaczono na 28. lutego 1911; prace muszą być napisane w języku hiszpańskim.

Mianowani: Dr Fryderyk Strasser sekundaryuszem szpitala powszechnego w Rzeszowie, w miejsce dobrowolnie ustępującego Dra Elsnera; Dr Klemens Łazarowicz zarządzającym Stacyą Pogotowia ratunkowego w Warszawie.

Zmarli: Dr Artur Godlewski, autor szeregu dzieł i rozpraw lekarskich, wydanych po francusku, z których na pierwszem miejscu postawić należy monografię »Les neurasthénies«, w 65 r. ż. w Bugue we Francyi. (Bull. polonais Nr 255).

Prof. Cesar Lombroso, głośny psychiatra i antropolog, w 73 r. ż. w Turynie.

Redakcya otrzymała. Oswaldo Gonz. Cruz, Director geral de saude publica, Rio do Janeiro: Relatorio apresentado ao Exm. Sr. Dr A. Tavares de Lyra, ministro da negocias interiores. 1909. 2 tomy. — Giedroyć: Z dziejów higieny w dawnej Polsce: Wodociągi i kanały miejskie. Warszawa 1910. — Herman M. W.: 1) O leczeniu raka. 2) O znieczulaniu w chirurgii. 3) Przypadek włókniaka na szyi. 4) Podwójny krwiak zewnątrzoponowy po urazie. Odbitki z »Tyg. lek.«. 5) Kilka uwag o postępowaniu wobec przepuklin uwięźniętych. Odbitka z »Now. lek.«. — Schramm i Doliński: Beitrag zur Kenntniss von Lymphangiomen. Odb. z »Wiener med. Wochs.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 27. października 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Eisenberg: Nowa metoda tuszowa wykrywania krętowłoska bladego. 2) Doc. Latkowski: »O raku narządów wewnętrznych ze stanowiska klinicznego«, jako jeden z organizowanej w Towarzystwie seryi wykładów o raku.

Szczawa
Krondorfska
uznana za
najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222
SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg. | ŁOG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. **Łączy działanie bismutu i tanniny.**

Gastrosan Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych **objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym** z ich następstwami, przy **dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania** i przy **nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.**

Unguentum Heyden Do **dyskretnych wcierek rtęci**; nadaje się szczególniej dla **kobiet, dzieci** i do **periodycznego leczenia się.** Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g.

Ichthynat, ammonium ichthynatum Heyden, z tyrolskiego węgla rybnego, o wiele tańszy od ichtyolu.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 c

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 G. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8·50 z przesyłką pocztową Rbs. 9. 184

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 125

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

LIDO-WENECYA ZIMOWY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

Dyrektor i kierownik Dr KAZIMIERZ GROMAN.

Świeżo zreorganizowany, otwarty od 1 października do 15 maja.

Wszelkie najnowsze urządzenia lecznicze.

Wodolecznictwo: Kąpiele ciepłe z wody morskiej, gazowe z CO_2, hydroelektryczne dwu- i czterokomorowe (Schnée) parowe, w świetle elektrycznem (Wulff-Dowsing), aparaty do leczenia gorącem powietrzem. **Radioskopia i Radioterapia** (Röntgen-Finsen). Sala gimnastyczna **Zandera** (60 aparatów). Aparaty **Fränkla.** Kompletna **elektroterapia** (Galv., Franklin., Faradyz., d'Arsonval, elektomagnetyzacya). **Mięsienie** (ręczne, wybracyjne, elektryczne). Kuchnia francuska. **Kuracye dyetetyczne wszelkiego typu.** 325

Pomiędzy wszystkimi niezliczonymi, w handlu znajdującymi się środkami przeczyszczającymi żaden chyba nie został tak łatwo i szybko wprowadzony, jak



KALIFORNIJSKI

SYRUP FIGOWY „CALIFIG“

nazwa prawnie strzeżona

który przez swą nieszkodliwość, pewne i łagodne działanie może być panom lekarzom jako ulubiony także w praktyce kobiecej i dziecięcej

przyjemny środek przeczyszczający

polecany. Sposób użycia przy każdej flaszce. 235 a

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kor. 3. — za 1/1 fl., Kor. 2. — za 1/2 fl.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 86 Clerkenwell Road.

Próbki dla lekarzy bezpłatnie i opłatnie.

9 a

Acidol-Pepsin

Stałe, zupełnie trwałe, doskonale działające przetwory kwasu solnego i pepsyny.

Kartony po 50 pastylek à 0,5 gr.

Stopień I: silnie kwaśny. — Stopień II: słabo kwaśny.

Szczegółowe piśmiennictwo przesyła na żądanie:

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmaceutische Abteilung, Berlin S. O. 36.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo - hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).



Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: **oryginal Matula.** Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 30. października 1909. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell. Prof. Reissa i z uniwersyteckiego Zakładu mikrobiologii Prof. Nowaka.

Spostrzeżenia nad rozpoznawaniem kiły zapomocą próby Wassermanna.

Podał

Dr J. Stopczański,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Resztę badań u 69 chorych można podzielić według objawów na następujące działy:

Przypadków kiły wczesnej, drugorzędnej i nawrotowej badano 45; odczyn dodatni przed leczeniem okazywało 41, ujemny wynik badania stwierdzono u czterech chorych. Przypadków, okazujących, obok dłużej trwającego wrzodu pierwotnego, w którym jednak można było wykazać jeszcze krętki, inne zmiany kiły drugorzędnej, badano dziewięć. Z tego było osiem kobiet z wrzodem pierwotnym na częściach rodnych zewnętrznych. We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem jednej kobiety, odczyn przed leczeniem okazał się dodatnim

Przypadków kiły, nie okazującej zmian, w okresie utajenia, badano jedenaście; z tych siedem z wynikiem dodatnim, a trzy z ujemnym. Przypadki te dotyczyły przeważnie chorych, już poprzednio w klinice leczonych. Chorych z objawami kiły późnej trzeciorzędnej badano trzynastu, odczyn ujemny okazywało zaledwie dwóch.

Z tych badań okazuje się, zgodnie z wynikami, przez innych uzyskanymi, że większość surowic kiłowych daje odczyn dodatni. Najczęściej wypadał odczyn dodatni u chorych z objawami kiły drugorzędnej. Najmniej dodatnich wyników wykazano u chorych z kiłą rozpoczynającą się, badanych w okresie wrzodu pierwotnego przed wystąpieniem zmian drugorzędnych.

Badania różnych autorów nad surowicą chorych z kiłą pierwotną okazują dość znaczne różnice co do ilości dodatnich wyników. Statystyka Wassermanna, Neissera, Brucka i Schuchta z kliniki Neissera podaje tylko 8% dodatnich odczynów. Bruck i Stern mają 18% dodatnich odczynów, Citron i Blaschko 90%. Levaditi, Laroche i Jamanosuki podają 46%, Hoffman i Blumenthal 50%, Gross i Volk na 22 badanych znajdują u 9 zupełne zahamowanie hemolizy. Badania surowicy chorych tutejszej kliniki stwierdzają w tych przypadkach na sześciu badanych, trzy dodatnie wyniki, są zatem zgodne z wynikami Hoffmana i Blumenthala. Większość autorów przyjmuje, że dodatni wynik badania zależny jest od czasu, który upłynął od zakażenia, czyli, że ilość dodatnich wyników wzrasta odpowiednio do czasu trwania wrzodu pierwotnego.

Ujemne wyniki w przypadkach kiły, nie okazującej objawów, wykazano u trzech chorych. Jeden z tych chorych przyjęty został do kliniki w dniu 8 czerwca br. z rozpoznaniem plamicy gośccowej *(purpura rheumatica)*, która miała u niego wystąpić po raz pierwszy przed czterema miesiącami. Prócz tego stwierdzono, przy badaniu na obu kończynach na przedniej powierzchni goleni blizny, które wejrzeniem odpowiadały zupełnie wygojonym owrzodzeniom kilakowym. Według wywiadów w miejscach blizn przed trzema laty pojawiły się u chorego owrzodzenia, które przy leczeniu przeciwkiłowem, stosowanem w szpitalu prowincyonalnym, w krótkim czasie uległy zagojeniu. Pierwsze objawy kiły w postaci wrzodu żołędzi zauważył chory przed 15 laty, jak również i wysypkę nie bardzo wyraźną, która zaraz po pierwszych wcieraniach szaruchy miała ustąpić. Jakichkolwiek zmian nawrotowych w jamie ustnej lub na skórze nie pamięta. Drugi przypadek dotyczył 38-letniego wyrobnika z Niska, który w roku 1902 leczony był w tutejszej klinice z powodu kłykcin jamy ustnej i krtani. Wówczas otrzymał cztery miąższowe wstrzyknięcia salicylanu rtęciowego, a następnie po wyjściu z kliniki używał jodku potasu, wogóle w ilości około 200 gr. Przez cały okres siedmioletni nie zauważył żadnych objawów chorobowych, zgłosił się zaś do kliniki z powodu lekkiego zapalenia gardła, które uważał za nawrót kiły. Trzeci przypadek dotyczył matki sześciotygodniowego dziecka, które na skórze tułowia, jakoteż i kończyn, okazywało liczne wykwity wysypki kiłowej guzkowo-plamistej. Na wargach, w kątach ust, jakoteż i w jamie ustnej, wykazało badanie rozległe kłykciny. Objawy te, jakoteż i silna sapka, miały według podania matki wystąpić na dwa tygodnie przed przybyciem do kliniki. Poprzednio miało być dziecko od urodzenia zupełnie zdrowe. Matka karmiła je sama piersią i nie przypuszczała możliwości zakażenia dziecka kiłą, której oznak u siebie nigdy nie zauważyła. Badanie matki oprócz miernego powiększenia gruczołów pachwinowych i szyjnych żadnych objawów wykryć nie zdołało. Gdyby odczyn ujemny, wykazany u matki, miał być uważany za zupełnie miaro-

dajny, t. j. gdyby wyłączał istnienie kiły w jej ustroju, to przypadek ten stanowiłby niewątpliwie przyczynek do poparcia teoryi istnienia tak zwanej *„lues paterna“* w myśl twierdzenia Fingera, który wraz z innymi zwolennikami tej teoryi przyjmuje istnienie kiły wrodzonej drogą nasienia, przyczem matka może ujść zupełnie zakażeniu kiłowemu, lub też nabywa tylko uodpornienia przeciw kile, o ile właśnie pewna ilość ciał ochronnych dostaje się drogą krążenia łożyskowego do jej ustroju. O ile jednak właśnie ciała ochronne dawać mają odczyn Wassermanna, wynikałoby z tego, że w przypadku tym właśnie i o uodpornieniu matki mowy nie ma, skoro odczyn wypadł ujemnie. Naturalnie, że na pewne wnioski dalej idące na podstawie tego przypadku możnaby sobie pozwolić tylko wtedy, gdyby dalsze i wielokrotne badania surowicy matki dawały stale wynik ujemny.

Z przypadków kiły w okresie utajenia zasługuje na uwagę przypadek, dotyczący matki dziecka trzechmiesięcznego, mającego wyraźne objawy kiły w postaci bardzo obfitej i rozległej wysypki i kłykcin dokoła odbytu. Dziecko to w kilkanaście dni po urodzeniu jako zupełnie zdrowe oddała matka na sześć tygodni innej kobiecie, poczem odebrała je z objawami kiły. U matki żadnych zmian chorobowych, badanie wykazać nie zdołało, odczyn zaś próby okazał się dodatnim. W przypadku tym zdaje się wszystko przemawiać pomimo innych pozorów za tem, że u dziecka chodziło o kiłę dziedziczną, na którą wskazuje zarazem i dodatni odczyn próby u matki, pomimo braku widocznych objawów kiły. Podobne i analogiczne przypadki na podstawie ujemnego wyniku szczepienia materyałem kiłowym oznaczali już Caspary, Neumann i Finger, jako uodpornione na jad kiłowy. Badania surowicy, dokonane w ostatnich czasach u matek dzieci kiłowych, a nie okazujących objawów kiły, udowodniły nieraz obecność kiły utajonej. O ile w tych przypadkach możność bezpośredniego udzielania zakażenia teoretycznie na podstawie dodatniego odczynu była usprawiedliwiona, o tyle praktycznie nie była dostatecznie stwierdzona. Przypadek Engelmanna, dotyczący kobiety wolnej od objawów kiły, która w pierwszem małżeństwie, zapłodniona przez męża kiłowego, miała dzieci kiłowe, a w następnem małżeństwie ze zdrowym mężczyzną porodziła również kiłowe dziecko, dowodzi wyraźnie możności zakażenia od matek z kiłą utajoną, a zarazem podnosi znaczenie badania surowic u matek, wolnych od widocznych objawów, a mających dzieci kiłowe. Wykonywanie próby W. N. B. w tych przypadkach, jak również i u dzieci matek kiłowych, a nie okazujących kiły, ma wielkie znaczenie, jak to podnoszą Citron i Bab oraz Bauer, przy wyborze mamek i służących dla dzieci, przyczem nietylko zapewnić się można o wyborze zdrowej mamki, ale również uchronić zdrową mamkę od zakażenia przez dziecko, cierpiące na kiłę utajoną.

Wpływ leczenia na zmianę odczynu badano u 22 chorych. Sześciu chorych leczono nowym przetworem arsenu, znanym pod nazwą arsacetyny czyli acetatoksylu. Przetwór ten, wprowadzony do handlu przez firmę »Meister Lucius«, został przez Ehrlicha, Salmona i Neissera dostatecznie wypróbowany i uznany za środek, który nie wywiera szkodliwego ubocznego działania, jakie okazuje atoksyl, a posiada może większe od niego znaczenie lecznicze. Przetworu tego używano w rozczynie wodnym 15%, wstrzykując podskórnie co drugi dzień po 0,15 na dawkę. Rozpoznania u chorych leczonych arsacetyną były następujące:

I. *Sclerosis glandis penis. Syphilis maculo-papulosa trunci recens. Pharyngitis specifica.*

II. *Syphilis papulo-pustulosa trunci et extremitatum exulcerans, condyl. palati moll.*

III. *Syphilis papulosa anguli oris et alae nasi.*

IV. *Syphilis condylomatosa faucium et scroti, orbicularis serpiginosa thoracis, pigmentationes post papulosam dorsi et manus utriusq.*

V. *Phimosis, oedema praeputii. Syphilis papulosa trunci recens.*

VI. *Ecthymata syphilitica brachii et manus utriusque.*

(Dok. nast.).

Pozapłciowe zakażenie kiłą.

Napisał

Dr Jan Papée.

(Dokończenie).

Zmiany pierwotne na powiekach [75]) spotykamy najczęściej w kąciku oka (i to częściej wewnętrznym), na skórze powieki, stąd przechodzi ona na przylegającą do niej spojówkę powiekową. Słoninowate dno wrzodu, cechujące stwardnienie, dające się wykazać przy obmacaniu palcami, powiększenie gruczołów przedusznych, a często i podszczękowych po stronie zajętej, ułatwiają rozpoznanie zmiany. Niektórzy (Zeissl, Jullien, Krelling) podnoszą, że naciek, powstający w następstwie zmiany na powiece i jej spojówce, odznacza się znacznem stwardnieniem i długością jego trwania (la persistance du néoplasme), znacznie większą, aniżeli na innych miejscach skóry lub błony śluzowej.

W jednym z dwu przypadków wrzodu na powiece, który miałem sposobność sam spostrzegać, następowe stwardnienie istotnie utrzymywało się przez kilka miesięcy w postaci twardego, zbitego guzka, z długo utrzymującem się sinem zabarwieniem skóry.

Wrzody na spojówce gałkowej należą do rzadkości; Gutzeit [76]), ogłosił w r. 1904 taki przypadek u czeladnika kowalskiego, u którego powstał wskutek wylizywania oka przez wiejską babę celem wydobycia z worka spojówkowego opiłka żelaznego; takich przypadków zestawił Gutzeit z całej literatury 21. Występować zaś one mają już to pod postacią zwykłej, lekko wgłębionej nadżerki, już też jako głębokie owrzodzenie o brzegach ostrych [77]). Według Gutzeita postać pierwsza ma być częstszą; towarzyszące jej silne obrzmienie spojówki, w stosunku do tej ostatniej mniej wybitne nastrzykanie, brak wydzieliny i nieznaczne objawy podmiotowe mają stanowić zbiór cechują-

[75]) Dwa przypadki wrzodu pierwotnego na powiekach spostrzegał Szulisławski (kiła oka — Lwów 1906); w obu powstał wrzód przez pocałunek i obejmował kącik oka lewego w ten sposób, że znaczniejsza część wrzodu znajdowała się na skórze powieki dolnej, mniejsza na górnej.

[76]) Gutzeit. Der syph. Primäraffect der Augapfelbindehaut. Archiv f. D. u. S. T. 59. R. 1904. Str. 349.

[77]) Touchaleaume. Etude sur la chancre syph. de la conionct Paris 1889.

cych objawów, ułatwiających wcale wczesne rozpoznanie zmiany.

Przy rozpoznawaniu zmian pierwotnych na spojówce powiekowej, mieć trzeba na uwadze, że występujące tu dość rzadko (przypadków takich widziałem 2 lub 3), zmiany wtórne w postaci kłykcin, przedstawiają się jako żywo czerwone, okrągłe, ściśle ograniczone nacieki, o brzegach i podstawie płytkowato twardej.

Wrzód pierwotny na rogówce zaliczają do bardzo wielkich rzadkości; przypadek taki spostrzegał Jullien[78])

Zmiany pierwotne, spotykane w nosie, należą do mniej częstych; w zebranej przezemnie literaturze znalazłem ich 26 = 3%, usadowione zaś one były na częściach zewnętrznych t. j. na skrzydełkach, końcu lub grzbiecie nosa 14 razy, na błonie śluzowej jamy nosa, a zwłaszcza przegrody, 12 razy. Przy umiejscowieniu na skórze nosa nie różnią się ich cechy niczem od spotykanych na innych miejscach skóry; umiejscowione na błonie śluzowej, przedstawiają się albo jako płaskie owrzodzenia, o brzegach ostrych, naciekłej i twardej podstawie, lub też jako małe nacieki z owrzodzeniem w środku (*ulcus elevatum* — Ramognini).

Przy dłuższem trwaniu wrzodu występować mogą silne bole, promieniujące ku czołu i policzkom, a jako cechujące znamiona podaje Ramognini niebolesne obrzmienie nosa i skóry sąsiadującego policzka. Przy umiejscowieniu wrzodów w jamie nosowej nasuwają się niewątpliwie pewne trudności rozpoznawcze: pamiętać bowiem należy, że oprócz spraw chorobowych, dla których nos jest częstą siedzibą (gruźlica, wilk, twardziel), musimy tu mieć na uwadze występowanie zmian drugorzędnych, w końcu tak często tu spotykane, szczególniej na przegrodzie, zmiany kiły późnej.

Zmiany pierwotne na wargach ust, zaliczane do najczęstszych, spotykamy albo na skórze warg, poniżej lub w miejscu jej przejścia w błonę śluzową, albo też na samej już błonie śluzowej. W pierwszym wypadku przedstawia się ona jako guz zbity, twardawy, dający się dobrze odgraniczyć (skleroza), lub jako charakterystyczny wrzód pierwotny. W drugim przypadku mogą występować pod postacią płytkich, powierzchownych nadżerek, o brzegach z otoczeniem równych, ostro się odgraniczających, przy obmacaniu okazujących typowe stwardnienie, powierzchni łatwo krwawiącej i naciekłej podstawie. Rozległość i głębokość takich nacieków może przybierać znaczne rozmiary i przybrać cechy, które określamy jako *scleroedema*, lub też spowodować bardzo znaczne obrzmienie całej wargi, jej wywinięcie lub kształt ryjkowaty.

Powierzchnia owrzodzona pokrywa się szarym nalotem lub grubą, ściśle przylegającą i trudno dającą się oddzielić warstwą słoninowatej tkanki; albo wskutek wpływów zewnętrznych, ciągłego zasychania, pękania, ślinienia pokrywa się brudnym strupem (chancre crouteux Fourniera), po którego oddzieleniu występuje na jaw właściwe, silnie krwawiące owrzodzenie. Owrzodzenia na wargach są niejednokrotnie bardzo bolesne, wskutek tworzenia się szczelin i rozpadlinowych pęknięć, spowodowanych ruchami warg.

Zmianom pierwotnym na wargach towarzyszy zawsze bardzo znaczne obrzmienie i stwardnienie najbliżej położonych gruczołów chłonnych t. j. podszczękowych i szyjnych.

Zmiany pierwotne na migdałach przedstawiają obraz różny, zależnie od czasu ich trwania. W tych wypadkach, w których chorych badano w okresie początkowym (Morell-Lavallée, Boeck[79]) pierwsze objawy nie różnią się wiele od zwykłych zmian zapalnych — a zatem spotykamy zaczerwienienie, nieznaczny obrzęk, lekkie objawy podmiotowe. W okresie już dłużej trwającym spotykamy znaczne już powiększenie dotkniętego migdała, uderzające, o ostro rysujących się liniach, zaczerwienienie, które przechodzi w barwę ciemno-wiśniową lub nawet ciemno-fioletową. Po większony migdałek okazuje przy obmacaniu wybitne stwardnienie, dochodzące do chrząstkowatej twardości. Stanowi temu towarzyszy wczesne i wybitne powiększenie i stwardnienie gruczołów chłonnych, najpierw podszczękowych, następnie podbródkowych i szyjnych. W dalszym ciągu powstają na powierzchni zajętego migdałka albo małe nadżerki, ostro odgraniczone, ciemnoczerwone, lub nalotem szarym pokryte, lub też płytkie, słoninowate owrzodzenia, albo w końcu rozległy wrzód o brzegach strzępiastych, chrząstkowato-twardych, dnie rozpadłem, pokrytem brudno szarym lub błonicowym nalotem. Łatwość zakażenia wtórnego w tem miejscu może spowodować zropienie i rozpad całego migdałka, z pozostawieniem rozległego i głębokiego wrzodu, obejmującego miąższ gruczołu, o brzegach i podstawie twardych, strzępiastych i dnie, pokrytem szczątkami rozpadłej tkanki. Tę dwojaką postać wrzodów określił Fournier jako nadżerkową i wrzodową (difteritische, gangränöse). Stanowi takiemu mogą towarzyszyć ciężkie objawy ogólne, wysokie podwyższenie ciepłoty, przyspieszenie tętna, w ogólności objawy, jakie niekiedy się spotyka przy zakażeniach ropnych migdałków.

Przy rozpoznawaniu tych zmian mogą się zdarzać pomyłki rozpoznawcze; obok pomieniania ich ze zmianami drugorzędnymi, o czem już wspomniałem, rozpoznawano je jako zmiany gruźlicze lub złośliwe nowotwory. Lang[80]) np. podał, że w jednym przypadku rozpoznano raka, w innym mięsaka migdała, Münchheimer zaś przytacza przypadek operacyjnego leczenia migdałów u 40-letniej chorej, w którym się później okazało, że byłto pierwotny wrzód kiłowy.

Zmiany pierwotne na języku, według Sędziaka i Bulkleya należą również do dość częstych; wśród przypadków przezemnie zebranych, znalazłem ich 20 (= 2·3%). Przedstawiają się one jako nacieki kształtu okrągłego, o brzegach wprawdzie ostro zaznaczonych ale równo z otoczeniem się zlewających, twardych, podstawie zbitej; powierzchnia ich podlega prawie zawsze owrzodzeniu, łatwo krwawi, stąd też są przyczyną znacznej bolesności i utrudnienia ruchów języka. Przy rozpoznaniu łatwo mogą być pomieniane z wrzodami gruźliczymi: podobny przypadek miałem w leczeniu przed kilku laty. Dotyczył on 29-letniego strażaka pożarnego, który się na wiosnę zgłosił z wrzodem na końcu języka, kształtu okrągłego, wielkości halerza, o brzegach postrzępionych, podminowanych, dnie, pokry-

---

[78]) cyt. przez Krelinga. Zwei Fälle von extragen. Localisation des Primäraffectes. Vierteljahrschrift f. Derm. u. Syph. T. 15. 1888.

[79]) cyt. Szadek.

[80]) Lang l. c.

tem łatwo krwawiącemi ziarninami. Mimo wyraźnego nacieku, stwardnienie okazywało się przy obmacywaniu mało cechującem; bolesność wrzodu znaczna, powiększenie gruczołów podszczękowych bardzo nieznaczne. Rozpoznanie było dość trudnem; po kilku tygodniach wrzód przy pędzlowaniu słabym rozczynem sublimatu, zabliźnił się do $^1/_3$ swej powierzchni, dając zbitą, gładką bliznę. Równocześnie jednak, a było to w 6—7 tygodni po pojawieniu się zmiany na języku, wystąpiło ogólne osłabienie, dreszcze, gorączka, kaszel, szybko postępujące ogólne wyniszczenie, badaniem zaś było można wykazać zmiany w szczycie płuca prawego. Wrzód na języku uległ ponownemu rozpadowi, w krótkim czasie chory zmarł w szpitalu a sekcya stwierdziła zmiany gruźlicze w płucach.

Zmiany pierwotne na sutkach kobiecych, stanowiące według Mauriaca, Fourniera, Pospelowa i innych $^2/_3$ wszystkich zakażeń pozapłciowych, jeżeli są umiejscowione na skórze samego sutka, nie odbiegają w niczem od cechującego typu wrzodów pierwotnych, na częściach płciowych. Ze względu jednakże na najczęstszą przyczynę ich powstawania w tem miejscu, t. j. karmienie i z powodu łatwo występujących przy tej czynności obrażeń i pęknięć, umiejscawiają się one przeważnie na samej brodawce piersiowej lub w najbliższem jej otoczeniu. Wówczas kształt i wejrzenie zmiany pierwotnej ulega pewnej zmianie: a mianowicie kształt jej może być albo szczelinowaty, owalny lub okrągły, przedstawiać się zaś może jużto w postaci małego, powierzchownego otarcia, barwy żywoczerwonej lub pokrytego strupkiem, już też w postaci wrzodu o brzegach charakterystycznie twardych, ściśle z podstawą zrosłych. Jeżeli wrzód zajmuje samą brodawkę, jest ona wtedy spłaszczona, zbita, barwy ciemnoczerwonej. Przy zmianach pierwotnych na sutkach i brodawkach piersiowych stwierdzamy znaczne pewiększenie i stwardnienie gruczołów pachowych i gruczołów leżących na dużym mięśniu piersiowym. Blizny po wrzodach pierwotnych na brodawkach nadają jej przez dłuższy czas zabarwienie sino-brunatne, stwardnienie utrzymuje się niemniej długo, a nadto powodują zmianę w jej kształcie, a mianowicie spłaszczenie całej brodawki.

Wejrzenie zmian pierwotnych na palcach rąk może przedstawiać również pewne odmiany, zależnie od miejsca usadowienia. Przy umiejscowieniu po stronie grzbietowej palców, z powodu małej wiotkości tkanki, przychodzi do mniej wyraźnego i odgraniczonego stwardnienia, natomiast naciek staje się więcej rozlanym. Jeżeli zmiana pierwotna umiejscowi się na końcowych członach, pod lub tuż przy samym paznokciu, które to umiejscowienie ze względu na sposób zakażenia, należy do częstszych, natenczas wygląd jej zewnętrzny może również przedstawiać pewne różnice. A mianowicie może występować pod postacią zanokcicy (*panaritum sub ungue*), której towarzyszy znaczny i bardzo bolesny naciek, lub też okazywać wszelkie znamiona wrzodów, określonych przez Fourniera jako *ulcus fungosum*[81]). Kształt wrzodu stać się może więcej owalnym, podłużnym, podstawa naciekła ale niedająca się ściśle odgraniczyć, brzegi stwardniałe, jednak bez właściwej cechującej chrząstkowatości, dno słoninowate lub żywoczerwoną ziarniną pokryte. Przy wrzodach palcowych przychodzi zawsze do powiększenia i stwardnienia gruczołów łokciowych, które przybiera niekiedy bardzo znaczne rozmiary; niemniej powiększone są gruczoły pachowe po tej samej stronie.

Co do zmian pierwotnych, spotykanych na innych miejscach powłok skórnych, jak rękach, udach, brzuchu, nie przedstawiają one odrębnych a wybitniejszych właściwości klinicznych. Zależnie od mniejszej lub większej wiotkości tkanki, na której są umiejscowione, okazywać mogą w podstawie i brzegach swoich mniej odgraniczone i mniej wybitne stwardnienie, a natomiast trafniejby je można określić jako zgrubienie. Tasama wiotkość może wpływać na rozmiary wrzodu: Gaston np. opisał wrzód pierwotny na brzuchu, który miał kształt elipsy, 6 cm długiej a 4 cm szerokiej. Pod względem rozpoznawczym zwrócić atoli należy uwagę na to, że i zmiany drugorzędne w miejscach skóry o wiotkiej tkance, a narażonych na wpływy zewnętrzne np. tarcie odzieży, zanieczyszczenie, drapanie, mogą przybierać kształt dużych owrzodzeń o naciekłej podstawie; cechujące jednak stwardnienie lub zgrubienie brzegu, ostre ich odgraniczenie, a, co najważniejsza, wybitne i typowe powiększenie sąsiednich gruczołów chłonnych, odgrywają tu rolę ważnych szczegółów rozpoznawczych.

Pod względem rokowania co do przebiegu kiły, nabytej drogą pozapłciową, zaznaczyć należy, że zapatrywanie na tę sprawę nie są jednolite i ustalone. Pewna część autorów, opierając się na tej okoliczności, że w niektórych przypadkach zakażenia pozapłciowego, wystąpiły objawy ciężkiej kiły ogólnej (*syphilis maligna*), jest zdania, że kiła tą drogą nabyta odznacza się z reguły złośliwym i ciężkim przebiegiem; szczególniej powoływano się w tej mierze na przypadki kiły, ciężko przebiegające u lekarzy, a nabytej przez nich na palcach w drodze zawodowej. Diday, Boeck i Bulkley twierdzą o ostrym przebiegu kiły, nabytej przez zarażenie przez gardło, w szczególności migdały. Neuman utrzymuje, że kiła pozapłciowa usposabia do ciężkich zmian drugorzędnych, a motywuje tę okoliczność możliwością zakażenia mięszanego, w przypadkach, narażonych na zetknięcie z ziarenkowcami ropnymi. Krefting również zaznacza, że przebieg jej cechuje się wybitniejszymi i rozleglejszymi zmianami na skórze, częstymi nawrotami, skłonnością do zapaleń tęczówki i t. p. Niektórzy, przyjmując związek przyczynowy między sposobem zakażenia a ciężkością zmian jako pewnik, starali się go wytłomaczyć teoretycznie; i tak Dugteren i Walsen[82]) starali się wyjaśnić cięższy przebieg odpornością tkanek nabytą: odporność ustroju wobec zarazka kiłowego zwiększa się u następnych pokoleń skutkiem przebycia choroby przez przodków, a zwłaszcza zwiększa się odporność miejscowa części płciowych; tej miejscowej odporności nie posiadają tkanki położone poza częściami płciowymi.

Petrini[83]) tłomaczył cięższe przypadki kiły pozapłciowej przy umiejscowieniu zmiany pierwotnej w górnych częściach ciała tą okolicznością, że większa obfitość dróg

---

[81]) Fournier. Klin. syph. digitale. Journal de med. et chir. Ottobre 1895.

[82]) Dugteren i Walsen. Mittheilungen ans der Klinik und Poliklinik für Haut u. vener. Krankheiten. Ref. Archiv f. D. u. S. T. 21.

[83]) cyt. przez Münchheimera.

chłonnych tych części jest powodem większego nasiąknięcia ustroju zarazkami.

Inni, a i tych jest szereg poważny, nie przychylają się do zapatrywania, jakoby umiejscowienie pozapłciowe samo przez się miało mieć wpływ decydujący na typ przebiegu kiły, a spotykana w takich razach ciężkość jego jest jużto okolicznością przypadkową już też przyczyny jej szukać należy w innych, zupełnie ubocznych momentach.

Fournier[84]) utrzymuje, że na rokowanie nie wpływa zupełnie okoliczność umiejscowienia zmiany pierwotnej; stara się to udowodnić przez porównawcze zestawienie leczonych przez siebie przypadków kiły późnej, złośliwej i systemu nerwowego centralnego, które to postacie uważane bywają jako dowód ciężkości przebiegu, i przez zbadanie ich pochodzenia — płciowego lub pozapłciowego. W tabliczce przez siebie zestawionej, dochodzi do wniosku, że na ogólną liczbę takich przypadków było 5·38% pochodzenia pozapłciowego, co odpowiada jego zdaniem, ogólnemu stosunkowi zakażeń pozapłciowych. Również Morrow[85]) odmawia sposobowi wtargnięcia zarazka do ustroju wszelkiego wpływu na rodzaj przebiegu kiły. Nie zgadza się również z tem zapatrywaniem Taylor[86]) i utrzymuje, że przebieg jest taki sam jak przy zakażeniu płciowem. Co do ciężkości przypadków pozapłciowej kiły u lekarzy, Brandis[86]) i inni na podstawie swych własnych spostrzeżeń przypisują ją niedokładności w leczeniu, świadomości stanu, wywołującej przygnębienie moralne i ciężkości zawodu.

Na podstawie własnych, acz niewątpliwie szczupłych spostrzeżeń, których przebieg jednakże pilnie śledziłem, nie mógłbym się przychylić do tego, by umiejscowienie samo przez się oddziaływało na przebieg i postać choroby. Zrobiłem jedynie to spostrzeżenie, że tak samo jak przy zakażeniu płciowem, wpływają i tu na przebieg kliniczny przedewszystkiem ogólne warunki ustroju, sposób zachowania się chorego i sposób leczenia. Że pewne okoliczności uboczne, jużto natury zewnętrznej lub odmienne warunki fizyologiczne mogą tutaj wpływać, to nie ulega wątpliwości, tak np. możność zakażenia mięszanego przy wrzodach na migdałach lub palcu, większa wrażliwość ustroju w danej chwili, a zatem przy zakażeniach na brodawkach piersiowych u osób wyczerpanych porodem lub karmieniem itp.; w końcu może mieć pewne znaczenie mylne i późne rozpoznanie, które opaźniając zastosowanie właściwego leczenia, może wpłynąć na uporczywość poszczególnych objawów choroby.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Adam Bochenek. **Anatomia człowieka.** Tom I. Kraków, 1909. Nakładem Akademii Umiejętności.

Ukazanie się nowego podręcznika w piśmiennictwie polskiem powitać należy za każdym razem z wysokiem uznaniem i zadowoleniem. Nowy podręcznik bowiem ułatwia nietylko studyum danego przedmiotu, lecz wzbudza także zamiłowanie do niego. Posiłkowanie się podręcznikiem, napisanym w obcym języku, jest dla młodziezy niezmiernem utrudnieniem studyów, ponieważ pokonać trzeba podwójne trudności: niedostateczną znajomość języka obcego i przedmiot sam, który, jak w anatomii, wymaga dość znacznych zdolności pamięciowych i żywej wyobraźni.

Brak polskiego podręcznika anatomii człowieka dał się odczuwać oddawna, a tem więcej w czasie obecnym, gdy do uniwersytetów naszych napłynęło dużo młodzieży z Królestwa, która mało, albo wcale nie znając języka niemieckiego, pozbawiona była możności posiłkowania się podręcznikami niemieckimi, najczęściej używanymi przez młodzież naszą. Nie było więc innej rady, jak uczyć się tutaj w Galicyi z podręczników rosyjskich! Serdeczna wdzięczność należy się ze strony tej młodzieży kol. Bochenkowi za trud, którego podjął się, wydając podręcznik, a Akademii za środki, umożliwiające wydanie tego dzieła.

Wydanie podręcznika anatomii z rycinami jest zadaniem bardzo trudnem. Wprawdzie można było co do rycin wejść w układ z wydawcami anatomii w obcych językach, lecz są to pertraktacye długie, kończące się zwykle na niczem z powodu wygórowanych cen, jakie obcy autor lub wydawca żąda jako wynagrodzenie za użycie klisz. Nie pozostaje więc inna droga, jak zabrać się do roboty od początku, jak to uczynił kol. Bochenek, t. j. od zrobienia rysunków z preparatów muzealnych i własnych. Wybór odpowiednich preparatów, rysunki, napisanie tekstu, wykonanie klisz, druk, niezliczone korekty, oto droga mozolna, która doprowadziła do wydania »Anatomii człowieka«, dzieła, które jak na nasze stosunki i środki przedstawia się wprost wspaniale.

Uwzględniając te trudności, zrozumiemy łatwo, dlaczego dotychczas ukazał się tylko tom pierwszy. Zarzutu z tego powodu nie można autorowi uczynić; czuł on to sam dostatecznie i tłómaczy się w przedmowie.

Jak prawie we wszystkich nowszych podręcznikach anatomii, tak i w dziele kol. Bochenka ryciny mieszczą się w tekście, nie zaś w osobnym atlasie, co ułatwia użycie dzieła i zmusza uczącego się do dokładniejszego przestudyowania poszczególnych ustępów, a nie ogranicza do wyuczenia się samych objaśnień rycin, jak to dawniej często praktykowano przy użyciu odrębnych atlasów.

Po wstępie, określającym stanowisko anatomii względem innych nauk biologicznych, następuje rys historyi anatomii. Osobny ustęp poświęcony został historyi anatomii w Polsce i Litwie; ustęp ten niewątpliwie wzbudzi zainteresowanie, ponieważ wiadomości o katedrach anatomii, po mniej dostępnych wydawnictwach rozproszone, pierwszy raz w nowszych czasach połączone zostały w jedną całość.

Dalej daje autor pogląd na budowę i czynności komórki i kreśli na 42 stronicach rozwój człowieka, ilustrując te działy licznemi (66) rycinami. Plan organizacyi ciała ludzkiego i rys nauki o tkankach tworzą zakończenie części ogólnej dzieła. Starszym lekarzom tak obszerne traktowanie embryologii i histologii mogłoby wydawać się w podręczniku anatomii zbytecznem. A jednak wiadomości podstawowe z zakresu embryologii są obecnie dla zrozumienia licznych stosunków anatomicznych niezbędne i znajdują się dlatego w każdym nowszym podręczniku anatomii.

Przeglądając część szczegółową, zawierającą opis kości, stawów, więzadeł i mięśni, widzimy z przyjemnością wielką ilość (206) przeważnie artystycznie wykonanych rycin, z których więzadła i mięśnie są uwydatnione drukiem dwubarwnym. Nie jest to zbytkiem, bo dobry i piękny wzór mimowoli wpływa na wykonanie preparatu anatomicznego. Preparat anatomiczny ma być pracą naukową, lecz pracą starannie wykonaną i wywołującą pewne zadowolnienie pod względem estetycznym. Prócz strony naukowej zajęcia praktyczne w prosektoryum mają dla początkujących medyków ważne zadanie dydaktyczne, mianowicie przyuczania ich do roboty sumiennej i czystej, dla której w dziele Bochenka znajdą doskonałe wzory.

Przy opisie każdej kości znajduje się krótka wzmianka o jej rozwoju, a przy opisie mięśni o ich działaniu i najczęstszych ich zboczeniach.

Opisy poszczególne są jasne, zwięzłe i poprawnym językiem napisane. W tym względzie były do przezwyciężenia niemałe trudności. Wobec niezupełnie ustalonej terminologii i wprowadzenia nowych nazw i określeń do opisów anatomicznych, trzeba było stworzyć nowe wyrazy polskie lub też przyjąć spol-

[84]) Fournier. Prognostic de la Syphilis issua de chancres extragez nitaux. La Semaine med 1795. Nr 60.

[85]) Morrow. Extragen. Schanker und ihre Prognose.

[86]) R. W. Taylor. Die Prognose der Syphilis. Ref. Monatschr. f. ps. D. R. 1905. str. 46.

[87]) Brandis. Über Sypphilis gravis bei Ärzten. Ref. Arch. f. D. u. S. T. 48.

szczone łacińskie. Purystom może wydawać się to okrucieństwem, dydaktycznie jest to niezmiernem ułatwieniem, bo zamiast opisów dłuższych, określa się rzecz jednem słowem. Niewiele jest takich wyrazów obcych, a gdzie są użyte, tam i konieczne. Mając na względzie, że każdy język ma swoją ewolucyę, przyswajania obcych elementów, w miarę do języka wprowadzanych, nie należy uważać za niewłaściwe.

Życzyć należy, ażeby dzieło, z tak wielkim nakładem pracy i kosztów wydane, przyniosło społeczeństwu jak największe korzyści. Dzieło to gorąco polecić można nietylko uczącej się młodzieży, lecz także lekarzom, którzy w niem z pewnością znajdą mniej lub więcej szczegółowe wiadomości, w praktyce im potrzebne. *Hoyer.*

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

E. Graham. **Leczenie chorób świeżem powietrzem.** (*Arch. of Pediatr.* Luty 1909).

Autor stosuje od ośmiu lat zarówno u swych chorych szpitalnych, jak i w praktyce prywatnej świeże powietrze, jako środek leczniczy i osiąga dzięki temu nowemu czynnikowi doskonałe wyniki. Do leczenia tego nadają się u dzieci zarówno choroby zakaźne (autor stosował leczenie świeżem powietrzem w durze, odrze, zapaleniu płuc, gruźlicy), jak i cierpienia narządów trawienia, zarówno starsze dzieci, jak i niemowlęta; autor wysyła swoich chorych bez względu na porę roku i pogodę (nawet styczniowy mróz, śnieg i wiatr nie stanowią przeciwwskazania) bądź na zupełnie wolne powietrze, bądź na werandy o tej samej ciepłocie (szpital dziecięcy w Filadelfii jest odpowiednio do tego urządzony) i pozostawia je tam całymi dniami, wnosząc na salę tylko dla zmiany opatrunku, zbadania dziecka i t. p. Dzieci są ciepło ubrane, nie przeziębiają się więc, a oddychanie najzimniejszem nawet, lecz czystem powietrzem nietylko nie szkodzi, lecz uzdrawia. *H. Rozenblatówna.*

Dyskusya nad odczytami o leczeniu świeżem powietrzem (wygłoszonymi na XX. Zjeździe amerykańskiego Towarzystwa pedyatrycznego). (*Arch. of. Pediatr.*).

Mówcy, którzy uczestniczyli w tej dyskusyi, podzielają w zupełności entuzyastyczny pogląd prelegentów na leczenie znacznej liczby chorób dziecięcych świeżem i zimnem powietrzem. Nawet i odra nie stanowi pod tym względem przeciwwskazania (R. G. Freeman). Szczególną uwagę należy zwrócić na leczenie krzywicy świeżem powietrzem, gdyż cierpienie to powstaje przedewszystkiem pod wpływem braku czystego powietrza (A. Jacobi). Wszyscy mówcy zgodnie zaznaczają popularność, jaką nowa metoda leczenia zyskała w bardzo krótkim przeciągu czasu śród najszerszych sfer społeczeństwa amerykańskiego.

H. Rozenblatówna.

J. S. Wile. **Leukocyty w chorobach płuc u dzieci.** (*Arch. of Pediatr.* Marzec 1909).

Przy badaniu krwi u dzieci należy przedewszystkiem zwracać uwagę na ilościowy stosunek różnych rodzajów leukocytów; bezwzględna ilość wszystkich krwinek białych, t. j. leukocytoza i leukopenia, mają znacznie mniejsze znaczenie rozpoznawcze.

W cierpieniach płuc, badanych przez autora pod względem hematologicznym, jakoto w gruźlicy, zapaleniu oskrzeli, krztuścu, dychawicy, zapaleniu płuc, oraz ropniaku opłucnej, napotykamy najrozmaitsze zmiany w stosunku ilościowym różnych postaci leukocytów. N. p. przy krztuścu występuje wybitna limfocytoza (do 50.000 w mm³). Przyrost limfocytów zaczyna się w okresie nieżytowym jeszcze przed wystąpieniem kaszlu i osiąga szczyt w okresie napadów kaszlu (st. convulsivum). Zwiększenie się ilości leukocytów eozynofilnych wskazuje na początek ozdrowienia.

Podobnie w gruźlicy: ilość leukocytów eozynofilnych stoi w odwrotnym stosunku do rozwoju cierpienia i zmniejszenie się ilości tych komórek (zarówno jak i bazofilnych) pogarsza rokowanie. Limfocytoza przy gruźlicy wskazuje na jakieś zakażenie wtórne, gdyż sama sprawa gruźlicza nie wpływa na białe ciałka krwi.

Dla dychawicy znamienny jest znaczny przyrost krwinek eozynofilnych, a dla całej grupy cierpień, obejmującej: zapalenie oskrzeli, płuc i opłucnej — leukocytoza, wywołana przez leukocyty wielojądrzaste neutrofilne. Najwyższą odsetkę leukocytów tego typu: 73 i 75% napotykamy przy ropniaku opłucnej i zapaleniu płuc. *H. Rozenblatówna.*

Adolf Kutschera. **O wpływie leczenia przetworami gruczołu tarczowego na przyrost wzrostu w matołectwie endemicznem.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909. Nr 22, str. 771).

Poczynając od roku 1907 władze rządowe podjęły w Styryi energiczną walkę z matołectwem endemicznem. Przy pomocy lekarzy okręgowych i nauczycieli ludowych prowadzi się szeroką akcyę w celu uświadomienia rodziców o istocie matołectwa i zaznajomienia ich ze sposobem walki z tem cierpieniem. W kraju urządzono 37 stacyi obserwacyjnych. Dwa razy do roku okoliczne dzieci ściśle się bada. Matołki otrzymują przepis leczenia i setkę tabletek, z których każda zawiera 0,3 gruczołu tarczowego. Chory otrzymuje najwyżej jedną tabletkę dziennie. Dzieci młodsze od 3 lat, lub dzieci źle znoszące tabletki, otrzymują tylko ½ tabletki dziennie, lub 1—2 tabletek tygodniowo. Wyniki przy takiem ograniczaniu dawek nie są wcale gorsze. Nie znosi tabletek 2,4% chorych. W takich razach zwykle natychmiast po pierwszej dawce występują wymioty i ponawiają się czasem nawet przy pokazywaniu tabletek choremu. Ogółem poddano leczeniu w ciągu tych dwóch lat 1011 osób, które razem spożyły 266,500 tabletek. Z tej liczby chorych odpadło z powodu braku zainteresowania się leczeniem 403 osoby. Reszta — 607 osób — pozostawała pod stałym nadzorem lekarskim. Przyrost wzrostu ciała służył jako miara skuteczności leczenia. Autor zauważył bowiem, że współrzędnie z przyspieszeniem wzrostu znikają i inne dolegliwości, towarzyszące cierpieniu. Pod wpływem leczenia gruczołem tarczowym wzrost powiększył się u 85,7% chorych o tyle, że dosięgnął liczby, większej od liczb średnich, prawidłowych dla danego wieku. W 10,2% osiągnięty przyrost wzrostu nie odpowiadał liczbom prawidłowym. W 8,6% przypadków nie osiągnięto żadnego skutku. Były to najprawdopodobniej przypadki niedołęstwa umysłowego, a nie matołectwa. Co się tyczy wieku chorych, to przeważnie starano się dobierać do leczenia dzieci w wieku przedszkolnym. Nie znaczy to jednak bynajmniej, by leczenie gruczołem tarczowym nie działało w późniejszym wieku. Wyniki nadspodziewanie dobre powiodło się uzyskać nawet u matołków, starszych nad 20 lat. Najwyraźniej zaś objawiły się wyniki leczenia w tych przypadkach, gdy jedno z rodzeństwa zażywało tabletki, drugie zaś nie. Gdy i to drugie poczęło zażywać gruczoł tarczowy, różnica we wzroście i w ogólnym stanie zdrowia wyrównywała się zupełnie.

Miecz. Michałowicz.

Ernst Mayrhofer i Ernst Pribram. **Doświadczenia z odżywianiem noworodków konserwowanem mlekiem kobiecem.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909. Nr 26, str. 912).

Pracując na stacyi osesków w szpitalu Fr. Józefa w Wiedniu, byli autorowie nieraz zmuszeni przyjmować do zakładu słabe i przedwcześnie urodzone noworodki. Odżywianie osesków napotykało w takich razach na wielkie trudności. Oseski nie znosiły mleka krowiego, jednocześnie zaś nie można było dostać potrzebnej liczby mamek. Jedynem wyjściem było posługiwanie się mlekiem kobiecem, odciągniętem z piersi położnic w sąsiednich przytułkach położniczych. Chęć zakonserwowania otrzymanego z taką trudnością mleka zmusiła autorów do próbowania rozmaitych proponowanych ostatnimi czasy sposobów. Najpraktyczniejszym okazał się sposób Buddego. Pojedyncze, różnego pochodzenia, nieraz bardzo niewielkie porcye mleka mieszano razem. Do litra takiego mleka dodawano 0,2 cm³ 30% roczczynu perhydrolu (Mercka). Następnie wstawiano tak przygotowane mleko do regulującej się łaźni wodnej Ostwalda przy ciepłocie 50° C. Natychmiast poczynał występować tlen. Mleko we flaszkach skłócano od czasu do czasu. Po godzinie zamykano kurki od flaszek i przenoszono je do lodowni, gdzie mleko stało następnie przez całe tygodnie, nie tracąc nic na wartości. Dodać należy, że przy odciąganiu pokarmu z piersi okazała się najpraktyczniejszą pompka Jaschkego (opisana w Zentralbl. für Gynäkologie 1909 r. Nr 15). Zaletą buddyzowanego mleka jest zupełne zachowanie jego własności biologicznych, pomimo całkowitego wyjałowienia. Z tego względu pokarm buddyzowany może być z powodzeniem stosowany w chorobie Barlowa. Załączone do artykułu protokóły kliniczne oraz krzywe wagi stwierdzają, że słabe i wycieńczone oseski doskonale znoszą utlenione tym sposobem mleko. Autorowie artykułu polecają gorąco urządzenie w przytułkach położniczych i zakładach dla mamek stacyi, zbierających i utleniających nadmiar pokarmu, który obecnie ginie nie zużytkowany. *Miecz. Michałowicz.*

Oskar Witzinger. **Przyczynek do dyetetycznego leczenia wyprysku u osesków.** (*Wiener med. Wochs.* 1909, Nr 23, str. 1904).

Autor stosował zupę Finkelsteina w 8 przypadkach wyprysku u przekarmionych osesków w wieku od 5—12 miesięcy. By móc porównać wyniki leczenia dyetetycznego z wynikami leczenia maściami, smarował autor jedną połowę twarzy maścią, drugą zaś zostawiał bez maści. Zdaniem autora maść nie wpływała na przyspieszenie wyników leczenia dyetetycznego. Co się zaś tyczy wpływu dyety Finkelsteina, to wyniki jej wogóle nie były zadowalniające. W jednych przypadkach skutek był dość pomyślny, w innych leczenie nie dało żadnych wyników. Autor przypuszcza, że nawet pozornie jednakowo wyglądające wypryski są skutkiem przyczyn rozmaitych, a więc i leczenie ich wymaga indywidualizacyi. *Miecz. Michałowicz.*

E. Mayer. **W sprawie leczenia surowicą pląsawicy zwyczajnej.** (*Wiener med. Wochs.* 1909. Nr. 23, str. 1290).

Wychodząc z założenia, że pląsawica Sydenhama stoi w częstym związku z gośćcem stawowym pochodzenia paciorkowcowego, próbował autor wstrzykiwać surowicę przeciwpaciorkowcową Aronsona w przypadkach pląsawicy zwykłej. Wyniki wypadły we wszystkich 5 leczonych przypadkach bardzo zachęcająco. *Miecz. Michałowicz.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 13. października 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący przedstawia dwóch zgłaszających się członków, kolegów Władysława Bujaka i Koźniewskiego. Obaj koledzy zostali jednomyślnie przyjęci.

3) Kol. Janiszewski wygłosił odczyt: **O czyszczeniu miasta ze stanowiska higieny publicznej.**

W dyskusyi kol. L. Bier zaznacza zbyt obszerny temat, wybrany do dzisiejszego odczytu, przez co wiele szczegółów odczytu, ciekawych i nadających się do dyskusyi — podanych w znacznej liczbie — zanikło; pożądanemby było rozłożenie dzisiejszego tematu na kilka odczytów. Godząc się na wiele poglądów zasadniczych z prelegentem, kol. B. nie może jednak uznać zasady, by w przeprowadzeniu asanacyi miasta stan jego finansowy był rzeczą podrzędną, nie odgrywającą roli w sposobach przeprowadzić się mającej asanacyi. Zwłaszcza w miastach naszych, nieprzyzwyczajonych do tego, że wraz z rozwojem i rozszerzeniem się miasta zmieniać się muszą i sposoby jego czyszczenia i nowych wymagać wydatków, należy przy projektach asanizacyi na finanse miast zwracać baczną uwagę i nie obciążać ich jednostronnie. — W sprawie usuwania śmieci z miast i niszczenia ich w zakładzie do spalania, jako jedynie ze stanowiska higieny już teraz racyonalnego sposobu dla Krakowa, nie może się kol. B. zgodzić. Skład zmiotek w miastach angielskich, spalających ogólnie śmieci, jest inny, niż w miastach kontynentu, zwłaszcza wschodnich. Stwierdziły to próby, dokonane ze śmieciami wielu miast niemieckich w zakładzie hamburskim; bez dodatku węgla śmieci te nie dadzą się spalić, co znacznie podraża działalność zakładów spalania śmieci. Przed uchwaleniem zakładu do spalania śmieci należałoby zbadać śmieci krakowskie co do ich palności w zimie i w lecie. Mimo zalecenia przez niemieckie Towarzystwo higieny publicznej spalania śmieci, jako pod względem higieny najracyonalniejszego sposobu niszczenia ich, czy zużytkowywania, nie uznano jednak sposobu tego za najodpowiedniejszy w miastach o liczbie ludności, niedochodzącej do 150 tysięcy, zwłaszcza jeżeli posiadają w promieniu 8—12 klm pola, nieużytki i doły, nadające się bądź do zasypania, bądź do kompostowania śmieci na nawóz. Racyonalnem zużytkowaniem tych pól podnosi się ich wartość rolniczą. Ze stanowiska higieny nie mogą być pola te w sąsiedztwie mieszkań, ani mieć stosunkowo nizkiego stanu wody gruntowej.

Ze stanowiska higieny publicznej — mieszkańców — w sprawie usuwania śmieci z miasta posiadają znaczenie najważniejsze dwie pierwsze czynności; sposób gromadzenia śmieci w domach i sposób wywozu. Sposoby zużytkowania śmieci miejskich posiadają już daleko mniej znaczenia ze stanowiska higieny, niż 2 pierwsze czynności.

Zasypywanie pól śmieciami, ich sortowanie i spalanie posiadają znaczenie higieniczne nie ze względu na ogół mieszkańców, lecz robotników czynnych przy tem zajęciu. A stwierdzić trzeba, że każdy z tych sposobów ma ze stanowiska higieny strony ujemne.

Na dowód, że spalanie śmieci miejskich nie jest instytucyą tak tanią, na którą miasta bez zastrzeżeń godzić się mogą, może posłużyć Zurych, w którym koszt urządzenia zakładu do spalania śmieci miejskich doszedł do 780.000 franków, zaś roczny wydatek za wywóz i spalanie dochodzi do 245 tysięcy, czyli fr. 1,45 na 1 mieszkańca. Sprawa sposobu zużytkowania śmieci miejskich jest znakomitym przykładem, jak w sprawach czyszczenia i wogóle higieny miejskiej nie można iść za wzorami obcymi, lecz sposób, ze stanowiska higieny racyonalny należy zastosować w mieście do jego stosunków finansowych. (Streszcze nie własne).

Kol. Janiszewski w odpowiedzi zwraca między innemi uwagę, że nowsze sposoby spalania śmieci są mniej niebezpieczne dla robotników, niż składanie śmieci.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 1. października 1909.

Na wstępie poświęca przewodniczący gorące wspomnienie zmarłym członkom Towarzystwa Andrzejowi Gońce i Józefowi Świątkiewiczowi. Następnie omawia krzywdę, wyrządzoną Polakom na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Peszcie i przedstawia w imieniu Zarządu wniosek: »Lwowskie Towarzystwo lekarskie przyłącza się do protestu, wniesionego przez Komitet słowiańskich lekarzy przeciw wykluczeniu narodów, nieposiadających samodzielności państwowej, w stałej Komisyi kongresów międzynarodowych lekarskich i upoważnia Wydział do podjęcia odpowiednich kroków«. Protest jednomyślnie uchwalono.

I. Kol. Nowicki: **Ostatnie badania nad nadnerczami.** Zaznaczywszy, że badania ostatnich lat skierowały się głównie do narządów o wydzielaniu wewnętrznem, przechodzi N. do ostatnich badań nad nadnerczami. Mówi więc o wynikach, otrzymanych przy wycinaniu nadnerczy, o znaczeniu kory i istoty rdzeniowej, o stosunku nadnerczy do układu naczyniowego (miażdżyca adrenalinowa) i do zmian jego, wspomina o przypuszczalnym stosunku omawianych narządów do pewnych schorzeń kości. Nieco szerzej omawia ciekawe wyniki badań układu chromochłonnego tak przy pewnych stanach fizyologicznych, jak i patologicznych.

II. Kol. Progulski przedstawia preparat z przypadku **zapalenia wyrostka robaczkowego** u dziecka 18-miesięcznego. W czasie operacyi znaleziono w jamie, wypełnionej treścią surowiczo-ropną, wyrostek robaczkowy przedziurawiony i kamień kałowy. Dodać należy, że choroba przebiegała pod postacią zapalenia jelit.

W dyskusyi zaznacza kol. Prof. Herman, że w danym przypadku mimo usunięcia wyrostka pozostał ropień, który następnie przebił do odbytnicy. — Kol. Nowicki przedstawia wyrostek, wycięty u młodzieńca, u którego objawy były bardzo nieznaczne, t. j. nieznaczny ból i raz ciepłota 38°, a jednak w wyrostku, przewlekle zmienionym, znajdował się w ścianie ropień, który każdej chwili groził pęknięciem i przebiciem do jamy otrzewnej.

III. Kol. O. Litwinowicz przedstawił preparat **raka górnej części przełyku**, przebijającego dużym otworem poniżej chrząstki pierścieniowatej do tchawicy. Chory umarł po wykonanej gastrostomii z wycieńczenia. Badanie wziernikiem krtaniowym w położeniu na wznak nie pozwoliło na obejrzenie tylnej ściany tchawicy. Przypadek ten wskazuje, że w podobnych razach powinno się przed przystąpieniem do ezofagoskopii wykonać tracheoskopię. — W dyskusyi mówi kol. Prof. Barącz o przecięciach przełyku z następową ezofagogastrostomią.

Posiedzenie naukowe z dnia 8. października 1909.

I. Kol. O. Litwinowicz przedstawia chorego **z zaburzeniem głosowem w rejestrze piersiowym**, które wystąpiło w 3—4 tygodnie po wydobyciu z dolnej części gardła i górnej przełyku uwięzłych sztucznych zębów. Zmiana polega na niezupełnej addukcyi lewego więzadła głosowego przy tonach piersiowych. — W dyskusyi omawia Prof. Jurasz mechanizm powstania owego zaburzenia głosowego, kol. Stachiewicz dodaje kilka uwag co do etyologii i rokowania w przedstawionym przypadku.

II. Kol. Prof. Herman: **O leczeniu zatorów tętnicy**

płucnej sposobem Trendelenburga. Prelegent mówi o etyologii zakrzepów, zestawia statystykę częstości zatorów (przyczem na jej podstawie wykazuje, że agonia trwa dość długo, tak że zabieg można wykonać), opisuje i przedstawia na rysunkach technikę przecięcia tętnicy sposobem Trendelenburga. Chociaż żaden z dotychczasowych 6 operowanych nie żył długo, prelegent radzi jednak w odpowiednich warunkach zabieg wykonywać. — W dyskusyi sądzi kol. Prof. Gluziński, że zabieg ten nie ma praktycznej wartości. Do wykonania jego potrzeba bardzo korzystnych warunków. Wystąpienie zatoru t. płucnej nie zawsze pociąga śmierć za sobą. Bardzo trudno nieraz rozstrzygnąć, czy dany zator jest czysty, czy zakażony. — Kol. Obtułowicz przytacza przypadek, opisany swego czasu w »Przeglądzie lek.«, gdzie na tle zapalenia żyły wystąpił typowy zator t. płucnej, a mimo to chory go przetrzymał.

III. Kol. Pilewski przedstawia **kamienie nerkowe** dużych rozmiarów, wydobyte u niego samego z miedniczek nerkowych i omawia przebieg swej choroby, trwającej od 20 lat.

Posiedzenie naukowe z d. 22. października 1909.

I. Przewodniczący zawiadamia, że składka, zebrana na fundusz wdów i sierót po lekarzach zamiast wieńca na grób ś. p. Józefa Świątkiewicza, wynosi 1056 koron.

II. Kol. Selzer M.: **Sprawozdanie z wyników leczenia w uzdrowisku ludowem w Hołosku.** Na wstępie omawia prelegent dzisiejsze sposoby walki z gruźlicą, dotychczasową działalność Tow. walki z gruźlicą i przedstawia czynności wstępne, oraz urządzenie uzdrowiska w Hołosku pod Lwowem. W uzdrowisku było 26 chorych, przeważnie niegorączkujących, w wieku od 15 do 30 lat. Chorzy przebywali ciągle na świeżem powietrzu, werandowali 2 razy dziennie po 2 godziny, spali przy otwartych oknach, otrzymywali 5 razy dziennie obfite i posilne pożywienie; wszystkim wstrzykiwano arszenik. Jako wynik tego postępowania stwierdzono znaczny przyrost na wadze; nadto prócz innych korzyści — największą było nauczenie się, jak należy postępować, aby stać się odpornym na gruźlicę. W końcu omawia prelegent terytoryalne warunki okolic Lwowa ze względu na zakładanie podobnych instytucyi.

III. P. Kraft: **Kilka uwag w sprawie utrzymania uzdrowisk ludowych.** Prelegent przedstawia koszta urządzenia uzdrowiska w Hołosku — w szczególności wydatki na utrzymanie budynków, inwentarza i żywienie chorych. Jeden chory kosztował 4 kor. 91 hal. dziennie; ten znaczny stosunkowo koszt poważnieby się obniżył przez wystawienie stałych budynków na 100 chorych kosztem 100.000 koron, którą to sumę możnaby uzyskać z Wydziału krajowego, Tow. przeciwgruźliczego, opłat z Kas chorych i opłat od samych chorych. Tego rodzaju uzdrowisko mogłoby być otwarte przez cały rok. W końcu podaje prelegent zestawienia, odnoszące się do uzdrowisk zagranicznych. — W dyskusyi zabierali głos: kol. Stachiewicz, Mikulski, Prof. Wiczkowski. *Nowicki.*

I. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie.

Sprawozdawca: Dr Józef Hornowski.

(Dokończenie).

Sekcya neurologiczna.

Posiedzenie d. 11. X. 1909 (poniedziałek).

1) Biro, Bychowski, Flatau i Męczkowski wygłaszają referat zbiorowy: **O nowotworach układu nerwowego.**

Biro: **O nowotworach mózgu.** Prelegent opiera się na danych z piśmiennictwa, oraz 104 własnych przypadkach nowotworów mózgu. Rozpatrując sposoby oryentowania się co do siedziby nowotworów mózgu, odstępuje B. od ogólnie przyjętego schematu. Wreszcie podaje różniczkowe rozpoznanie pomiędzy guzem mózgu, a innemi cierpieniami.

Bychowski: **Ogólna symptomatologia i terapia nowotworów mózgu.** B. omawia ogólne i miejscowe objawy kliniczne, spostrzegane przy nowotworach mózgu, mówi o trudnościach rozpoznania różniczkowego i, przechodząc do leczenia, zaznacza z naciskiem potrzebę wczesnego mechanicznego zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego: z metod w tym celu stosowanych oddaje pierwszeństwo trepanacyi paliatywnej.

Flatau: **O nowotworach rdzenia.** Dzieląc je na nowotwory kręgowe, zewnątrzkręgowe i wewnątrzkręgowe, do których należą guzy wewnątrz- i zewnątrzrdzeniowe, rozpatruje F. etyologię, powstawanie, objawy, anatomię patologiczną, rozpoznanie różniczkowe i leczenie wewnętrzne i chirurgiczne, oraz jego wyniki w każdej z tych grup.

Męczkowski: **O nowotworach móżdżku.** M. omawia nowe badania w sprawie budowy i czynności móżdżku, przedstawia obraz kliniczny, występujący przy jego nowotworach, mówi o objawach odległych, które mogą być powodem omyłek rozpoznawczych, wreszcie o rozpoznaniu różniczkowem, oraz o leczeniu.

W dyskusyi zaznaczono trudności i wadliwe rozpoznania wskutek pośpiechu we wnioskowaniu przy nowotworach mózgu (Flatau, Bregman) i rdzenia (Goldflam); przemawiano za (Biro, Gluziński, Męczkowski, Koelichen) i przeciw stosowaniu leczenia przeciwkiłowego, szczególniej rtęci; zalecano ostrożność przy nakłuciu lędźwiowem (Flatau), ale zaznaczano brak jakiegokolwiek niebezpieczeństwa przy umiejętnem postępowaniu w tym razie (Babiński); mówiono o konieczności wczesnej trepanacyi (Babiński, Bychowski, Bornstein) i o jej dobrych skutkach, z drugiej strony zaprzeczano wartości trepanacyi paliatywnej (Bregman); zwracano uwagę na objawy rdzeniowe, wywoływane przez tętniaki uciskające na rdzeń (Edw. Zieliński), oraz na objawy, wywoływane przez nowotwory nadnerczy i gruczołu tarczowego (Gluziński).

Posiedzenia z 12. X. 1909 (wtorek).

2) Prof. Bochenek: **Badania nad centralnem zakończeniem nerwów wzrokowych.** Prelegent zbadał na seryach, barwionych różnemi metodami, przebieg dróg *tractus opticus ad ganglion ectomamillare* i *tr. n. op. ad ganglion isthmi* u myszy, królika, kozy, psa, kota, oraz zachowanie się ich i stosunek do nerwu wzrokowego.

W dyskusyi zabierała głos Popławska, proponując uproszczenie badań mikroskopowych mózgu zapomocą metody przepłukiwania.

3) Nussbaum: **W sprawie wskazań do stosowania narkotyków w cierpieniach układu nerwowego.** Prelegent uzasadnia swój pogląd na ważne znaczenie środków kojących i nasennych w praktyce lekarskiej, krytykując przesadną obawę wielu lekarzy przed tymi środkami. Środki te są nietylko ważne jako środki działające objawowo, lecz i dla leczenia racyonalnego.

W dyskusyi zabierali głos Higier, Landau, Bregman, Puławski, Pawiński, Biro, bądź wykazując szkodliwość używania narkotyków, bądź obstając za stosowaniem ich *larga manu.* W odpowiedzi prelegent odpierał czynione zarzuty.

4) Tur: **Badania nad rozwojem potworności platyneurycznej.** Prelegent objaśnił, co nazywa »platyneurezyą« (nowa postać nieprawidłowego rozwoju zawiązków układu nerwowego u zarodków kręgowców; polegająca na nadmiernem rozrastaniu się na płask płytki nerwowej) i omówił spotykane tu jednocześnie anomalie utworzenia się zawiązków mięśni, serca i krążenia zarodkowego.

W dyskusyi zabierali głos Bochenek, Noiszewski i Chłapowski, który zastanawiał się, czy niema związku pomiędzy platyneurezyą, a pygomelią, często spotykaną u ptaków i kurcząt.

5) Chodźko: **O nowym objawie zaburzeń organicznych układu nerwowego.** Przy uderzeniu rękojeścią młotka w mostek następuje przy porażeniu połowiczem skurcz szeregu mięśni, głównie dwugłowego ramienia. Punktem wyjścia jest tu, według prelegenta, podrażnienie okostnej. Ch. badał w ten sposób szereg osobników. Omówiwszy oddzielne przypadki, przedstawia Ch. objaw ten na chorym.

W dyskusyi przemawiali Biro i prelegent.

6) Goldflam. **W sprawie chromania przestankowego.** Prelegent omawia rozpoznanie różniczkowe tego cierpienia, mówi o różnych postaciach natężenia chromania, o znaczeniu tętnicy grzbietowej stopy, o usposobieniu neuro- i angiopatycznem, oraz o leczeniu.

W dyskusyi mówią: Pawiński, Trzebiński, Biro i prelegent o **dusznicy bolesnej**, jej patogenezie, symulacyi, leczeniu, Gluziński o antagonizmie pomiędzy układem naczyniowym skóry i mięśni, o wpływie ruchów biernych i czynnych na układ naczyniowy, oraz o miażdżycy naczyń skóry.

7) Chłapowski: **Przyczynek do powstawania napadów stenokardyi i łagodzenia ich.** Szereg spostrzeżeń prelegenta wykazuje, że środki zmniejszające kwaśność soku żołądkowego dobrze wpływają na skrócenie napadów stenokardyi.

W dyskusyi zabierają głos: Pawiński, Goldflam, Gluziński, Trzebiński, Landau, Biro i Higier, przytaczając swoje spostrzeżenia i objaśniając w danym przypadku działanie środków zmniejszających kwaśność soku żołądkowego.

8) Bregman i Sterling: **O padaczce i stanach pokrewnych.** Bregman omawia przemianę materyi, anatomię patologiczną i objawy kliniczne, jakoteż leczenie chirurgiczne i niechirurgiczne tego cierpienia. Sterling mówi o stanach pokrewnych, padaczce i napadach Jacksonowskich, rozbierając cechy, różniące je od padaczki samoistnej, o zboczeniach czynnościowych, przebiegających pod postacią, zbliżoną do padaczki samoistnej, oraz o rozmaitych nabytych lub dziedzicznych sprawach, na tle których rozwija się później padaczka.

W dyskusyi zabierali głos: Bregman, Hornowski, Kopczyński, Bychowski, Flatau, Halban, Bornstein, Biro, Higier, Goldflam, Męczkowski i prelegenci, omawiając charakter zmian, spotykanych w korze przy padaczce, uważając je bądź za wtórne, bądź za pierwotne, mówiąc o znacznym polimorfizmie objawów padaczkowych, o stosunku do histeryi i migreny, o potrzebie zakładów dla epileptyków, o patogenezie danego cierpienia i wreszcie o różnych metodach leczenia, oceniając je krytycznie (wstrzykiwanie surowicy psów karmionych bromem, brom, odpowiednia dyeta i t. d.).

9) Pański: **O nerwicach urazowych w świetle nowoczesnych poglądów i warunków miejscowych.** Prelegent uważa nerwicę urazową za odrębny od innych nerwic typ chorób czynnościowych i uzasadnia ten swój pogląd, rozpatrując jej objawy. Niedostateczna znajomość nerwicy urazowej powoduje podejrzywanie chorych o udawanie i opóźnia wypłatę odszkodowania, które ze względu na stan chorego powinno po wypadku następować jednorazowo i szybko.

W dyskusyi mówili Luksenburg, Flatau, Konn, Męczkowski, Szuman i prelegent o objawach i trudnościach rozpoznawczych i stanowisku lekarza przy ocenie nerwicy urazowej.

10) Trzebiński: **O przerostach endoneuralnych w nerwach obwodowych.** Prelegent wykazuje na zasadzie swoich doświadczeń na królikach zależność sprawy przerostowej od ucisku na nerwy.

11) Noiszewski: **Czucie włosowe i gruczołowe.** N. omawia metody badania, objaśnia odnośne pojęcia i mówi o otrzymywanych przez siebie wynikach.

W dyskusyi zabierali głos: Pański i prelegent.

12) Noiszewski: **O siatkówce korowej.** N. omawia poglądy obecne na obręb wzrokowy kory, objawy po wycięciu tego obrębu u psa, zmiany w bezwładzie postępującym w obrębie wzrokowym kory, oraz mówi o nieprawidłowem tworzeniu wyobrażeń wzrokowych.

Posiedzenie z dnia 13. X. 1909 (środa).

13) Szpringer: **O wartości klinicznej odczynu Wassermanna w chorobach nerwowych i umysłowych.** Po uwagach wstępnych o odczynie Wassermanna, omawia S. swoje badania. Na zasadzie ich, jakoteż danych z piśmiennictwa dochodzi S. do przekonania, że występowanie odczynu Wassermanna prawie stale w płynie mózgowo-rdzeniowym wyłącznie tylko w cierpieniach parasyfilitycznych, ma znaczenie rozstrzygające dla rozpoznania wczesnych okresów spraw parasyfilitycznych i odróżnienia ich od innych cierpień układu nerwowego.

W dyskusyi mówił Rotstadt o znaczeniu próby Wassermanna, Bychowski zaś podnosił, że wiąd rdzenia nie jest sprawą parasyfilityczną.

14) Dydyński: **Badania graficzne skurczów mięśniowych w stanach normalnych i patologicznych. O odczynie zwyrodnienia na podstawie badań myograficznych.** Metodyka badań prelegenta różni się tem od dotąd używanej, że prelegent brał na uwagę krzywe dwóch szybko po sobie następujących skurczów mięśniowych. Dzięki temu, powiodło się prelegentowi wykazać różnice w krzywych takich szybko po sobie następujących skurczów, tak w stanach prawidłowych, jak i patologicznych mięśnia. W stanach chorobowych okres utajonej energii w skurczu drugim jest dłuższy, a wysokość fali spada w porównaniu z falą pierwszą (wprost odwrotnie w stanach prawidłowych). Zdarza się to, gdy dany mięsień wykazuje odczyn zwyrodnienia.

15) Rotstadt: **O potrzebie ustalenia metody badania mięśni patologicznych.** Prelegent omawia metodę badania włókna mięsnego Schifferdeckera, która stanowi ogromny postęp, gdyż poprzednie wszystkie badania histologiczno-patologiczne w tym zakresie miały charakter dowolny i nieścisły.

16) Orzechowski: **Spostrzeżenia kliniczne z zakresu porażenia okresowego kończyn.** Prelegent omawia spostrzeżenia kliniczne dwóch przypadków okresowego porażenia kończyn. U obu chorych dało się wykazać t. zw. »silny adrenalinowy odczyn«, przyczem już nawet po małych dawkach występował typowy, mniej lub więcej silny napad. Z drugiej strony chorzy znosili dawki pilokarpiny do 0·04 bez przypadłości sercowych i podmiotowych; w napadach podawana pilokarpina osłabiała ich nasilenie i skracała je. O ile te doświadczenia stwierdzają istnienie stanu wzmożonej pobudliwości w układzie współczulnym u chorych na porażenie okresowe, to z drugiej strony objawy towarzyszące samoistnemu napadowi, jak zwolnienie tętna, pocenie się i t. d. przemawiają za wzmożeniem napięcia (*tonus*) w układzie autonomicznym. Gdy więc zdaje się nie ulegać wątpliwości, że napady porażne są wypływem samozatrucia, należałoby sprowadzić je do gruczołu wewnętrznego wydzielania o charakterze mieszanym: i autonomicznym, i współczulnym.

W dyskusyi zabierali głos: Flatau, Biro i Kopczyński, który radzi ostrożność co do stosowania pilokarpiny.

17) Kopczyński: **O postępującym połowiczym zaniku twarzy.** Prelegent opisuje 5 przypadków tego cierpienia, mówi o jego rzadkości, istocie, poddaje krytyce różne teorye i poglądy na to cierpienie, omawia stosunek jego do innych chorób, wreszcie wspomina o metodach leczniczych.

W dyskusyi zabierali głos: Chłapowski, Pański, Nusbaum, Biro i prelegent.

18) Leśniowski: **W sprawie gruczołów przytarczyczaych.** Prelegent omawia wyniki ostatnich badań.

W dyskusyi zabierali głos Orzechowski i Bochenek, który mówił o niezależności tych gruczołów w rozwoju embryologicznym.

19) Zylberblastówna: **O t. zw. „Syndrome thalamique“.** Prelegentka omawia objawy tego cierpienia i objaśnia powstawanie objawów, oceniając krytycznie różne poglądy. »Syndrome thalamique« stanowi niewątpliwie jednostkę chorobową oddzielną.

20) Bochenek przedstawia pracę p. Macieszyny: **O drogach wychodzących ze wzgórków czworaczych.**

21) W. Łapiński: **Ortopedyczno-chirurgiczne leczenie porażeń spastycznych u dzieci.** Prelegent omawia symptomatologię, etyologię i anatomię patologiczną porażeń kurczowych, mówi o wskazaniach i celach terapeutycznych, oraz o stosowaniu zabiegów mechanoterapeutycznych, chirurgicznych, jako też o ich wynikach.

W dyskusyi Pański wykazywał braki i wady metody ortopedyczno-chirurgicznej, na co odpowiadał prelegent, odpierając zarzuty.

22) Puławski: **Rokowanie i leczenie w chorobie Basedowa.** Na podstawie danych z piśmiennictwa, oraz własnych 126 przypadków uważa P. rokowanie w tej chorobie za stosunkowo dobre. P. poddaje krytyce poszczególne metody i środki leczenia. Najlepsze z nich — to psychoterapia, arsen, elektryzacya, jakoteż zabieg operacyjny.

W dyskusyi podnosili Biro, Bronowski, Chłapowski, że wbrew utartemu mniemaniu choroba Basedowa nie jest nieuleczalna.

Z XVI. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Zapalenie wyrostka robaczkowego.

Podał **Dr E. Stahr.**

Wykłady o zapaleniu wyrostka robaczkowego zapowiedziano w różnych sekcyach: medycyny wewnętrznej, chirurgii i ginekologii. Otóż komitet wykonawczy powziął szczęśliwą myśl zebrać te wykłady w oddzielną grupę i przeznaczył dla nich osobne dwa przedpołudnia.

Pierwszy mówił **o leczeniu wewnętrznem zapalenia wyrostka** Prof. Lenhartz z Hamburga. Zebrał on 1600 spostrzeżeń w ciągu 15 lat w szpitalu hamburskim (Eppendorf):

Orth, Fraenkel, a w szczególności Aschoff sprostowali niejedno błędne zapatrywanie w sprawie zapalenia wyrostka. Dowiedli oni, że najmniej 10% usuniętych wyrostków było zupełnie zdrowych. Pośród ludzi 60—70-letnich 3/4 do 4/5 raz w życiu przechodziło zapalenie wyrostka robaczkowego. Odpowiednie leczenie wewnętrzne może wedle Aschoffa sprowadzić zupełne uleczenie. Riedel i Sprengel zalecają wczesną operacyę; wtedy śmiertelność ma wynosić 1—2%, jeśli operacyi dokonano w pierwszym dniu, 2—5% w drugim dniu, 10—12% w 3-cim dniu. Ale czyż można odrazu w pierwszym dniu ustalić rozpoznanie? Czyż więc należy wszystkich naszych chorych odrazu odsyłać do chirurga, czy też trzeba oddzielać przypadki łagodne od ciężkich? Wedle zdania wielu chirurgów (Rotter-Körte) i także wedle osobistego doświadczenia Lenhartza, podział ten jest bardzo często niemożliwy. W 20% przypadków przebiega choroba od początku nieuchwytnie, niejako podstępnie tak, że niemożliwe jest mieć pewność co do dalszego przebiegu (Rotter). Skrajnie myślący chirurdzy polecają operować z miejsca każdego chorego na ostre zapalenie, u którego można jeszcze wyczuć tętno. Tak postępując, ma Riedel na 639 ciężkich przypadków 73% śmiertelności, zaś 53% śmiertelności pośród 541 przypadków, przebiegających łagodnie. Z drugiej strony Sonnenburg miał w leczeniu w r. 1907 128 przypadków ciężkiego zapalenia: 56 operował odrazu ze śmiertelnością 7%; 72 osób leczył sposobem wyczekującym i ci wyzdrowieli wszyscy. A więc i między chirurgami nie ma zgody co do postępowania.

Na podstawie doświadczenia osobistego zapewnia Lenhartz, że rychłe usunięcie wyrostka nie jest też zupełnie wolne od niebezpieczeństw, jak to zapewniają chirurdzy. Pośród 57 jego chorych, operowanych rychło, w okresieod 1. stycznia 1905 do 15. sierpnia 1909 wynosiła śmiertelność okrągło 7%. W szpitalu eppendorfskim na 117 operacyi w r. 1908 wynosiła śmiertelność tylko 1,7%, ale jak dowodzi doświadczenie, 10 razy na sto usuwano wyrostek zdrowy, a z pośród reszty, 45—50% byłoby przebiegało pomyślnie i przy leczeniu wewnętrznem. Mylą się chirurdzy w swoich statystykach, z drugiej strony i wyniki leczenia wewnętrznego nie bywają doceniane. Bo czyż nie należy wliczyć do niebezpieczeństwa zabiegu wczesnego i tych przypadków, w których błąd w rozpoznaniu skończył się operacyą? Usuwa się zdrowy wyrostek, a potem chory ginie. To samo się wydarza i w ostrych schorzeniach niewieściego narządu rodnego, żołądka, wątroby, nerek, jelit i t. d. Ale spostrzeżenia te nie figurują wcale w statystykach chirurgów, ponieważ nie podpadają pod rubrykę zapalenia wyrostka. Czy więc te pomyłki rozpoznawcze i niebezpieczeństwa zabiegu nie powinny zachęcać do czekania? Kiedy chodzi o ropnie ostre okołokątnicze, to wtedy zabieg rychły wydaje, o ile się zdaje, wyniki lepsze, niż w innych razach. A jednakże bardzo wysoka śmiertelność (24% w 78 przypadkach operowanych od 1905 do 1908) skłoniła Lenhartza do nakłuwania ropnia dla jego opróżnienia. Wyniki w 125 przypadkach otrzymał L. korzystne. W innych 42 przypadkach nakłuwał częściowo i kilkakrotnie, a wreszcie nieco później nacinał, jednak bardzo nieznacznie. Wszyscy ci chorzy wyzdrowieli. Wyniki nakłuwania są często zdumiewające, bardzo często natychmiast ustępują bole, zmniejsza się naciek, gorączka opada. Tętno i leukocytoza zmieniają się na korzyść. Nakłuciem można dobyć 10, 20, 50 cm^3 ropy, a nierzadko 100, 200, nawet 400 cm^3. Nieraz obok kilku cm^3 ropy, dobędzie się wielka ilość gazu, a i wtedy często występuje nadzwyczajna poprawa.

Czy należy choremu uleczonemu z jednego napadu radzić zabieg w czasie wolnym od napadu? Chirurdzy są przeważnie zdania, że wyrostek, który raz chorował, należy bezwzględnie usunąć. Jednakże ze spostrzeżeń Aschoffa wynika, że niebezpieczeństwo następnych napadów jest mniejsze, niż to przypuszczają chirurdzy. I Lenhartza przekonało wiele przypadków, że zwykła operacya na zimno nie jest również pozbawiona niebezpieczeństwa.

W przypadkach ostrych, których rozpoznanie jest pewne, zdaje się słuszną rzeczą radzić rychłą operacyę. Im napad świeższy, tem prędzej należy postanawiać zabieg. Jeśli jednak bole się wzmagają i odzywają za najmniejszym uciskiem palcami, wtedy należy myśleć o poważniejszem zajęciu otrzewnej, szczególniej, jeśli minęły już 2 dni, albo też wyrostek już jest tak zmieniony, że zabieg może sprowadzić ogólne zakażenie otrzewnej. A wtedy bezwzględny spokój w łóżku i najściślejsza dyeta dadzą najlepsze wyniki. Jedna rzecz, której się należy wtedy obawiać, to ropień okołokątniczy. Jeśli się tworzy, należy radzić otwarcie i to jak najrychlej, szczególniej jeśli ropnie są wielkie i wyraźnie chełboczące. Wyrostka się nie usuwa, chyba że samorodnie się oddzieliwszy, wpadnie do ropnia.

Zajęcie otrzewnej radzi L. leczyć w następujący sposób: w najłagodniejszem zajęciu ropnem otrzewnej, powstającem powoli, można się spodziewać dobrego wyniku z opróżnienia jedynego ogniska, dobrze ograniczonego. Druga postać zapalenia otrzewnej bywa wynikiem przedziurawienia wyrostka, uległego zgorzeli. Sprawa obejmuje wtedy w krótkim czasie całą otrzewnę. Napotyka się wtedy płyn przeważnie posokowaty. Tej odmiany obawiano się najbardziej do ostatnich czasów z powodu jej złośliwości. Jednakże dzisiaj już nie ulega wątpliwości, że i wtedy może jeszcze nastąpić poprawa. Pewność tę zawdzięczamy Rehnowi, Noetzlowi, a w szczególności Kotzenbergowi. Usunięcie wyrostka, gruntowne przepłukanie wodą słoną i założenie drenów (szklane rurki Dreesmanna) obniżyło śmiertelność z 80% na 30%.

Lenhartz zwraca jeszcze uwagę na doniosłość leżenia w łóżku i ścisłej dyety. Zależnie od nasilenia przypadku zaleca L. wyłącznie herbatę, koniak, a nawet przez 1—3 dni wstrzykiwania surowicy. Opróżnienie jelit z gazów jest konieczne. Dla złagodzenia bolów należy podawać sporo makowca, na ogół jednakże makowiec nie jest konieczny, a szczególniej unikać należy dawek wysokich, wywołujących porażenie i rozdęcie jelita. Często, idąc za radą Sonnenburga, podawał L. olej rącznikowy i niejednokrotnie, szczególniej w przypadkach lekkich (zwykłego zapalenia wyrostka), otrzymywał prawie natychmiastową poprawę, tylko dwa razy miał zły wynik. Byłoby niebezpiecznem podawać olej w każdym przypadku; co jest możliwe w szpitalu, nie nadaje się bez zastrzeżeń do praktyki wogóle.

Na 491 chorych od r. 1905 do 1908 miał L. ogólną śmiertelność 5,9%, jeśli wliczyć 79 przypadków operowanych, to tylko 2,9%; chirurdzy zaś na 1245 ogłoszonych przypadków mieli śmiertelności 6,1%.

O rychłej operacyi w toku zapalenia wyrostka mówił Sonnenburg z Berlina i twierdził, że rychła operacya stanowi najlepsze leczenie zapalenia wyrostka, gdyż niszczy zło u źródła i leczy chorego w najkrótszym czasie.

Odmiany kliniczne zapalenia wyrostka są liczne. Zapalenie nieżytowe może się wyleczyć samo zupełnie, jednakże kończy się najczęściej zwężeniem i zrostami, postać zaś złośliwa, rozpadowa, przechodzi w wrzody i zgorzel. Przedewszystkiem trzeba umieć prędko sprawę rozpoznawać. Im większa i im rychlejsza leukocytoza, tem zakażenie cięższe. Im więcej ciałek jednojądrzastych, tem ostrożniej należy rokować (Kothe). Tego objawu nie ma nigdy w t. z. »appendicitis nervosa« u histeryczek. Tu nie potrzeba żadnego zabiegu. Zabieg powinno się zachowywać dla tych przypadków, w których charakterystyczne objawy miejscowe i ogólne dowodzą napewno ciężkości zakażenia. Z objawów miejscowych należy zwrócić uwagę przedewszystkiem na oporność mięśni brzucha, na samoistny ból, na tkliwość na ucisk. Jeśli cały brzuch staje się tkliwym, to znaczy to, że zajęta jest otrzewna, a jeśli gorączka dochodzi 38°, tętno 112 uderzeń, liczba leukocytów 22.000, należy co rychlej operować. Jeśli przeciwnie ciepłota nie dochodzi 37·5°, tętno 92 uderzeń, a leukocytoza 15.000, to można zabieg odłożyć. W tych właśnie ostatnich przypadkach środek przeczyszczający, odpowiednio zastosowany, przyspiesza wyleczenie. S. poleca obecnie olej rącznikowy, jako środek, który prędko sprowadza opróżnienie wyrostka i jelita. Chory czuje ulgę; ból za uciskiem ustaje. Jeśli środek przeczyszczający nie działa, lub chory go zrzuci, albo jeśli nie zjawia się żaden ruch robaczkowy, nie należy zwlekać z operacyą. Następnie omawiał S. niektóre punkty techniki operacyjnej. Operacye, dokonane już po 48 godzinach od napadu, przebiegają mniej korzystnie. Zresztą dużo przypadków goi się bez nawrotu; na 210 operowanych z początku zmarło 13, 201 chorych leczonych bez operacyi wyzdrowiało.

Na ten sam temat mówił Charles Walther z Paryża: Po pierwszym okresie prób, doświadczania i zwlekania podzielili się chirurdzy na 3 grupy. Pierwsi, t. zw. »interwencyoniści«, przyjęli za regułę swego postępowania prostą formułę: »każdy przypadek zapalenia wyrostka, w każdym okresie, należy operować z chwilą ustalenia rozpoznania«; drudzy, »abstynencyoniści«, stwierdziwszy częste pogorszenia po zabiegu, a z drugiej strony uleczenia bardzo ciężkich przypadków przez skrupulatne stosowanie leczenia wewnętrznego, doszli do wniosku, że lepiej jest nie operować w okresie ostrym, chyba dla otwarcia ropnia lub w niektórych przypadkach gwałtownego zakażenia, gwałtownego od pierwszej chwili; wreszcie trzeci, »opportuniści«, twierdzą, że należy indywidualizować, i nie stawiają ogólnej reguły. Z bie-

giem czasu wyłoniło się zasadnicze przekonanie, że zabieg chirurgiczny szczególniej polecać należy z początkiem napadu, w pierwszej dobie, a nawet i w dobie drugiej, że jednakże od 3. dnia począwszy zabieg jest już poważny. W. mówił dalej o sposobach rychłego rozpoznawania i o najlepszych sposobach operowania. Wreszcie przedstawił własną statystykę z lat 10; obejmuje ona 780 operacyi z 20 zejściami, co czyni 2,56% śmiertelności.

1) Zabiegów na zimno z powodu zapalenia nawracającego się lub dla zapalenia przewlekłego, często wikłającego się innemi schorzeniami, dokonał 415: wyleczył 412, zmarło 3, ogólna śmiertelność 0·72%.

2) Zabiegów na zimno zaraz po ostrym napadzie wykonał 309: wyleczył 308, umarła 1 osoba, śmiertelność = 0,30%.

3) Na gorąco operował 56; wyzdrowiało 40, zmarło 16, śmiertelność wynosi 28,57%.

W. w dalszym ciągu chce mówić tylko o 2 ostatnich grupach. Pokazują one, że na 365 chorych, dotkniętych ostrem zapaleniem mniej lub więcej ciężkiem, 56 musiało być operowanych na gorąco, zaś reszta 309 mogła być leczona środkami wewnętrznymi, przejść ostry napad i mogła być potem operowana na zimno. Nie ulega wątpliwości, że gdyby W. był widział wszystkich chorych z początkiem napadu, to statystyka operacyi na gorąco byłaby większa i prawdopodobnie śmiertelność z operacyi na gorąco o wiele mniejsza.

Na owych 56 operacyi wykonanych na gorąco, dokonano w pierwszych 6 godzinach po napadzie 6, wyzdrowiało 6, zmarło 0; od 12—18-tej godziny po napadzie 5, wyzdrowiało 5, zmarło 0; od 18—24-tej godziny po napadzie 2, wyzdrowiało 2, zmarło 0; od 24—36-tej godziny po napadzie 6, wyzdrowiało 5, zmarł 1 (16,66% śmiertelności). Tę śmierć wywołała zgorzel wyrostka i ogólne zapalenie otrzewnej.

Począwszy od 36-tej godziny podnosi się znacznie śmiertelność. Od 36—48-mej godziny operowano 4, wyzdrowiał 1, zmarło 3, śmiertelność 75%; od 48—72-giej godziny operowano 5, wyzdrowiało 3, zmarło 2, śmiertelność 43%. Sumując te liczby, stwierdzamy, co następuje: W pierwszych 24 godzinach śmiertelność = 0; w pierwszych 36 godzinach zmarło 5,5%; w 48 godzinach operowani dali śmiertelność 18,18%, zaś w 72 godzinach 22,22%. Statystyka ta naocznie dowodzi, że najlepsze wyniki daje zabieg, dokonany w pierwszych dwu dobach, a nawet w 36 godzinach.

Zestawiając dane z przed roku 1905 i po roku 1905 doszedł W. do następujących wyników.

1) W okresie lat 6 (1899—1905) leczono **166** przypadków ostrych: **138** operowano na zimno zaraz po uleczeniu z napadu ostrego: 137 wyzdrowiało, 1 zmarł (zator w 10. dniu); **28** operowano na gorąco, wyzdrowiało 16 osób, zmarło 12, czyli śmiertelność operacyjna wynosi 42,91%. W odniesieniu do wszystkich 166 przypadków ostrych śmiertelność ogólna wynosi 7,83%.

2) W okresie po r. 1905 leczył W. **199** przypadków ostrych: **171** operował na zimno zaraz po uleczeniu z napadu ostrego i wyzdrowieli wszyscy operowani; zaś z 28 operowanych na gorąco zmarło osób 4, czyli śmiertelność operacyjna wynosi 17,85%, a w odniesieniu do wszystkich 199 przypadków ostrych śmiertelność ogólna wynosi 2,01%.

Biorąc w rachubę tylko ostatnie 2 lata (1908 i 1909) można się przekonać, że przypadków ostrych było 62; zabiegów na zimno »po ochłodzeniu« 54, uleczeń 54; zabiegów na gorąco 8, uleczeń 8. Lepsze wyniki ostatnich czasów odnosi W. do postępów w technice i do tego, że coraz częściej zgłaszają się chorzy wczas i są w odpowiedniej chwili operowani. Im lepiej nauczymy się rozpoznawać okresy zwiastunowe, tem też lepsze w przyszłości będziemy mieć wyniki. Dowodzi tego fakt, że przytoczone w statystyce W. przypadki toksemiczne, bardzo ciężkie, operowane rychło, wszystkie wyzdrowiały (5 było operowanych w pierwszych 6 godzinach, 3 w 12—18 godzinach i 1 z końcem 36 godzin). A są to postacie tej choroby najcięższe i trudne do rozpoznania; objawiają się one tylko przyspieszeniem tętna, rosnącem z godziny na godzinę, przyczem tętno staje się coraz słabsze i mniej regularne, i to bez żadnej gorączki, a nawet wśród opadania prawidłowej ciepłoty, i bez objawów miejscowych. Żeby rozpoznać dobrze w takim przypadku, trzeba o tych objawach wiedzieć i pamiętać i bardzo szczegółowo chorego obserwować. Jeśli takiego chorego nie operuje się natychmiast, zakażenie postępuje gwałtownie i chory ginie w 1—2 dniach w zapadzie z niską ciepłotą, z niedającem się policzyć tętnem i oziębieniem kończyn. Rychła operacya może uratować i takie bardzo ciężkie przypadki.

O zapaleniu wyrostka i schorzeniu przydatków wykładał Paweł Segond z Paryża. Wedle S. zupełnie nie wpłynęły na ogólne wskazania do zabiegu operacyjnego nasze nowe wiadomości o stosunku wzajemnym zapalenia wyrostka do schorzenia przydatków, i to zarówno, co się tyczy guzów przydatków lub ciąży zewnątrzmacicznej, jak i ropienia w zakresie miednicy.

Prof. Andrea Ceccherelli z Parmy, zabierając głos w dyskusyi, podnosi, że chirurg nie może i nie powinien mieć stałej i niezmiennej reguły co się tyczy operacyi wyrostka, bo różne są wskazania. Przedewszystkiem należy sobie uprzytomnić, że zabieg jest tylko wtedy doszczętnym, kiedy można usunąć wyrostek, a to nie zawsze jest rzeczą możliwą i łatwą, a więc rzeczą bezpieczną, chyba że się operuje z początkiem napadu i kiedy wyrostek jest »ochłodzony«. Najlepiej i dla chirurga i dla chorego jest operować wyrostek »zimny«, a najłatwiej do tego wiodą bezwzględny spokój i ciągłe i obfite stosowanie okładów lodowych. Chirurg powinien od samego początku napadu pilnie spostrzegać chorego, jeśli nie może dokonać zaraz operacyi. W razie najmniejszego nasilenia objawów powinien chirurg operować, gdyż to dowodzi, że stosunki anatomo-patologiczne w wyrostku się pogarszają i wyrostek wtedy już nie jest tylko zapalony, ale przedziurawiony, uległ zgorzeli, albo ta sprawa zapalna co najmniej szerzy się na otoczenie; a wtedy czekać, znaczyłoby pozwolić na ciężkie powikłania, wyłączające zabieg doszczętny i nie dające rękojmi pewnego wyleczenia.

Potherat (Paryż) podnosi, że cały świat godzi się dziś na to, że tylko usunięcie wyrostka, z samego początku choroby dokonane, usuwa chorobę w zupełności. Czy tylko operować na zimno? Wszak operacya na zimno nie jest w zupełności pozbawiona pewnych niedogodności i niebezpieczeństwa. Wobec ostrego napadu nie należy czekać na niespodzianki, które mogą być liczne, zarówno miejscowe, jak i ogólne, i które mogą być i śmiertelne. Byłoby grzechem na nie czekać, skoro je można powstrzymać. Czekając, można się doczekać raka wyrostka, który zdarza się częściej, niż się pospolicie przyjmuje. Leczenie wewnętrzne jest czysto objawowe, podawanie makowca nie jest bez zarzutu, a przydługa dyeta ścisła może sprowadzić śmierć przez wycieńczenie i zapad. Usunięcie wyrostka i poza 48 godzinami, licząc od początku napadu, jest usprawiedliwione; im cięższe zakażenie, tem większą podstawę ma zabieg. P. na 500 przypadków od r. 1903 do 1909 miał tylko 17 zejść śmiertelnych; jest stanowczym zwolennikiem rychłego zabiegu, nawet w okresie ostrym, a na zimno operuje, kiedy widzi chorego w przerwie między napadami.

Pierre Delbet zaznacza, że operować powinno się w zasadzie nie po, ale przed napadem. Do wyjątków bowiem należy, żeby ktoś odrazu dostawał ostrego napadu; zwykle już poprzednio ma przeróżne dolegliwości, tylko trzeba na nie zwracać uwagę. A czy rozpoznawszy napad ostry, należy odrazu operować? Otóż faktem jest, że chorzy umierają, bo się ich nie operuje; ale nie należy sobie wyobrażać, że się ratuje życie wszystkim tym, u których znajduje się ropę około wyrostka. Na 236 chorych operowanych po »oziębieniu zupełnem« znalazł D. 34 razy ropę około wyrostka. Pośród tych 34 przypadków 8 razy był wyrostek przedziurawiony, a 2 razy znalazł D. wolny kamyk w ropie. Jak z jednej strony umierają chorzy, bo się ich nie operowało, — tak z drugiej strony giną niektórzy, bo się ich operuje. Jest błędem odnosić do schorzenia wyrostka wszystkie przypadłości, które się zjawiają w toku zapalenia wyrostka. Bywają chory, u których zakażenie zajmuje równocześnie i wyrostek i drogi żółciowe, to też wyłuszczanie u tych chorych wyrostka, który często sam jest nieznacznie zajęty, który nie wywołuje podrażnienia otrzewnej, nie może w niczem mieć wpływu ani na stan ogólny, ani na zakażenie wątroby. A przeciwnie, zabieg tym chorym tylko szkodzi.

Jednem słowem są takie zapalenia wyrostka, które należy operować na gorąco — ale są i takie, o których powinien chirurg wiedzieć, że ich nie wolno operować na gorąco, a wreszcie są takie, a tych bywa najwięcej, które można operować na gorąco, lecz autor twierdzi, że jest lepiej operować je po zupełnem »ochłodzeniu«. — Wyjątkowo można operować w pierwszej dobie. Potem często musi się zakładać dreny, a wtedy często przychodzi do wypadania trzew (*eventratio*). Wogóle za mało zajmują się chirurdzy sprawą blizny pooperacyjnej; a przecie przepuklina po zabiegu nie jest rzeczą obojętną. D. zwraca uwagę, że u żadnego z jego chorych operowanych na zimno nie wytworzyła się przepuklina. — W jaki czas po napadzie należy operować? Doświadczenie pouczyło autora, że najlepszym czasem jest okres od 15-go

do 20-go dnia po powrocie ciepłoty do poziomu prawidłowego. W tym czasie operował D. 67 chorych ze znakomitym wynikiem, chociaż u 9 znalazł ropę koło wyrostka.

Segond z Paryża podnosi korzyści rychłego leczenia doszczętnego. — Hartman z Paryża miał znakomite wyniki z operacyi rychłych i godzi się z tymi, którzy chcą operować każdy przypadek zapalenia wyrostka, rozpoznanego w pierwszych dwu dobach. — Schnitzler z Wiednia jest większym eklektykiem i sądzi, że tylko pewna liczba chorych powinna być operowana i to tylko w takim razie, jeśli rozpoznanie postawiono wcześnie. — Fabricius z Wiednia przemawia za operacyą. — Murphy z Chicago operuje tylko przypadki ostre w okresie początkowym. — Kümmel z Hamburga jest zwolennikiem metody, która polega na operowaniu prawie każdego przypadku, należycie rozpoznanego. — Bourget z Lozanny nie uważa operacyi za konieczną i twierdzi, że środkami wewnętrznymi otrzymywał lepsze wyniki, niż chirurdzy przez operacyę.— Boero z Buenos-Ayres i Rivière z Paryża są także zwolennikami leczenia wyłącznie wewnętrznego. — Hagen-Dorn z Petersburga operuje tylko poszczególne, wybrane przypadki i tylko w pierwszych okresach. — Lucas Championnière z Paryża rozumie, że młodzi chirurgowie chętnie używają noża, jednakże przypadki należy indywidualizować i operować wyłącznie tam, gdzie zabieg wskazany. Metodę Lenhartza nakłuwania ropni L. potępia. — Wohlgemuth i Sonnenburg z Berlina również potępiają nakłuwanie ropni. — Wolff z Poczdamu uważa za konieczne wyłuszczanie wyrostka, nawet w przypadkach ropnych. Lenhartz streszcza całą dyskusyę i wywodzi, że jego wyniki są lepsze, niż wyniki najwprawniejszych chirurgów. — Walther mimo wszystko podtrzymuje swoją zasadę rychłego zabiegu.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Postępy organizacyi lekarskiej w Galicyi. Lekarze tarnowscy wraz z licznie przybyłymi kolegami z miast pobliskich odbyli w dniu 24. października b. r. zgromadzenie w Tarnowie celem zastanowienia się nad sprawą organizacyi, oraz przystąpieniem do Związku krajowego lekarzy. Przewodniczącym zebrania obrano Dra Walczyńskiego. Z ramienia wydziału Związku przybyli na to zebranie z Krakowa Prof. Ciechanowski i Dr Weinsberg. Po ożywionej dyskusyi, w której wszyscy mowcy podnosili konieczną potrzebę organizacyi lekarzy, uchwalono gremialnie przystąpić do Związku krajowego lekarzy i w najbliższej przyszłości założyć w Tarnowie »Koło« Związku. *W.*

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: Dr Dzikowski, Eberson, Fürbek, Kalisz, Karaś, Pilzer, Stronczak, Szatkowski i Walczyński z Tarnowa, Biesiadzki i Mydlarski z Pilzna, Mańkowski z Ciężkowic, Łowczowski z Wojnicza, Ameisen z Nowego Sącza. *W.*

W sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej lekarzy okręgowych odbyło się w dniu 21. października b. r. we Lwowie posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej wsch.-galicyjskiej (kol. Papée, Kohlberger, Mikołajski) ze współudziałem prezydenta Izby zach.-galic. kol. Schönguta, radcy dworu Dr Merunowicza i Wydziału Związku lekarzy okręgowych (kol. Gilnreiner, Ferensiewicz, Klęsk, Zasacki). Przechodząc po kolei paragrafy ustawy emerytalnej, przeprowadzono obszerną dyskusyę nad mającem się wydać rozporządzeniem wykonawczem. Uchwalono, aby Wydział Związku lekarzy okręgowych na podstawie tej dyskusyi wygotował referat i przesłał go Izbie lekarskiej wsch.-galicyjskiej w celu zredagowania przez nią i podania memoryału do Namiestnictwa i Wydziału krajowego. W ciągu dyskusyi wyłoniła się godna uwzględnienia myśl, podana przez kol. Mikołajskiego, aby Związek lekarzy okręgowych przez Wydział krajowy postarał się o uznanie przez rząd ustawy emerytalnej (po uczynieniu w niej ewentualnych zmian) za »umowę zastępczą«, tak aby lekarze okręgowi nie byli zmuszeni dodatkowo ubezpieczać się w rządowym zakładzie pensyjnym wiedeńskim. *Dr Z.*

XIV. Wiec Izb lekarskich austryackich odbędzie się 25. i 26. XI. b. r. w Wiedniu. Oprócz sprawozdań z czynności Wydziału Izb i Izby gospodarczej i wyborów, obejmuje porządek dzienny sprawy następujące: 1) Nowy projekt ustawy karnej. 2) Sprawa specyalistów i tytułów. 3) Państwowa ustawa o chorobach zakaźnych. 4) Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem. 5) Bezpłatne leczenie emerytów kolei południowej. 6) Różnice taksy leków i norm kas chorych. 7) Reforma taryfy sądowo-lekarskiej (Izba wschodnio-gal.). 8) Bezpłatne leczenie członków Towarzystw humanitarnych w zdrojowiskach. 9) Przyjmowanie posad w kasach chorych przez sekundaryuszy. 10) Dopuszczalność praktyki lekarzy bawiących na urlopie w zdrojowiskach (Izba zach.-gal.). 11) Reforma państwowej ustawy sanitarnej. 12) Opodatkowanie środków tajnych i specyfików. 13) Wynagradzanie orzeczeń lekarzy więziennych o uszkodzeniach więźniów (Izba zach. gal.). 14) Wynagradzanie lekarzy ordynujących za wypełnianie doniesień o nieszczęśliwych wypadkach w przemyśle. 15) Nadużycia recept na środki silnie działające. 16) Kontrakty lekarzy i kas chorych. 17) Wynagrodzenie lekarzy cywilnych za leczenie żołnierzy (Izba zach. gal.). 18) Stosunek lekarzy do Tow. ubezpieczeń. 19) Opodatkowanie lekarzy. 20) Rezolucya w sprawie techników dentystycznych. 21) Przedstawicielstwo lekarzy-praktyków w Najwyższej Radzie Zdrowia. *R.*

XVII. Wiec Związku stowarzyszeń lekarskich austryackich (Aerztevereinstag) odbędzie się 23. XI. b. r. w Wiedniu. *R.*

Organizacya lekarzy czeskich związała się z Państwowym Związkiem organizacyi lek. austr. przez układ, mający na celu jednolite postępowanie w sprawach stanu lekarskiego w Austryi i strzeżenie jego interesów w zakresie ustawodawczym i przez organizacyę. Do Związku państwowego należą już organizacye lekarzy niemieckich, polskich i słoweńskich, przystąpi zaś wkrótce organizacya lekarzy włoskich. Przez sojusz z organizacyą czeską ukończone zostało dzieło zjednoczenia wszystkich lekarzy w Austryi, wobec czego żądania lekarzy w sprawie ubezpieczenia społecznego będą mogły być z naciskiem poparte. Zjednoczeni dla wspólnych celów lekarze austryaccy pracować będą około polepszenia swego bytu, pozostawiając na uboczu wszelkie względy polityczne. *R.*

Walne Zebranie Związku państwowego lekarzy rządowych austr. odbyło się 15. i 16. X. w Wiedniu. Na porządku dziennym były wykłady prof. Schattenfroh: O zwalczaniu epidemii, dra Kutschery: O matołectwie, dra Gąsiorowskiego (ze Lwowa): O czerwonce, prof. Haberdy: O nagłej śmierci, dra Wintera, Böhma i Reisingera: O ustawie przeciwepidemicznej, dyr. dra Hofmokla i dra Strassa: O ubezpieczeniu społecznem i kilka innych. Jak stwierdzają pisma lekarskie wiedeńskie, Zjazd był doskonale zorganizowany przez prezydyum, do którego z Galicyi należy jako wiceprezes dr Wł. Czyżewicz.

Na uwagę zasługują uwagi krytyczne referentów, którzy omawiali projekt ustawy o chorobach zakaźnych. Jako główne wady podnoszono: Brak dokładnych postanowień o asanacyi, pominięcie sprawy szczepienia ospy, gruźlicy, kiły, gorączki połogowej i jaglicy, brak przepisów, któreby ułatwiły zwalczanie odry, krztuśca, grypy i t. p. chorób zaraźliwych, a nie podlegających obowiązkowi donoszenia, brak nakazu, by o doniesieniu o chorobie zawiadamiano niezwłocznie lekarza urzędowego, brak postanowienia, że odkażanie ma być zawsze bezpłatne. Ustawą powinno być objęte kształcenie służby dezynfekcyjnej i tworzenie szpitali izolacyjnych w każdym powiecie (nie w każdej gminie). Nakaz, aby przed zamknięciem przedsiębiorstw przemysłowych zapytywać inspektora przemysłowego, powinien być zniesiony. Pozwolenie na przywóz szmat i t. p. powinno zawsze (a nie tylko przy wybuchu epidemii ospy i wąglika) zależeć od przedłożenia dowodu należytego odkażenia. Nagrody dla lekarzy za skuteczne zwalczanie epidemii oznaczono za niskie; lekarze, zajęci przy zwalczaniu, powinni otrzymywać pełne dyety. Ustawa powinna przyznawać odszkodowanie osobom odosobnionym przymusowo, za utratę zarobku. W projekcie ustawy nie odgraniczono dostatecznie kompetencyi władz rządowych i autonomicznych (gmin). Jeżeli sprawa kosztów odkażania nie będzie w ustawie lepiej uregulowana, to przepisy o odkażaniu, zawarte w projekcie nowej ustawy, pozostaną na papierze. Do narad nad rozporządzeniem wykonawczem powinni być wezwani także przedstawiciele lekarzy urzędowych, bo ci właśnie lekarze, jako organa wykonawcze, mają postanowienia ustawy natchnąć prawdziwem dopiero życiem. — Jak z tego widać, podniesione przeciw projektowi ustawy zarzuty w przeważnej części najzupełniej zgodne są z tem, co swojego czasu podnosił »Przegląd lekarski« i »Głos lekarzy«, co następnie wymieniały memoryały korporacyi i Towarzystw lekarskich w Galicyi, ankieta, zwołana przez Wydział krajowy, oraz memoryał Wydziału krajowego do rządu. *R.*

Z ostatniego Zjazdu higienicznego w Częstochowie (19. i 20. IX. b. r.) pomieszcza szczegółowe sprawozdanie w formie »Dziennika Zjazdu« warszawskie »Zdrowie« (Nr 10). Przedmiotem obrad Zjazdu były: 1) Sprawa ubezpieczenia ludności pracującej na wypadek choroby (referenci: p. Karol Rose, Dr Sterling, Żenczykowski, Luksenburg, J. Brzeziński), 2) asanizacya osad i wsi (referent Dr J. Rutkowski, W. Dobrzyński, Tołwiński) łącznie z zaopatrzeniem w wodę, 3) higiena ludu wiejskiego (ref. Dr A. Puławski — sprawa kąpieli ludowych, p. Chmielińska — zadania kobiet na polu higieny ludowej, budown. de Mako-Makowski i A. Wejssel — sprawa higienicznych chat); nadto wygłoszono wykłady o zwalczaniu wścieklizny (Dr Palmirski) i o stanie zdrowotnym m. Częstochowy (Marczewski). Przy wszystkich punktach toczyły się żywe rozprawy. Zjazd powziął następujące uchwały (ostatecznie zredagowane przez Radę warsz. Tow. hig. 1. X. b. r.): 1) Zjazd uważa zasadę przymusowego ubezpieczania ludności pracującej na przypadek choroby, kalectwa i na starość za słuszną i wielce pożądaną. — 2) Zjazd uchwala: utworzyć komisyę referentów z prawem kooptacyi dla sformułowania pożądanych zmian w projekcie rządowym ubezpieczeń ludności pracującej na przypadek choroby i kalectwa w celu opracowania i przedstawienia elaboratu takiego Kołu polskiemu w Petersburgu dla rozważenia i przeprowadzenia w Dumie państwowej, przyczem komisya rzeczona uwzględnić powinna zaakceptowane na Zjeździe jednomyślnie zasady, a mianowicie: *a*) że przymus państwowy ubezpieczeń nie powinien krępować sposobów wykonania, przeciwnie, pozostawić zupełną swobodę w organizacyi ubezpieczeń instytucyom społecznym, oraz samorządom miejskim i gminnym; *b*) że pomoc ludności pracującej w przypadkach choroby obowiązywać winna nie wyłącznie właścicieli zakładów przemysłowych, lecz i kasy chorych, utrzymywane z udziałem finansowym i administracyjnym ludności pracującej; *c*) że przy redakcyi prawa muszą być uwzględnione odrębności przemysłu i potrzeby ludności pracującej kraju naszego. — 3) Zjazd uchwala, aby przyszłoroczne narady Towarzystwa obejmowały w programie swym wycieczkę na wieś, celem zapoznania się na miejscu z warunkami zdrowotnymi ludu. — 4) Zjazd uchwala, że wszelkie projekty donioślejszych urządzeń sanitarnych powinny być roztrząsane publicznie z udziałem ewentualnie W. T. H. lub jego oddziałów. — 5) Zjazd podziela wnioski Dra Marczewskiego co do uzdrowotnienia Częstochowy (kąpiele i dom noclegowy dla pątników). — Zjazd liczył 125 uczestników, z nich 3 z Poznania, jednego z Galicyi i jednego ze Śląska. Na przyszły Zjazd zaproponowano Kalisz. *R.*

Cavete! Do liczby posad, przed których przyjęciem ostrzega Państwowy Związek org. lek. austr., a wśród których ciągle jeszcze znajduje się posada gminna i kasowa w Piotrowicach na Śląsku, przybywa posada gminna w Toblach w Tyrolu. *R.*

Lekarze kolei południowej austryackiej zdołali przez solidarne i stanowcze wystąpienie uzyskać u właścicieli tej kolei (Südbahngesellschaft) przyrzeczenie poprawy bytu, mianowicie przyznanie tych warunków, jakie mają lekarze kolei państwowych. Jednakże przytem usiłowano narzucić lekarzom bezpłatne leczenie pensyonowanych urzędników tej kolei i personalu, nie należącego do kas chorych. Przeciw temu zaprotestowali lekarze kolei południowej i Państwowy Związek org. lek. austr., który prosił też o współdziałanie Wydział Izb lekarskich i poleca całą sprawę uwadze wszystkich organizacyi lekarskich w Austryi. *R.*

Tytuł specyalisty. Sekcya niemiecka czeskiej Izby lekarskiej uchwaliła, że prawo do tytułu specyalisty ma jedynie lekarz, posiadający odpowiednie studya i zezwolenie Izby na używanie tego tytułu. *X.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. X. do 23. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 4 (—), płonicy 11 † 2 (7 † 1), odry 2 (—), duru brzusznego 11 † 2 (6 † 2), czerwonki. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 17. X. do 23. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 1 † —), płonicy 15 † 1 (3 † —), odry 112 † 5, duru brzusznego 4 † 1 (2 † 1), nagminn. zapalenia opon 1 † 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 26. IX. do 2. X. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 5, odry 10, płonicy 19 † 1, róży 14 † 1, duru plamistego 15, duru brzusznego 19 † 3, duru powrotnego 1, błonicy 3.

(*Gaz. lek.* 43).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lek. krak. odbyło 27. X. posiedzenie, na którem kol. Eisenberg przedstawił nową metodę barwienia krętowłosa bladego, a doc. dr Latkowski miał odczyt: »O raku narządów wewnętrznych ze stanowiska klinicznego«. Przemawiali w dyskusyach: Prym. Borzęcki, Prof. Bujwid, Dr Eisenberg, Dr Gertler, doc. Latkowski i Dr Dawid Hirsch.

— Miejski urząd zdrowia ogłosił w formie plakatów pouczenie ludności o konieczności utrzymania czystości na podwórzach, schodach, w sieniach i wychodkach, oraz o konieczności przegotowywania mleka.

— Kalendarz lekarski krakowski, który wyjdzie z druku w połowie listopada, ukaże się tym razem ze znacznemi zmianami i ulepszeniami, zwłaszcza podręcznika terapeutycznego i spisu środków lekarskich.

Lwów. W sekcyi wychowania fizycznego Zjazdu pedagogicznego, który się odbędzie we Lwowie 1—2. XI. b. r., przygotowano następujące referaty: 1) Prof. dr Panek: Higiena budynków szkolnych i urządzeń wewnętrznych. 2) Dr Wyrzykowski: Wychowanie fizyczne w szkołach. 3) Dr Serbeński: Służba zdrowia w szkołach publicznych i prywatnych. 4) P. Płażek: Higiena nauki szkolnej.

— Prof. Dr Józef Szpilman, rektor akademii weterynaryjnej we Lwowie, obchodził w ubiegłym tygodniu jubileusz ćwierćwiekowej pracy. W dniu jubileuszu urządziła młodzież akademicka, profesorowie i przedstawiciele organizacyi weterynarzy serdeczną owacyę. W sali wykładowej, udekorowanej kwiatami i biustem Jubilata, zebrała się młodzież. Wchodzącego rektora chór młodzieży powitał kantatą, poczem przemówił słuchacz akademii p. Budzyn. Na przemówienie to odpowiedział Jubilat bardzo wzruszony. W sali rektoratu zebrali się następnie profesorowie, asystenci, przedstawiciele Tow. weterynarzy i liczne grono lekarzy weterynaryjnych autonomicznych i rządowych. Imieniem profesorów przemówił p. Królikowski, imieniem Tow. wet. p. Ponicki, imieniem weterynarzy miasta Lwowa p. Gottlieb, imieniem Tow. chowu drobiu p. Piotrowicz.

Czcigodnemu Jubilatowi, równie zasłużonemu na polu nauk weterynaryjnych, jak na polu lekarskiem i społeczno-higienicznem, składa Redakcya »Przeglądu lekarskiego« najszczersze życzenia długich jeszcze lat owocnej pracy.

Warszawa. Opracowany przez rząd projekt samorządu miejskiego w Królestwie oddaje w ręce rad miejskich środki ochrony zdrowia ludności, a mianowicie: urządzanie i utrzymywanie lecznic, aptek i składów lekarstw, uczelni zawodowych do przygotowywania wyższego personalu lekarskiego, służby szpitalnej i t. d.; troską o ulepszenie warunków zdrowotnych, zapobieganie chorobom i epidemiom, udział w ogólno-państwowej walce z niemi, ochrona czystości powietrza, wody i ziemi, troska o nieszkodliwość artykułów żywności, urządzanie laboratoryów bakteryologicznych i chemicznych, izb dezynfekcyjnych, cmentarzy i domów przedpogrzebowych, szczepienie ospy, rejestracya zasłabnięć zaraźliwych, nadzór sanitarny nad fabrykami, sklepami, zajazdami, cmentarzami i t. d. (»Kuryer warsz.« Nr. 291 z 21 X. b. r.).

— Dla uczczenia 45-letniej działalności dra H. Dobrzyckiego na polu lekarskiem i społecznem, zawiązał się komitet obywatelski. Prezesem komitetu wybrany został red. K. Olchowicz, wiceprezesem dr M. Sadowski, sekretarzem dr L. Guranowski.

— W Łodzi ma być urządzona w czasie najbliższym wystawa antyalkoholowa.

— »Gazeta lekarska« (Nr. 43) podaje następujący projekt statutu polskiego Komitetu Zjazdów międzynarodowych, opracowany przez dra J. Jaworskiego z Warszawy, a uchwalony 2. IX. b. r. przez komisyę, do której należeli: dr Karnicki (Petersburg), prof. Kryński (Warszawa), dr Rymsza (Wilno), dr Srebrny (Warszawa), prof. Wicherkiewicz (Kraków), dr W. Ziembicki (Lwów):

»Do Komitetu wchodzą drogą wyboru przedstawiciele Towarzystw lekarskich w Krakowie, Lwowie, Warszawie i Poznaniu (po trzech) oraz delegaci od Towarzystw lekarskich kolonii polskich w Rosyi. Siedzibą Komitetu jest Kraków. Komitet z pośród siebie obiera: prezesa, 2 wiceprezesów, skarbnika i sekretarza. Biuro Komitetu urzęduje w Krakowie.

Cel i zadania: A) Komitet ma na celu reprezentowanie na Zjazdach międzynarodowych medycyny polskiej i zachęcanie do brania udziału w pracach. W tym celu Komitet: a) na rok przed Zjazdem wydaje odezwę do lekarzy polaków; b) pośredniczy między organizacyą centralną Zjazdu a poszczególnymi referentami, którzy zgłaszają odczyty. B) Komitet zarówno przed Zjazdem, jak i podczas niego czyni starania, żeby zjednoczyć wszystkich uczestników Polaków na Zjeździe. W tym celu zwołuje zebrania a) przedzjazdowe członków Komitetu, b) podczas Zjazdu uczestników Polaków przez odpowiednie ogłoszenia, c) udziela oznakę lekarzom Polakom, uczestnikom Zjazdu«.

— Zakład dermatologiczny dra Kozerskiego został znacznie rozszerzony i wyposażony we wszystkie nowoczesne urządzenia. Otwarcie zakładu nastąpiło 17. X. b. r.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze otwiera w Otwocku stacyę dezynfekcyjną.

— W Radomiu mają być zbudowane wodociągi.

— »Słowo« donosi, że jenerał Paulinów O. Rejman czyni starania, aby cały plac powystawowy w Częstochowie przemieniono na obszerny park dla pątników. Budynki powystawowe zostałyby przemienione na gospody dla pielgrzymów. Trzy instytucye, pozostałe po wystawie: wzorową zagrodę, muzeum higieniczne i muzeum przemysłu domowego, musiałby odwiedzać każdy pątnik. Dalej pragnie O. Rejman przeprowadzić zasadę, że do świątyni Jasnogórskiej może wchodzić tylko pątnik należycie czysty, i w tym celu ma powstać wielka łaźnia ludowa, mogąca dać co najmniej 1000 kąpieli dziennie. Przeprowadzeniem organizacyi zajął się Dr Tchórznicki. Gdyby się plany te, poruszone najpierw przez Zjazd higieniczny w Częstochowie, spełniły, w takim razie dokonanoby dzieła niezmiernego znaczenia dla sprawy higieny naszego ludu, w milionowych masach ze wszech stron Polski pielgrzymującego na Jasną Górę.

Z różnych stron. IV. międzynarodowy Zjazd w sprawie opieki nad obłąkanymi odbędzie się 1. X. 1910 w Berlinie.

— Do zawarcia małżeństwa potrzebnem jest obecnie w Stanie Washington dla narzeczonych świadectwo zdrowia, wystawione przez lekarza. *X.*

— Fundusz wdów i sierot po lekarzach bawarskich wzrósł w roku bieżącym o 19.430 marek. *X.*

— W Irlandyi uchwalił parlament $\frac{2}{3}$ głosów, że od roku 1912 alkohol czysty sprzedawać wolno jedynie w aptekach. *X.*

Mianowani profesorami docenci: anatom von den Broek w Amsterdamie, dermatolog Burgsdorf w Kazaniu, fizyolog Czerewkow w Charkowie; chirurg Dr Gatti we Florencyi, internista Dr Viola w Messynie.

Powołani: Prof. Franz z Jeny do Kiel (po Pfannenstielu), Prof. Franqué z Giessen do Göttingen po (Rungem).

Redakcya otrzymała: Biernacki: 1) Klinisches und Experimentelles zur Lehre von der chronischen habituellen Obstipation. »Wien. klin. Wochenschr.«. 2) Przekarmienie a mineralna przemiana materyi. »Tyg. lek.«. 3) Überernährung und Mineralstoffwechsel. »Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. des Stoffwechsels«. 4) O stosunkach, zachodzących pomiędzy przemianą ogólną azotu, a przemianą purynową. »Gazeta lek.« 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1909:

Gazeta lekarska Nr 40. Hornowski (dok.). Oczesalski: (dok.). — Nr 41. Babiński: W sprawie czynności i zaburzeń w układzie móżdżkowym. Puławski A.: Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Gravesa (Basedowa). Koelichen: Przypadek pierwotnego zwyrodnienia dróg piramidowych bocznych w rdzeniu o niezwykłym przebiegu klinicznym. Rotstadt: Przyczynek do badań histologicznych płynu mózgowo-rdzeniowego. — Nr 42. Nowicki (c. d.). Koelichen (c. d.). — Nr 43. Nowicki (dok.). Puławski (c. d.). Babiński (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 40. Higier: Patologia chorób dziedzicznych. Rappel: O współczynniku części stałych w moczu u dzieci. Jaroszyński: O zabiegach chirurgicznych paliatywnych w nowotworach mózgowia. — Nr 41, w całości poświęcony I. Zjazdowi neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, zawiera streszczenia zgłoszonych na Zjazd wykładów i referatów. — Nr 42. Rzętkowski: O sprawności emigracyjnej leukocytów w różnych stanach zakaźnych. Higier (dok.). — 43. Szleifstein: Bóle głowy a oko w cierpieniach nosa i jego zatok. Rzętkowski (c. d.).

Tygodnik lekarski. Nr 39. Reichenstein: Glykozurya a ciąża. Franke (dok.). — Nr 40. Marischler: O urochromie ze stanowiska klinicznego. Nowicki: Wyrostek robaczkowy przy durze brzusznym. — Nr. 41. Spät: Nauka o opsoninach. Nowicki (dok.). — Nr 42. Marischler, Reichenstein i Schneider: O wpływie dyety różnowartościowej pod względem ilości azotu i kaloryi na przemianę materyi u chorych. Spira: O leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego zapomocą przekrwienia biernego metodą Biera.

Nowiny lek. Nr 10. A. Krokiewicz: Moje wyniki leczenia gruźlicy. Dziembowski: Przyczynek do nauki o zboczeniach wzrostu chrząstek (chondrodystrophia foetalis). Ehrenpreis (c. d.). Szczygłowski (c. d.). A. Klęsk (dok.). Józef Bieliński (c. d.). J. Baschkopf: O obyczajach i chorobach ludności w Bośni i Hercegowinie dawniej i po okupacyi przez Austro-Węgry.

Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny. Zesz. 2. Marcinkowski: Przepuklina przykątnicza wewnętrzna. Leśniowski i Maliniak (dok.).

Postęp okulistyczny Nr 8—9. Rumszewicz: O podwójnej i wielorakiej źrenicy, jako wadach rozwojowych oka. Majewski: O okularach à la Chamblant. Noiszewski: Jaskra.

Przegląd pedyatryczny Zesz. VI. Schoenaich: Leczenie czynnościowe popłoniczego zapalenia nerek u dzieci. Michałowicz: Opukiwanie kręgosłupa u dzieci w gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych. Kramsztyk: W sprawie dyetetycznego leczenia wyprysku u niemowląt. Starkiewicz: Kilka przypadków błonicy o niezwykle złośliwym przebiegu.

Kronika dentyst. Nr 10. Wilga (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr 10. Ogórek-Pankowa (c. d.).

Zdrowie Zesz. 10. Piasecki: Zdobycze lat ostatnich w zakresie walki z chorobami zakaźnemi w szkole. Korczyński: Kilka uwag o rozwoju i higienie narządu krążenia. Bujwid: Cholera w Petersburgu. — Dziennik Zjazdu higienistów i lekarzy w Częstochowie.

Gruźlica Nr 4. Serkowski: W sprawie szerzenia się zarazy gruźliczej. Sterling: Stan publicznej walki z gruźlicą w Szwecyi. — Nr 5. Serkowski (dok.). Sterling: Muzea gruźlicze.

Głos lekarzy Nr 19. Ciechanowski: Referat z ankiety w sprawie gruźlicy, zwołanej przez Wydział krajowy. — Nr 20. Mikołajski: Wykluczenie reprezentacyi Polaków z kongresów lekarskich. Gilnreiner: Zadania Związku lekarzy okręgowych. Zasacki: W sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej lekarzy okręgowych.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **w piątek dnia 5. listopada 1909** o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) O leczeniu spraw i zakażeń ropnych, kol. Dr Fechter. 3) Ważne sprawy administracyjne. 4) Uwagi o miejskich urządzeniach sanitarnych w Karlsbadzie, kol. Dr Rossberger.

Ze względu na bardzo ważne przedmioty rozpraw o jak najliczniejszy udział uprasza Biuro sekcyi.

Z biura sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sekretarz: *Dr Feldman.* Przewodniczący: *Dr Czyżewicz.*

Szczawa
Krondorfska
uznana za
najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Salit szybko kojący ból i leczący środek do wcierania przy cierpieniach gośćcowych. Skóra znosi salit nierozcieńczony.

Collargol Równowartościowy, zupełnie nie niebezpieczny środek zastępujący lapis przy wszystkich zakaźnych zapaleniach oka, pęcherza i cewki, gardła i krtani, nosa i jam przylegających.

Hetralin środek odkażający mocz i pęcherz o niedosięgniętem działaniu zakwaszającem na mocz.

Acoinowa oliwa, (sol. oleos. acoin. bas.), sprawia trwały brak bolesności przy bolesnych cierpieniach oczu, usuwa światłowstręt i kurczowe zamykanie powiek. Bez zaburzania akkomodacyi.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 d

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 H. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Santyl (Knoll)

środek balsamiczny niedrażniący i bez smaku do wewnętrznego leczenia wiewióra. 13b

Zapisuje się: 3 razy dziennie 25 kropel lub 3 do 4 razy dziennie 2 kapsułki.

Rp. 1 flaszka oryg. Santyl (Knoll) po 15 g. lub i pudełko oryg. kapsułek Santylowych (Knoll) po 0.4 g. No XXX.

KNOLL et Co., Ludwigshafen a. Rh.

Piśmiennictwo i próbki bezpłatnie.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.



JÓZEF GORECKI

PREMIOWANA FABRYKA 228

SIATEK, MEBLI, KONSTRUKCYI ŻELAZNYCH I WYROBÓW ORNAMENTALNYCH KUTYCH

W KRAKOWIE, UL. ŚW. WAWRZYŃCA L. 26.

Poleca się do wykonania po najtańszych cenach: Wszelkich siatek maszynowych i ręcznych, służących do ogrodzeń, ochron raf, betonów, materyałów sprężynowych i t. p. — Mebli żelaznych i mosiężnych tanich i wykwintnych do urządzeń lekarskich, szpitali, klinik, internatów i ogrodów. — Konstrukcyi dachów, schodów żelaznych w różnych systemach, pawilonów, werand, markiz, okien, bram i portali. — Wyrobów artystycznych z żelaza, miedzi i bronzu kutych, jak wszelkich krat, balustrad, balkonów, ogrodzeń, krzyży, wieńców i kwiatów, świeczników, latarń i kandelabrów i t. p. — Drut kolczasty i wzdętochrony do ratowania bydła.

Magazyn własny we fabryce przy ulicy św. Wawrzyńca Nr 26.

Adres listów i telegramów wyraźnie:

JÓZEF GORECKI — KRAKÓW. Telefon Nr. 277.

SALOSSIT

Specyfik przeciwko rachitis

(angielska choroba) w początkowym i rozwiniętym stadium.

Organiczne połączenie fosforu z calcium-magnesium. — Zupełnie wolny od smaku, łatwo strawny preparat.

52 Salossit można otrzymać we wszystkich aptekach w oryginalnych pakietach po 3 Korony.

Dla celów próbnych służymy pp. Doktorom bezpłatnie. Apteka pod Aniołem Stróżem, F. Trenka Wiedeń, XVIII/1.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo - hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Feilowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).



Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum"**. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i **próbki dla Panów Lekarzy** gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa**.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 6. listopada 1909. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kazuistyki zapaleń wyrostka robaczkowego.

Podał

Dr M. Łążyński.

ordynator kliniki chirurgicznej w Kijowie.

I. *Mucocele processus vermiformis.*

Powstawanie torbieli wyrostka robaczkowego jest zjawiskiem niezbyt częstem. Sprawę tę patologiczną opisano, o ile mi wiadomo z dostępnego dla mnie piśmiennictwa, około 20 razy. Podawali takie przypadki przeważnie autorowie francuscy i angielscy, chociaż pod względem chronologicznym pierwszeństwo należy się autorom niemieckim. I tak, pierwsze prace o tym przedmiocie zawdzięczamy Rokitanskyemu, Virchowowi, Birch-Hirschfeldowi i Gruberowi. Z przytoczonych nazwisk widzimy, że najwcześniej opisali zmiany torbielowe w wyrostku patologo-anatomowie; lekarze kliniczni zajęli się tą sprawą znacznie później — w miarę rozwoju chirurgii jamy brzusznej.

Sposób powstawania wspomnianych torbieli jest mniej więcej taki sam, jak i w innych t. zw. torbielach zastojowych. Jeżeli więc odpływ wydzieliny śluzówki wyrostka jest przerwany lub przynajmniej bardzo utrudniony wskutek czyto bliznowatego zamknięcia przewodu, czy zatkania jego przez jakiekolwiek ciało obce, czy wreszcie przekręcenia się, przegięcia znacznego podstawy wyrostka lub ucisku na nią z zewnątrz, naturalnie przy zachowaniu sprawności wydzielniczej błony śluzowej, — w części obwodowej wyrostka śluz stopniowo się nagromadza, mogąc dojść do znacznej ilości. Własność chłonna śluzówki bywa w takich razach mniejszą, niż własność wydzielnicza. Aby powstała typowa torbiel, niezbędnem też jest wyginięcie w jej zawartości drobnoustrojów chorobotwórczych, gdyż ostatecznie ich obecność wywołałaby sprawy destrukcyjne w ścianach narządu ze wszystkiemi ich następstwami.

Rozmiar takich torbieli może być dość znaczny. Virchow, który opisuje je pod nazwą klejowatego zwyrodnienia wyrostka robaczkowego *(degeneratio colloides)*, powiada, że mogą one dosięgać wielkości pięści. Największe okazy opisali Guttman i Landerberger. W przypadku Landerbergera torbiel była wielkości jaja gęsiego i zawierała płyn surowiczy. Można ją było wyczuć przez powłoki brzuszne; obecność jej sprawiała bole w dole biodrowym prawym; ciepłota i tętno były niezmienione, ogólny stan dobry. Rozpoznanie przed operacyą było tylko przypuszczalne.

Treść torbieli wyrostka robaczkowego najczęściej stanowi płyn lepki, śluzowy; rzadziej, jak np. w przytoczonym wyżej przypadku Landerbergera, płyn surowiczy i dlatego nazwa *mucocele appendic. vermiform.*, jaką podali niektórzy autorowie francuscy (Féré, Vimont) wydaje mi się dość stosowną. Pod wpływem rozszerzenia i ciągłego ucisku ze strony treści torbieli, w ścianach wyrostka, zwłaszcza w błonie śluzowej, zachodzą znaczne zmiany anatomiczne. Nabłonek oraz gruczoły stopniowo zanikają, śluzówka traci swój charakter swoisty i cała ściana zmienia się w łącznotkankową błonkę czasem bardzo cienką, przez którą prześwieca treść.

Pod wpływem urazu torbiel taka może oczywiście pęknąć. Ale ponieważ treść jej jest jałowa, niema w tem wielkiego niebezpieczeństwa, trudno bowiem przypuszczać, by krwawienie z przerwanych naczyń było obfite. Przypadek podobny spostrzegał Récamier podczas operacyi uwięźniętej przepukliny. Znalazł on w jamie otrzewnej znaczną ilość płynu śluzowego, który się wylał z pękniętej torbieli wyrostka robaczkowego. Wyrostek usunięto i wyzdrowienie nastąpiło bez żadnych powikłań.

Zmiany torbielowe wyrostka mogą długi czas trwać, nie dając prawie żadnych objawów klinicznych i dawniej, kiedy zabiegów operacyjnych na wyrostku nie podejmowano, zmiany takie znajdowano przypadkowo na stole sekcyjnym.

Dzisiaj rzecz się ma trochę inaczej.

Najczęściej powstawanie torbieli poprzedza stan zapalny błony śluzowej wyrostka. A więc w wywiadach mamy jeden lub kilka napadów mniej lub więcej ciężkiej kolki wyrostkowej. Jeżeli wobec takich wywiadów wyczuwamy w okolicy odpowiedniej guz lub jeżeli chory skarży się chociażby na stałą bolesność na ucisk w tej okolicy, a zabiegi zachowawcze nie dają wyników dodatnich, jest to wskazaniem dla operacyi.

Istnienie torbieli nie jest rzeczą zawsze niewinną i obojętną dla chorego, gdyż do treści torbieli mogą się wtórnie dostać drobnoustroje chorobotwórcze, rozmnożyć się tam, jako na odpowiedniem podłożu, wywołać zropienie, przedziurawienie ścieńczałych ścian i, co za tem idzie, groźne powikłania ze strony otrzewnej.

Torbiel wyrostka robaczkowego, przedstawiona na posiedzeniu polskiego kijowskiego Towarzystwa lekarskiego 22. IV., pochodzi z chorego kadeta H, lat 13, operowanego w klinice chirurgicznej 10. IV. b. r. Pierwszy napad kolki wyrostkowej był w czerwcu roku zeszłego. W pierwszym dniu były wymioty, ból trwał mniej więcej tydzień, ciepłota nie była podniesiona; chory spędził w łóżku 2 tygodnie. Następnie, kiedy chory wstał z łóżka, nie doświadczał żadnych bolów, nawet przy silnem obmacywaniu brzucha. W połowie stycznia roku bieżącego miał chory drugi napad, który się zaczął od wymiotów i podniesienia ciepłoty do 39^0. Ból trwał przez dwa tygodnie; następnie, kiedy chory wstał z łóżka, odczuwał bolesność tylko przy obmacywaniu brzucha. W połowie lutego stan się pogorszył, kiedy chory dostał nagminnego zapalenia gruczołu przyusznego. Pogorszenie to polegało na wyraźniejszej bolesności w prawym dole biodrowym. Chory już nie opuszczał szpitala do Wielkanocy, kiedy z porady miejscowych lekarzy udał się do Kijowa dla operacyi.

W klinice ciepłota cały czas prawidłowa. W prawym dole biodrowym w punkcie Mac-Burneya można było wyczuć niewielki guz, nie mający wyraźnych granic, trochę bolesny, jakby naciek. Sznur, idący od tego wrzekomego nacieku, który się dawał wyczuć i o którym myślano przypuszczalnie, że jest to właśnie wyrostek robaczkowy, był, jak się okazało, jelitem cienkiem. Operacya pod względem technicznym trudności nie sprawiała, zrostów było nie wiele. Po operacyi raz jeden tylko ciepłota podskoczyła do 37,4^0. Zagojenie rany doraźne.

Treścią wyciętej torbieli był przeźroczysty płyn śluzowy. Pod drobnowidem nieliczne białe ciałka krwi. Badanie bakteryologiczne stwierdziło zupełną jałowość płynu.

II. *Appendicitis fibrosa.*

Wyrostek robaczkowy przy zapaleniu przewlekłem, które cechują mniej lub więcej częste nawroty, bywa zwykle zgrubiały i twardy. Śluzówka jego obrzęka, tworzy szereg wałeczków i fałdów, ale może też wyglądać prawidłowo, a w takich razach, zdaniem Talamona, sprawa zapalna sadowi się głównie w błonie podśluzowej. W tych wszystkich przypadkach powstaje zapalna tkanka ziarninowa, która następnie przekształca się w tkankę włóknistą bardzo twardą, czasem o chrząstkowatej spoistości. Najobficiej tkanka włóknista rozwija się w warstwie podśluzowej; warstwa mięsna albo podlega zwykłemu przerostowi (*hypertrophia et hyperplasia*), albo ulega zwyrodnieniu włóknistemu. Ostatecznie kończy się tem, że wszystkie warstwy tworzą jednolitą prawie masę łącznotkankową.

Przedstawiony na posiedzeniu polskiego kijowskiego Towarzystwa lekarskiego 22. IV. preparat wykazuje właśnie taką sprawę o cechach nadzwyczaj znamiennych. Uderza tutaj przedewszystkiem niezwykła grubość ścian wyrostka, dosięgająca u podstawy (w stanie świeżym zaraz po operacyi) 15 mm. Barch, który dokonał wielu pomiarów grubości ścian wyrostka zdrowego i zmienionego przez zapalenie przewlekłe, podaje następujące liczby:

Wyrostek robaczkowy zdrowy.

Śluzówka	0,2—0,4 mm.
Błona podśluzowa	0,8—1,10 mm.
Błona mięsna	0,6 mm.
» surowicza i podsurowicza	0,07 mm.
maximum	2,17 mm.

Wyrostek robaczkowy przy zapaleniu przewlekłem.

Śluzówka	0,5—1,3 mm.
Błona podśluzowa	1,0—2,0 mm.
» mięsna	1,5—2,0 mm.
» surowicza i podsur.	0,3—0,5 mm.
maximum	5,8 mm.

Nasz zatem preparat ma ścianę 7 razy grubszą, niż narząd zdrowy i przeszło 2,5 razy grubszą od maximum, podanego przez Barcha dla wyrostków zapalnie zmienionych.

Oto w skróceniu historya choroby: p. K., nauczyciel z Kamieńca Podolskiego, lat 35. Pierwszy napad zapalenia okołokątniczego przebył w październiku 1908. Ciepłota najwyższa 38^0; wymioty; napad trwał tydzień. Drugi napad przebiegiem swym podobny do pierwszego, tylko bez wymiotów, był na Boże Narodzenie; trzeci podczas karnawału. Daty te trochę dają do myślenia, gdyż wtedy łatwo mógł chory nadużywać pokarmów. Już po drugim napadzie, jak twierdzi chory, powrót do zupełnego zdrowia nie nastąpił; ból trwał w mniejszym lub większym stopniu nieustannie. W klinice skarżył się chory na bole samorodne i przy badaniu. Ciągłe zaparcie stolca, które wystąpiło na długi czas przed chorobą. Ciepłota podczas obserwacyi klinicznej prawidłowa.

Operacya 18. IV. niezmiernie trudna. Po długiem mozolnem szukaniu znaleziono wyrostek w okolicy wzgórka krzyżowego (*promontorium*) wśród całej sieci mocnych włóknistych zrostów, któremi szczelnie był owinięty. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, bezgorączkowy.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell. Prof. Reissa i z uniwersyteckiego Zakładu mikrobiologii Prof. Nowaka.

Spostrzeżenia nad rozpoznawaniem kiły zapomocą próby Wassermanna.

Podał

Dr J. Stopczański,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

U wszystkich tych chorych przed leczeniem wykonywano badanie surowicy, które okazywało odczyn dodatni. Ustępowanie zmian chorobowych pod wpływem tego leczenia było niejednakowe tak co do długości czasu, jakoteż co do ilości użytego środka. U dwóch chorych (przypadek I. i IV.) zmiany ustąpiły już po 6—8 wstrzyknięciach, badanie jednak surowicy dało odczyn dodatni, wobec czego stosowano jeszcze przez kilka tygodni leczenie aż do ogólnej dawki 4,5 gr. arsacetyny. Pomimo tego odczyn przy kilkakrotnych badaniach, w tym czasie wykonanych, utrzymywał się jako stale dodatni, jak również i po ukończeniu

leczenia, w ciągu którego aż do czasu wyjścia z kliniki nawrót u obu tych chorych nie wystąpił. W przypadku III. guzki w kącie ust i w fałdzie nosowo-policzkowym utrzymywały się znacznie dłużej i dopiero przy równoczesnem leczeniu miejscowem zapomocą pędzlowania rozczynem arsacetyny po dwudziestu wstrzykiwaniach ustąpiły zupełnie. Z powodu jednak ciągłych nawrotów, występujących w czasie leczenia, jakoteż braku zmiany odczynu, zmieniono leczenie na wstrzykiwania salicylanu rtęciowego. Pomimo nasilenia objawów na skórze w przypadku II. zmiany te ustąpiły stosunkowo szybko, bo po 15 wstrzykiwaniach, ponieważ zaś stan ogólny i odżywienie chorego znakomicie się poprawiły, zastosowano jeszcze siedem wstrzykiwań tego przetworu. Trzykrotne, co dziesięć dni wykonywane badanie surowicy również nie wykazało zmiany odczynu. Taksamo zachowywały się pod tym względem przypadki V. i VI., z których w pierwszym działanie arsacetyny zaznaczało się już po 12 wstrzykiwaniach przypłaszczeniem guzków; do zupełnego ich usunięcia potrzeba było jeszcze 8 wstrzykiwań. Po ukończeniu jednak leczenia w drugim już tygodniu zaczęły pojawiać się świeże zmiany nawrotowe. Nierównie mniej uporczywemi okazały się zmiany chorobowe w ostatnim przypadku, gdyż po trzech tygodniach leczenia uległy owrzodzenia zupełnemu zagojeniu. Wpływ leczenia arsacetyną na zmianę odczynu okazał się w tych wszystkich przypadkach zupełnie ujemnym, co wskazywałoby stanowczo na obojętne oddziaływanie tegoż środka na sam jad kiłowy, chociaż nie można zaprzeczyć na podstawie wyników leczenia u tych kilku chorych pewnego działania leczniczego w znaczeniu ogólnem. Działanie to objawiało się ustępowaniem nawet cięższych objawów kiły w czasie, który długością nie przekraczał zwykłego okresu leczenia przeciwkiłowego przetworami rtęci i jodu. Natomiast zauważano prawie we wszystkich tych przypadkach niezwykłą skłonność do nawrotów, które po leczeniu przetworami rtęci dopiero po znacznie dłuższym okresie czasu występować zwykły.

Inne wyniki co do zmiany odczynu uzyskano zapomocą leczenia swoistego. W tem leczeniu stosowano u 10 chorych tylko wcierania maści szarej, u czterech wstrzykiwanie miąższowe głębokie salicylanu rtęciowego, u dwóch chorych sublimatu, u trzech chorych bursztynianu rtęciowego. Z chorych, leczonych wcieraniami, zauważano po 30 wcieraniach u czterech wybitną zmianę odczynu na ujemny. U dwóch odczyn dodatni nie był tak wyraźny, jak przed leczeniem i można było na pewno spodziewać się, że jeszcze po przedłużeniu okresu leczenia nastąpi wyraźniejsza zmiana odczynu; ponieważ jednak chorzy ci opuścili klinikę, obserwacya dalsza została przerwana. Z leczonych wstrzykiwaniami salicylanu rtęciowego u dwóch chorych wykazano wyraźną zmianę odczynu. Szczególniej uporczywym w kierunku braku zmiany odczynu okazał się przypadek, dotyczący kobiety od dwóch lat chorej, która z powodu zmian kiłowych na wargach sromnych w roku zeszłym otrzymała dziesięć wstrzykiwań salicylanu rtęciowego; obecnie zaś z powodu nawrotu choroby w postaci wysypki plamistej pierścieniowatej na tułowiu i kłykcin na częściach rodnych zewnętrznych powtórzono znowu dziesięć wstrzykiwań salicylanu rtęciowego po 0,1 na dawkę. Pomimo ustąpienia zmian już po czterech dawkach stale utrzymywał się odczyn dodatni, to samo po dalszych sześciu wstrzykiwaniach. U żadnego z chorych, leczonych bursztynianem rtęciowym, nie nastąpiła zmiana odczynu, natomiast z leczonych sublimatem u jednego zauważono wyraźne zmniejszenie się hamowania hemolizy; ponieważ jednak z powodu silnej biegunki i obrzęku dziąseł musiano leczenie przerwać na czas dłuższy, przypadek ten nie nadawał się do dalszego badania w danym kierunku. Porównując działanie tych różnych sposobów leczenia na zmianę odczynu, można wnosić, że najlepiej w tym kierunku działają wcierania, mniejszy wpływ wywierają wstrzykiwania salicylanu rtęciowego. Co do bursztynianu rtęciowego, to brak działania tego środka na zmianę odczynu można przypisać temu, że środek ten, jako bardzo szybko wydzielany z ustroju, należy do powolniej leczących objawy kiły i dlatego dopiero przy stosowaniu jego przez czas dłuższy, aniżeli u naszych chorych, możnaby w tym kierunku pewniejsze zdanie wyrazić.

Badania Citrona co do chorych, leczonych wcieraniami i wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych, wykazują pewne różnice, gdyż na 24 leczonych wcieraniami, ośmiu okazuje odczyn ujemny, natomiast z jedenastu leczonych wstrzykiwaniami, tylko u trzech wykazano zmianę odczynu; u chorych zaś, którzy przebyli kilkorazowe leczenie, ilość ujemnych odczynów zwiększa się w sposób wybitny.

Co do znaczenia odczynu W. N. B., jako wskaźnika w kierunku leczenia kiły, są dotąd różne zapatrywania. Blaschko, poddając leczeniu chorych z wybitnymi objawami, jak również bez tych objawów, a okazujących tylko odczyn dodatni, uzyskał po leczeniu ilość ujemnych wyników prawie jednakową, co wskazuje, że wpływ leczenia na zmianę odczynu w jednych i drugich okazał się jednakowym. W przypadkach, okazujących objawy, równocześnie z ustępowaniem objawów następowała także i zmiana odczynu. Tylko w niewielu razach były jeszcze wybitne ślady objawów przy równoczesnym braku odczynu dodatniego, częściej natomiast po zniknięciu objawów utrzymywał się odczyn dodatni. Wogóle zaś zachodziła pewna równoległość między znikaniem odczynu, a ustępowaniem objawów; i tak w przypadkach, które opierały się leczeniu, lub w których zmiany ustępowały bardzo powoli, lub też w których w czasie leczenia pojawiały się nawroty, również nie można było uzyskać zmiany odczynu. Trwanie odczynu ujemnego, uzyskanego przez leczenie, zwykle było tylko przemijające; rzadko odczyn pozostawał ujemnym przez czas dłuższy lub też stale. Odczyn dodatni zjawiał się w przypadkach leczonych albo równocześnie z wystąpieniem nawrotu, albo też przed lub po okazaniu się objawów. Autor sądzi, że leczyć należy tak długo, dopóki nie nastąpi zmiana odczynu przy uwzględnianiu stanu chorego i przestrzeganiu ogólnych wskazówek leczenia rtęciowego, przyczem od tych wskazówek czyni zależnem przerwanie leczenia lub dalsze leczenie, zwracając uwagę na unikanie ślepego, a zarazem szkodliwego trzymania się schematu, stosowanego na podstawie odczynu. Przy braku objawów odczyn dodatni, powtarzający się przy kilku badaniach, uważa autor za wskazanie leczenia. Przypuszcza, że w przyszłości oprócz badania klinicznego okaże się konieczność badania surowicy chorych leczonych. Im częściej będzie odczyn dodatnim, im trudniej przez leczenie da się usunąć, tem częściej trzeba

będzie te badania wykonywać. Autor przewiduje zarazem, że ten okres badania będzie dłuższym od dotychczasowego okresu obserwacyi klinicznej. Co się tyczy rokowania, to w pierwszych latach choroby odczynowi ujemnemu nie przypisuje autor żadnego znaczenia, dodatni zaś uważa za rodzaj miary działania zastosowanego leczenia. W późnych latach choroby uważa, że odczyn ujemny, kilkakrotnie stwierdzony, pozwala wyłączyć z wszelkiem prawdopodobieństwem wystąpienie rozległych schorzeń narządów. Badania Türkhauera w klinice Neissera wykazały, że ilość odczynów ujemnych u chorych leczonych zwiększa się odpowiednio do ilości przeprowadzonych leczeń. Za bezcelowe uważa autor forsowanie leczenia dla zmiany odczynu, jeżeli zmiana ta po energicznem i dostatecznem leczeniu już nie nastąpiła i zwraca zarazem uwagę, że pewna ilość rtęci może wchodzić w rachubę już po ukończeniu leczenia i wywierać przez czas dłuższy działanie, które w późniejszym czasie może zmienić odczyn. Według Türkhauera badania surowic, wykonywane w celu ocenienia wpływu leczenia na przebieg choroby, potwierdzają zasady swoistego leczenia, postawione przez Neissera, a wymagające stosowania energicznego leczenia w pierwszych latach choroby, o ile możności jak najwcześniej po ustaleniu rozpoznania, i to bez względu na występowanie objawów lub ich brak.

Doświadczenia Boasa u leczonych dopóty, dopóki zmiana odczynu nie nastąpi, wykazują, że na 76 przypadków, leczonych w ten sposób, nawroty w pierwszym miesiącu po leczeniu zjawiły się tylko u trzech; z sześciu zaś chorych, u których zapomocą leczenia nie można było uzyskać zniknięcia odczynu, pięciu w tym czasie okazywało nawroty zmian kiłowych. Pojawienie się odczynu dodatniego w okresie późniejszym choroby uważa Boas za objaw kiły czynnej, trwanie zaś tego odczynu świadczy o istnieniu ogniska kiłowego w ustroju i o osłabieniu ustroju na jad kiłowy. Badania Fr. Lessera wykazują, że energiczne i odpowiednio długie leczenie w większości przypadków może zmienić odczyn na ujemny. Według Lessera leczenie powinno mieć także na celu stałe usuwanie dodatniego odczynu, gdyż tylko w tym razie można powstrzymać rozwój czynnej kiły, choćby zewnętrznie się nieobjawiającej, jednak pomimo tego zawsze kryjącej w sobie niebezpieczeństwo poważnych następstw. Nie brak jednak zwolenników wprost przeciwnego zapatrywania. Fischer spostrzegał przypadki, w których nie każdy nawrót choroby objawiał się odczynem dodatnim, pomimo, że u tych samych chorych przy poprzednich badaniach wykazano odczyn dodatni. Następnie na przykładach z własnych spostrzeżeń stara się Fischer udowodnić, że nic można bynajmniej wysnuwać wniosków w kierunku rokowania na podstawie próby W. N. B., jak również, że dodatni odczyn próby, pojawiający się przy prawidłowym przebiegu w okresie utajenia choroby, zupełnie nie upoważnia do przeprowadzenia ponownego leczenia lub przedłużania go ponad zwykłą miarę. Roscher i Blumenthal zwracają uwagę na znikanie odczynu dodatniego w pewnych przypadkach nawet zupełnie bez leczenia. Oprócz tego autorowie ci stwierdzali odczyn dodatni po leczeniu w niektórych przypadkach, poprzednio ujemnie oddziaływających. Wobec tego sprzeciwiają się oznaczaniu długości leczenia, jak również zaniedbywaniu leczenia tylko na podstawie odczynu ujemnego. Odczyn W. N. B. według zdania tych autorów w pierwszych latach po zakażeniu nie może mieć żadnego znaczenia w kierunku rokowania. Według Bruhnsa i Halberstaedtera również próba W. N. B. nie powinna wprowadzać stanowczo zmiany w rokowaniu i leczeniu kiły, rozpoznanie zaś należy opierać na zgadzaniu się obrazu klinicznego z wynikiem próby. Jeszcze więcej ogranicza Kopp znaczenie próby W. N. B., bo tylko do tych przypadków, w których chodzi o rozstrzygnięcie, czy badany chory przebył kiłę wogóle. W innych przypadkach uważa Kopp za daleko pewniejsze kierowanie się co do rozpoznania wynikiem badania drobnowidowego co do krętków, a sądzi, że nawet przy wielkiej wprawie i staranności w wykonywaniu badania łatwo z powodu trudności technicznych popełniać usterki, które dla wyniku próby mają wielkie znaczenie. W odpowiedzi na zarzuty, przez Koppa podniesione, zaznacza Neisser, że w wielu przypadkach, w których dawne sposoby klinicznego spostrzegania nie mogły nic pewnego w kierunku rozpoznania wskazać, próba W. N. B. odrazu daje wyraźne określenie istotnego stanu. Można według Neissera zapomocą tego odczynu już w początku rozpoznać przymiot i to wtedy, gdy jeszcze dla oka badającego nie ma żadnego zupełnie pewnego objawu choroby i kiedy badanie co do krętków daje wynik ujemny. Zapomocą tej próby można ocenić, czy dotychczasowe leczenie, stosowane tylko z powodu objawów i wskazań, wypływających z doświadczenia klinicznego, było wystarczające. Według Neissera jest dodatni odczyn pewnym objawem istniejącej jeszcze choroby i naodwrót brak tegoż odczynu jest dla korzystnego pojmowania danego przypadku niezmiernie ważny.

Z osiemnastu chorych naszych, okazujących wybitne objawy kiły drugorzędnej, a leczonych przetworami rtęciowymi, u siedmiu wystąpiła wyraźna zmiana odczynu. Możnaby do tej liczby dołączyć dwóch chorych, leczonych wcieraniami, okazujących po leczeniu zmniejszenie odczynu dodatniego, a w takim razie liczba ujemnych odczynów, otrzymanych po leczeniu, wynosiłaby połowę leczonych przypadków. Pewne różnice co do długości czasu, potrzebnego dla zmiany odczynu, a zarazem ilości użytego środka, jakie zaznaczały się między wstrzykiwaniami przetworów nierozpuszczalnych, a wcieraniami, nie mogą przeważać na korzyść wcierań, choćby z tego względu, że przy stosowaniu przetworów nierozpuszczalnych, jak n. p. salicylanu rtęciowego, nie odrazu cała ilość wstrzykniętego środka ulega wessaniu, lecz często pozostaje czas dłuższy w miejscu wstrzyknięcia, między mięśniami. Dlatego też różnice między wcieraniami, a wstrzykiwaniami w kierunku zmiany odczynu mogą się zaznaczać tylko w krótszym okresie czasu, a więc przy pierwszych leczeniach i wobec tego nie mogą świadczyć na korzyść jednego lab drugiego sposobu leczenia.

Dotychczasowe wyniki, uzyskane na podstawie leczenia, kontrolowanego zmianą odczynu, jakkolwiek przemawiają według Boasa i innych na korzyść takiego leczenia, to jednak nie mogą być rozstrzygające z tego względu, że spostrzeganie tych przypadków dotąd jest za krótkie. Na podstawie naszych badań stwierdziliśmy, że do wyraźnej zmiany odczynu potrzeba w większości przypadków więcej swoistego leczenia, niż tego same objawy choroby do swego

ustąpienia wymagają; wobec tego leczenie takie ma także ujemną stronę, polegającą na przeładowaniu ustroju przetworami rtęci. Statystyka leczonych według wskazówek samego tylko odczynu mogłaby być tylko wtedy przekonywająca, gdyby wykazywała, że u leczonych w ten sposób i okazujących stale odczyn ujemny nie zjawiają się zmiany późniejsze, jak wiąd rdzenia, porażenie postępujące i t. d. Na uzyskanie zaś takiej statystyki potrzeba wielu lat, obecnie zatem może jeszcze za wcześnie, aby normalnym wskaźnikiem leczenia miał być odczyn W. N. B.

Chociaż dzisiaj już ilość wszystkich badanych przypadków zapomocą próby W. N. B. wynosi przynajmniej kilkanaście tysięcy, to pomimo tego otwiera ta próba jeszcze rozległe pole do pracy doświadczalnej, a każde doświadczenie będzie stanowić cegiełkę w tej budowie, która w przyszłości może okazać się równie wielką i pełną znaczenia, jak epokowe odkrycie Schaudinna.

Piśmiennictwo. 1) Baetzner W.: Die Bedeutung der Wassermann'schen Serumreaktion für die Differential Diagnose der chirurgischen Syphilis (Münch med. Woch. 1909. S. 330). — 2) Bauer I.: Zur technischen Vervollkomnung des serologischen Luesnachweises (Deutsche med. Woch. 1909. S. 433). — 3) Beckers I. K.: Zur Serodiagnostik der Syphilis (Münch. med. Woch. 1909. S. 551). — 4) Bettencourt Nicol. Sero-diagnostic de la syphilis (Arch. do real. Instit. bacteriol, Camara Pestana II. Tan II. Lisbonne 1908). — 5) Blaschko A.: Ueber die klinische Ververtung der Wassermann'schen Reaktion (Deutsche med. Woch. 1909. S. 583). — 6) Blumenthal Franz i Roscher: Ueber die Bedeutung der Wassermann'schen Reaktion bei der Syphilis während der ersten der Infektion folgenden Jahre (Med. Klinik 1909. Nr 7. S. 241). — 7) Boas: Die Bedeutung der Wassermann'schen Reaktion für die Theraphie der Syphilis (Berlin. klin. Woch. Nr 13. 1909). — 8) K. Bruck i E. Gessner: Ueber Serumuntersuchungen bei Lepra (Berl. klin. Woch. 1909. Nr 13). — 9) Bruhns i Halberstaedter: Zur praktischen Bedeutung der Serodiagnostik der Syphilis (Berl. klin. Woch. 1909. Nr 4). — 10) J. Citron: Ueber die Grundlagen der biologischen Quecksilbertherapie der Syphilis (Med. Klinik 1909 Nr 3, str. 86). — 11) Eisenberg i Nitsch: O odczynie Wassermanna ze sztucznym wywoływaczem (I zjazd intern. polskich 1909). — 12) Engelmann: Ein Beitrag zur Serodiagnostik der Lues in der Geburtshilfe (Centralbl. f. Gyn. 1909. Nr 3, str. 85). — 13) Fischer W.: Die Bewertung der Wassermann'schen Reaktion für die Frühdiagnose und die Therapie der Syphilis (Med. Klinik 1909. Nr 5, str. 173). — 14) Hecht: Die bisherigen Ergebnisse der Wassermannschen Syphilisreaktion (Prager med. Woch. 1908, str. 737). — 15) Hinrichs W.: Der serologische Luesnachweis mit der Bauerschen Modifikation der Wassermann'schen Reaktion (Med. Klinik 1908. Nr 35) — 16) E. Hoffmann i Blumenthal: Die Serodiagnostik der Syphilis und ihre Verwertbarkeit in der Praxis (Dermatologische Zeitschrift T. XV, str. 23 1908). — 17) F. Höhne: Ueber die Bedeutung der positiven Wassermann'schen Reaktion (T. XVI, str. 273. 1909 Dermatologische Zeitschrift). — 18) Prof. Jaworski i Łapiński: Wyniki rozpoznawcze i lecznicze otrzymane w schorzeniach kiłowych przy kierowaniu się odczynem Wassermann Neisser-Brucka (Przegląd lekarski, str. 454. 1909). — 19). E Klausner: Ergebnisse mit der von mir angegebenen Präcipitationsreaktion bei Syphilis (Prager med. Woch. 1908. Nr 46). — 20) Kopp: Ueber die Bedeutung der Wassermannschen Serodiagnose der Syphilis für die Praxis (Münch. med. Woch., str. 957 1909). — 21) Kraus i Levaditi: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitatsforschung 1902. T. 2. — 22) Lesser: Weitere Ergebnisse der Serodiagnostik der Syphilis (Deutsche med. Woch. 1909, str. 379). — 23) Levaditi, Laroche et Iamanouchi: Le diagnostic précoce de la syphilis par la méthode de Wassermann (Compt. rend. Soc. Biol. T. 64. 1908. Nr 15). — 24) L. Meier: Wann soll sich der Arzt der Wassermann'schen Serumreaktion bedienen (Allg. Med. Central-Zeitung 1909. Nr 9). — 25) Neisser: Ueber die Verwendung des Arsacetins (Ehrlich) bei der Syphilisbehandlung (Deutsche med. Woch. 1908, str. 1500). — 26) Plaut i Henck: Zur Fornet'schen »Präcipitat«-Reaktion bei Lues und Paralyse (Berl. klin. Woch. 1908. Nr 24). — 27) O. Porges i G. Meier: Ueber die Rolle der Lipoide bei der Wassermann'schen Syphilis (Berl. klin. Woch. 1908 Nr 15). — 28) Pürckhauer: Wie wirkt die specifische Therapie auf die Wassermann Neisser-Bruck'sche Reaktion ein? (Münch. med. Woch. Nr 14. 1909). — 29) Rajchman i Szymanowski: Uwagi praktyczne w sprawie odczynu Wassermanna (Przegląd lek. Nr 25. 1909). — 30) Sachs H. i Rondoni P.: Beiträge zur Theorie und Praxis der Wassermann'schen Syphilisreaktion (Zeitschrift f. Immunitätsforschung 1909. T. 1, str. 132). — 31) Schatiloff P. i Isabolinsky M.: Untersuchungen über die Wassermann-Neisser-Bruck'sche Reaktion bei Syphilis (Zeitschr. f. Immunitätsforschung T. I. 1909, str. 316). — 32) Seligmann E.: Zur Kenntnis der Wassermann'schen Reaktion (Zeitschr. f. Immunitätsforschung T. I. 1909, str. 340). — 33) Schürmann: Luesnachweis durch Farbenreaktion (Deutsche med. Woch. 1909 Nr 14). — 34) E. Stern: Über einige Bedenken gegen die Bauer'sche Modifikation der Wassermannschen Reaktion (Berl. klin. Woch. 1909. Nr 11). — 35) Szymansky, Hirschbruch i Gardiewski: Luesnachweis durch Farbenreaktion (Berl. klin. Woch. 1909. Nr 19). — 36) O. Thomsen i H. Boas: Die Wassermann'sche Reaktion bei kongenitaler Syphilis (Berl. klin. Woch. 1909. Nr 14). — 37) Tschernogubow: Eine einfache Methode der Serumdiagnose bei Syphilis (Berl. klin. Woch. 1908. Nr 47). — 38) Wechselmann: Postkonceptionelle Syphilis und Wassermann'sche Reaktion (Deutsche med. Woch. 1909. Nr 15).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Karewski. **O nowszych sposobach chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc.** (*Zeitschr. f. Tubercul.* XIV. Z. 6). Doszczętne chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc nie znalazło zastosowania, a to rzecz prosta z następujących powodów. Po pierwsze trudno jest na pewno stwierdzić, że dane n. p. ognisko w płucu jest jedynem, a gdyby nawet i to dało się wykazać, to właśnie przypadek nadawałby się raczej do leczenia dyetetyczno-higieniczno-lekowego, jak bądź co bądź do poważnej, a o wątpliwym wyniku operacyi. Także i kwestya operacyjnego otwierania jam nie znalazła zwolenników. Po pierwsze znów tutaj taksamo zaznaczyć trzeba, że jamy rzadko są pojedyncze, a powtóre przypadki takie dotyczą osób już zwykle wynędzniałych. Nie da się też w końcu zaprzeczyć, że nie znamy prócz doszczętnego wycięcia pewnego sposobu leczenia gruźlicy części miękkich. Statystyka też dlatego przedstawia się smutno. Z 36 dotąd operowanych przez nacięcie płuca, zaledwo jeden wyzdrowiał, w 30% nie uzyskano żadnego efektu po operacyi, owszem chorzy wskutek operacyi nabawili się uporczywej przetoki, reszta umarła po operacyi w przeciągu 2 lat, a 14% bezpośrednio wskutek zabiegu. Obecnie też nacinamy jamy gruźlicze w płucach jedynie wtedy, gdy n. p. przy operacyi otoku ropnego opłucnej natrafimy wprost na nie. Wobec tych smutnych wyników nowoczesna chirurgia zwróciła się przy leczeniu gruźlicy płuc w inną stronę, mianowicie nie wprost atakuje ona płuco, ale działa na nie drogą pośrednią, t. j. przez klatkę piersiową. Na mocy badań Freunda staramy się uruchomić szczyty przez wycięcie chrząstki pierwszego żebra. Dotychczasowe wyniki nie mówią nic pewnego. Z zupełnie znów przeciwnego stanowiska wychodzą chirurgiczne zabiegi, leczące gruźlicę przez wywołanie ucisku płuca, a więc unieruchomienia takowego, a przez to pobudzenie chorego organu do bliznowatego kurczenia się. Badania bowiem wykazały, że często n. p. jama poprostu dlatego zagoić się nie może, że przez zrosty jest umocowana do klatki piersiowej i przy bliznowatem kurczeniu się płuca raczej się powiększa, zamiast się zapadać i goić. Gdzie niema zrostów, tam próbować można uciskać płuca przez wprowadzanie gazu do jamy opłucnej. Ponieważ powietrze za prędko ulega wessaniu, przeto wprowadza się zwykle azot. Forlanini zaczyna od 150 cm i stopniowo wprowadza coraz więcej gazu, natomiast inni n. p. Murphy i Brauer odrazu wywołują silny ucisk płuca, wprowadzając 1—3 litrów gazu. Celem uniknięcia zatorów powietrznych odsłaniają sobie Küttner i Brauer do zabiegu opłucnę, robiąc małe cięcie w międzyżebrzu, rozdzielając mięśnie międzyżebrowe na tępo i przebijając opłucnę tępą kaniulą. Czasem po tych wpędzaniach powstają odmy w tkance podskórnej, znikają one jednak po kilku dniach. Celem lepszego jeszcze unieruchomienia płuca ustala potem Niedner klatkę piersiową zapomocą przylepca. Wyjątkowo spostrzegano po wpędzeniu powietrza objawy, które nazwano »rzucawką opłucną« (drgawki, utrata przytomności, niedowłady kończyn górnych, ustanie oddechu i t. p.). Zwykle objawy te są przemijające. Dotąd wykonano zabieg ten prawie w 2000 przypadków i prze-

ważnie zyskiwano dobre wyniki. Ilość prątków w plwocinie się zmniejszała, czasem nawet prątki znikały, podobnie plwocina zmniejszała się, ustępowały krwotoki, ustępowała sinica, chorzy przybierali na wadze i podmiotowo czuli ulgę. Ewentualnie powtarza się wpędzenie w kilka miesięcy do roku lub dwóch. Sekcye wykazały też korzystny wpływ ucisku na proces gojenia się płuca. Tam, gdzie istnieją liczne zrosty, wpędzanie gazu niema racyi bytu, albowiem nie może ono ucisnąć całego płuca. Dla tych przypadków zastosowano też rozległe usuwanie żeber, celem ugniecenia płuca zapomocą ciśnienia atmosferycznego od zewnątrz. Zabieg ten wykonuje się pozaopłucnie. Zabiegu wykonywać nie należy przy gruźlicy innych narządów. Wogóle co do stosowania zabiegów chirurgicznych w gruźlicy płuc podać można następujące prawidła: 1) Zabiegi te są wskazane przy sprawie jednostronnej w razie braku powikłań w innych narządach i to wtedy, gdy inne sposoby lecznicze nie prowadzą do celu. 2) Operacya Freunda jest wskazana przy poważnych, ale ograniczonych zmianach szczytowych tam, gdzie wykazać się daje zwężenie lub sztywność szczytowego pierścienia kostnego. 3) Ugniecenie płuca nadaje się do wykonania w razie rozległych zmian jednostronnych, mających dążność do zaciągania się. 4) W razie braku zrostów i względnej zdrowości opłucnej stosować należy zabieg mniej niebezpieczny, t. j. wpędzenie gazu, zaś w razie rozległych zrostów, lub tam, gdzie wpędzanie gazu pozostało bez wpływu, próbować można pozaopłucnego odkostnienia chorej połowy klatki piersiowej. *Klęsk.*

Cameron. **Kliniczne spostrzeżenia nad rakiem sutka.** (*Brit. Med. Journ.* 6. III. 1909). W pracy swej przytacza C. bardzo ciekawe przypadki nawrotów operowanego raka sutka, dowodzące, jak cierpienie to jest nieobliczalne i różne. U jednej n. p. chorej wystąpił miejscowy nawrót dopiero w 27 lat po odjęciu sutka. Nawrót ten zoperowano i chora czuła się dobrze $5^1/_2$ lat, poczem zmarła na zapalenie płuc. W drugim przypadku w $11^1/_2$ lat po operacyi sutka wystąpił rak, lecz o innej budowie anatomicznej w kiszce odchodowej. W trzecim przypadku w $10^1/_2$ lat po odjęciu prawej piersi z powodu raka, wystąpił rak w piersi lewej, skutecznie zoperowany. W czwartym wreszcie przypadku, w 9 lat po odjęciu sutka, chora złamała bez widocznej przyczyny udo, a badanie wykazało tamże przerzut nowotworowy, na który wreszcie chora zakończyła życie. Dodać tu należy, że w podanych przypadkach odjęto tylko pierś bez wypaproszenia pachy. Skuteczność operacyi nie zależy zatem tyle od samego zabiegu, ile od natury i złośliwości samego guza. Są n. p. guzy, które miejscowo, t. j. w sutku są zaledwo wyczuwalne, a dają już duże i rozległe przerzuty. Dlatego też wielkość pierwotnego ogniska nie jest wcale decydującą i nie dowodzi n. p. gdy guz jest mały, że rak istnieje dopiero od niedawna. W niektórych przypadkach operacya niedoszczętna leczy, w drugich nawet bardzo rozległa i wczesna wprost szkodzi. W razie zajęcia rakowatego gruczołów pachowych mimo braku wykazalnego guza w sutku, należy sutek usunąć (?). Obecnie jest też naszym obowiązkiem zabierać przy operacyi i oba mięśnie piersiowe. W przypadkach zajęcia gruczołów nadobojczykowych lepiej już nie operować. *A.*

Müller. **Leczenie pełzaniem przy leczeniu skrzywień kręgosłupa.** (*Med. Klinik*, 1909 Nr 31). Wprawdzie pełzanie uważa M. za bardzo dogodny i energiczny środek leczniczy, to jednak nie może się zgodzić na to, by pełzanie samo wystarczało do wyleczenia kręgosłupa, jak to twierdzi Klapp w Nrze 25 »Med. Klinik«. Klapp twierdzi tam między innemi, że gorset jest już obecnie wobec leczenia pełzaniem zupełnie niepotrzebny. M. wątpi, czy pełzaniem samem wyleczyć można skrzywienia drugiego, a zwłaszcza trzeciego stopnia. Ma w leczeniu nawet chorych od Klappa, którzy pełzali już kilka lat! Sam Klapp w podanej pracy twierdzi, że należy uważać na nieodpowiednie »trzymanie się« dzieci w szkole i w domu. To »uważanie« nie należy chyba rozumieć w znaczeniu słowa, bo przestrzeganie niewiele tu pomaga, a n. p. w nocy dziecko trzymać się może we śnie także krzywo. Jedynie gorset spełniać tu może to zadanie. Zarzucają gorsetom, że szkodzą one rozwojowi organizmu. To niesłuszne. Zapewne gorset, kupiony w sklepie, może nieraz prędzej zaszkodzić, jak pomódz. W czasie snu nieocenione usługi oddaje łóżeczko reklinacyjne Lorenza. Nadto przy leczeniu skrzywień kręgosłupa nie obejdziemy się i nadal bez gimnastyki i miesienia, gdyż n. p. gimnastyka prócz miejscowego działania ma też zadanie poprawiania stanu ogólnego. Pełzaniem leczyć też możemy skrzywienia kręgosłupa, ale jedynie obok innych sposobów leczenia. *Klęsk.*

Braun. **O nadawaniu się do operacyi (Operabilität) raków żołądka.** (*Deut. med. Wochs.* 1909, Nr 30). Zdanie B. da się skreślić następująco: Do operacyi nadają się zwykle raki wyczuwalne przez powłoki, t. j. w tem znaczeniu, że naodwrót raki stwierdzone na pewno klinicznie, lecz przez powłoki niewyczuwalne, są już zwykle nieoperacyjne. Raki odźwiernika zwykle o tyle nadają się do operacyi, że wczas dają wyraźne objawy, natomiast w innych przypadkach odczekuje się nieraz dopiero wystąpienia charłactwa lub nagłego chudnięcia. Podobnie brak kwasu solnego, a obecność mlecznego należy często już do późnych objawów raka. Boas wyraził zdanie, że rak żołądka daje tem lepsze szanse do wyzdrowienia po operacyi, im dłużej istniał, a pozostał jeszcze operacyjnym. Klinika zdanie to w zupełności potwierdza. (W wielu klinikach panuje znów odrębne zapatrywanie, bo raki wyczuwalne łatwo uważa się już zwykle za nie nadające się do operacyi. *Przyp. ref.*). *K.*

Zembrzuski. **O leczeniu przepuklin pachwinowych wrodzonych u dzieci.** (*Przegl. chirurg. i ginekol.* T. I, Z. 1). Na mocy swego doświadczenia (30 operacyi przepuklin u dzieci) dochodzi Z. do następujących wniosków: 1) O ile wprawdzie wyleczenie paskiem przepuklinowym przepukliny u dzieci nie jest wykluczone, to jednak ze względu na liczne niedogodności lepiej i pewniej jest polecać operacyę, gdyż ta wcale niebezpieczna nie jest, a daje szybkie i pewne wyleczenie. 2) Do operacyi nadają się i najmłodsze dzieci. 3) Operować należy sposobami jak najprostszymi, a więc n. p. po przecięciu powłok, oddzielenie worka przepuklinowego od powrózka nasiennego u pierścienia zewnętrznego, odprowadzenie zawartości, założenie podwiązki na worek, pozostawienie tegoż na miejscu lub przecięcie poniżej podwiązki (Drobnik), w końcu 1—2 szwów na odnogi (*crura*), zeszycie skóry, opatrunek kollodyonowy. 4) Do najtrudniejszych aktów należy odłączenie cienkiego worka od powrózka. Anschütz i Jaboulay radzą naciąć ścianę worka i powyżej zapomocą krzywej igły założyć od wewnątrz szew kapciuchowy, unikając schwytania naczyń sznurka lub nasieniowodu. 5) U dzieci postępowanie podług Sławińskiego (oddzielenie nasieniowodu, a przewiązanie naczyń powrózka wraz z workiem) jest ze względu na odżywienie jądra ryzykownem, w przeciwieństwie do starszych. 6) Po trudnem oddzieleniu worka występuje często u dzieci przemijający obrzęk moszny. 7) Podniesienia ciepłoty po operacyi i bez powikłań występują bardzo często. 8) Szwy wewnętrzne najlepiej zakładać z katgutu jodowego, a nie z jedwabiu. *Klęsk.*

Doc. Meisel. **Przyczynek do wiadomości o lewostronnym ropniu podprzeponowym.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 28). Ropnie podprzeponowe początek swój biorą prawie z reguły z jamy brzusznej, rzadziej z piersiowej. Głównym punktem wyjścia bywa wyrostek robaczkowy. Droga powstawania ropni podprzeponowych przy zapaleniu wyrostka jest łatwo zrozumiała, gdy chodzi o ropnie powstałe na tle rozległego zapalenia otrzewnej. Tu zakażenie sięga aż do przepony i ropień powstaje przez odgraniczenie się sprawy. Ale bardzo często tego bezpośredniego połączenia przez otrzewnę niema. Maydl twierdzi, że ropnie podprzeponowe powstają wtedy drogą krwi lub limfy, dalej drogą tkanki zaotrzewnej, idąc naipierw ku nerce prawej, a stąd przekraczając linię środkową i dostając się pod przeponę. Doświadczenie kliniczne, jakoteż doświadczenia na zwierzętach przekonały Meisla, że opisywana przez Mikulicza postać rozległego stopniowo postępującego zapalenia otrzewnej jest niezmiernie rzadka. Zwykle albo rozwija się postać ograniczona, albo też sprawa wybucha w otrzewnej nagle na całej przestrzeni. Meisel nabrał przekonania, że powstawanie ropni drogą zaotrzewną jest bardzo rzadkie; powstają one prawie z reguły śródotrzewnie, lecz potem ulegają przez zrosty wyodrębnieniu, sprawiając wrażenie ropni zaotrzewnych. Ropowica zaotrzewna prawdziwa ma skłonność do bardzo szybkiego rozlewania się, a nie do tworzenia ograniczonych ropni. Ropnie więc podprzeponowe podług Meisla powstają jedynie śródotrzewnie na tle zapalenia otrzewnej. Mogą one pozostać ukryte i dopiero w pewien czas, nieraz w 1—2 lata dać pierwsze objawy, tak że wtedy związek przyczynowy z dawno przebytem zapaleniem pozornie staje się wątpliwym. *K.*

Boas. **Nowy bezkrwawy sposób leczenia krwawnic.** (*Arch. f. Verdauungskr.* XV. 2). Boasa »nowy sposób« chirurgowi wydać się musi co najmniej dziwnym. Wychodzi przy nim B. z założenia, że często krwawnice leczą się same. Przy uwięźnięciu krwawnic dotąd staraliśmy się je jak najprędzej czy to zoperować, czy odprowadzić i uwolnić z zaciśnięcia. B. zaś dąży do czegoś wprost przeciwnego, t. j. stara się to zaciśnięcie zużytkować dla leczenia, poleca więc chorym jeszcze przeć sil-

nie, a nawet wyciąga dalej guzki krwawnicze zapomocą ssawek. Przez 3—4 dni zwiększa się stale obrzęk, ale potem, jak twierdzi B., krwawnice maleją wybitnie, tworząc już po 14 dniach lekko owrzodziałe (?) guzki, wielkości soczewicy. Objawy podmiotowe nie są przytem, jak twierdzi B., zbyt przykre. (Wprawdzie nie przeczymy, że często uwięznięcie krwawnic ustępuje samo, a nawet poprzednie przypady znikają, jednak nie wolno zapominać o tem, że takie uwięznięcia nieraz pociągnąć mogą za sobą groźne zakrzepy i zapalenie żył i tkanki okołokiszkowej, a nawet ropnicę. *Przyp. sprawozd.*). *A.*

Mac Lean. **O ropniu wątroby.** (*Mediz. Klinik* 1909, Nr 27). Ropnie wątroby występują często na tle czerwonki, i to głównie czerwonki, wywołanej przez pełzaki (ameby). Występują one pojedynczo lub mnogo i bywają różnej wielkości. Klinicznie stwierdza się szaro-ziemistą barwę twarzy, zapadnięte oczy, perłowy blask spojówek i bole wątroby, rozpromieniające się do ramienia. Przy uciskaniu łuków żebrowych chory odczuwa ból często w miejscu ropnia. Przy oddychaniu szanuje odpowiednią stronę i leży więcej na boku zdrowym. Zwykle występują ropnie w prawym płacie wątroby. Ropa bywa szaro-żółta, bardzo gęsta, nie cuchnąca i często jałowa. Rokowanie przy ropniu wątroby nie jest tak złe, jak zwykle podają. Ropnie ulegają nieraz samoistnie otorbieniu, wessaniu, lub przebijają do jelit lub na zewnątrz. Wielką rolę odgrywa tu siedziba ropnia. Najpomyślniejszem jest usadowienie się ropnia powierzchowne w prawym płacie od przodu, poniżej 6. żebra. Przed operacyą przystąpić należy zawsze do przekłucia próbnego. Igieł używać należy niezbyt cienkich (2 mm kalibru), i 12 cm długich. Nakłuć wykonać można i kilkanaście bez obawy złych skutków. Samo nakłucie nie może wyleczyć sprawy, jak to niektórzy twierdzą, bo ropa bywa bardzo gęsta i przez igłę odchodzi tylko częściowo. Przy ropniach powierzchownie od przodu leżących wystarcza zwykłe nacięcie. Nieraz jednak trzeba docierać do ropnia zapomocą wycięcia żeber, lub przez opłucnę. Nawet i po ciężkich operacyach otrzymywał M. L. wcale dobre wyniki. Przypadki ropni wątroby wobec żywego obecnie ruchu kolonialnego spostrzega się obecnie w Europie coraz częściej. *K.*

Janssen. **Spożytkowanie naturalnych sił ochronnych jamy brzusznej w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego i rozległego zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 25—26). Wyniki naszego operacyjnego leczenia rozległego zapalenia otrzewnej są obecnie znacznie lepsze, a to dzięki temu, że umiemy zużytkować naturalne siły ochronne jamy brzusznej, do których należą zdolność tworzenia zrostów i wielka zdolność wydzielnicza. Typem postępowania tutaj jest leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego. W klinice düsseldorfskiej Witzla operuje się wogóle wcześnie, ale z drugiej strony, gdzie można, odkłada się zabieg do operacyi na zimno, lub odgraniczenia się sprawy ropnej w imię zasady wypowiedzianej w tytule. Wskazówką postępowania powinno być wyglądanie chorego i stan tętna. Ciepłota, liczba ciałek białych i napięcie powłok nie pozwalają odróżniać sprawy miejscowej od ogólnej. Co do postępowania operacyjnego, to w klinice Witzla postępuje się w ten sposób, że przy sprawie wychodzącej z przedziurawionego wyrostka otwiera się szerokiem cięciem, równolegle i na zewnątrz od naczyń podbrzusznych, jamę brzuszną bez względu na to, czy ona jest zakażona, czy nie, i w około ogniska tamponuje się jamę brzuszną na wszystkie strony ciepło-wilgotnymi kompresami, poczem ognisko znajduje się niejako zewnątrzotrzewnie. Przy ogólnem zapaleniu otrzewnej postępują operatorzy bardzo rozmaicie. Jedni tamponują, inni sączkują, jeszcze inni zaszywają powłoki, jedni operują sucho, drudzy płuczą jamę brzuszną i t. p. W klinice Witzla unika się toalety suchej, albowiem wycieranie na sucho niszczy bardzo błonę surowiczą. Rozległe płukania roztworem soli kuchennej nie są też odpowiednie, albowiem mogą rozszerzać zakażenie. Wobec tego radzi J. postępować pośrednio, to jest usuwać wydzielinę zapomocą ciepłych mokrych kompresów i wacików. Po operacyi niektórzy chirurdzy zaszywają powłoki częściowo lub nawet prawie zupełnie, a to w nadziei, że zeszyte powłoki brzuszne działać będą jako naturalna tłocznia, co korzystnie wpływa na ruch jelit i wydalanie wydzieliny ropnej na zewnątrz. J. uważa to zapatrywanie za zupełnie mylne, bo w pierwszych dniach po operacyi czynność powłok brzusznych zeszytych i bolesnych, równa się zeru. Jedynie szeroka tamponada, a raczej sączkowanie jest właściwe. Witzel zaniechał już dawno tamponady podług Mikulicza, albowiem przekonał się, że wywołuje ona nieraz poprostu zastój treści, przeszkadza ruchowi jelit i usposabia do licznych zrostów. Zamiast niej używa W. szklanych sączków z oczkami bocznemi, zakończonych kulką. Takich sączków otoczonych gazą wprowadza się kilka; zajmują one niewiele miejsca, wybornie wyciągają wydzielinę, dają się każdej chwili i bez bolu zmieniać lub usuwać; nadto nie trzeba zmieniać tak rychło i często opatrunków, jak przy tamponadzie gazą. Sama operacya nie jest jednak wszystkiem, a leczenie następowe odgrywa tu niemniejszą rolę. Leczenie to w pierwszym rzędzie dotyczy podtrzymywania czynności serca. Makowiec należy zupełnie odrzucić, a dbać o wypróżnienia (zakładanie rurki do odbytnicy). Znakomicie działa ciepło, stosowane na całe ciało, albo także miejscowo (płaszcze elektryczne). Czynność wydzielniczą jamy brzusznej podnosić należy przez częste wlewania podskórne roztworu soli kuchennej (w 24 godzin 3—4 litrów), trwające do tygodnia. Przy zapaleniu otrzewnej, wychodzącem z wyrostka, układać należy chorych po operacyi więcej na boku prawym. W ten sposób postępuje się w klinice Witzla i wyniki są wcale dobre. Pracę swą kończy Janssen słowami: »Racyonalne i pełne odpowiedzialności leczenie rozległego ropnego zapalenia otrzewnej rozpoczyna się właściwie dopiero wtedy, gdy chory po zabiegu operacyjnym znajdzie się znowu w łóżku«. *K.*

Gutzeit. **Znaczenie krwotoku śródotrzewnego przy drążących zranieniach jelit.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 26). O ile krwawienie śródotrzewne jest nieraz bardzo groźne, o tyle z drugiej strony może ono też być niekiedy dla chorego zbawienne, jak o tem przekonał się G. w jednym przypadku, dotyczącym 10-letniego chłopca, u którego zatyczka ślepego naboju dostała się przy wybuchu przez ranę ponad lewem więzadłem pachwinowem do jamy brzusznej. Przy operacyi, dokonanej dopiero w 3 dni po wypadku z powodu zapalenia otrzewnej, znalazł G. 3 przedziurawienie jelita cienkiego z wypływem kału i przerwanie naczynia krezkowego blizko przyczepu jelitowego krezki. Na szczęście skrzepy krwi utworzyły naokoło miejsca zranionego wał, który odgraniczył je od reszty otrzewnej. Po zaszyciu jelit i podwiązaniu naczynia powolne zdrowienie, powikłane prawostronnym ropniakiem opłucnej. Krwotok w tym przypadku powstrzymał rozwinięcie się rozległego zapalenia otrzewnej. Zwykle rzecz ma się odwrotnie, t. j. treść jelita dostaje się szybko do jamy otrzewnej, a wzdęcie jelit i napięcie powłok wstrzymują krwawienie. Rozległy krwotok może oczywiście przyprawić chorego o utratę życia. *K.*

Capelle. **Trwałe wyniki po operacyi przepukliny nadbrzusznej.** (*Beitr. z. klin. Chirurgie* T. 63, II). Przepuklina nadbrzuszna jest stosunkowo dość częsta (1% ogólnej liczby), lecz pamiętać należy, że także dość często towarzyszy ona innym cierpieniom żołądka, zwłaszcza wrzodowi i rakowi, i dlatego trwałe wyniki nie przedstawiają się idealnie. Tak na 48 zebranych przypadków zbadano następowo 36, i z tego zaledwo w 9 można było mówić o idealnem zgojeniu. Wprawdzie tylko u 6 chorych nastąpił nawrót (4 zmarli w 2 lata po operacyi), ale u pozostałych mimo miejscowo dobrego stanu blizny, przypadłości utrzymywały się nadal, a pochodzi to stąd, że jak wspomniano, przepuklina towarzyszy zwykle cierpieniom żołądka i główne przypadłości pochodzą od nich. Na mocy tego doświadczenia C. jest zdania, że jakkolwiek często operacya przepukliny nadbrzusznej jest łatwa i można się obejść bez otwarcia otrzewnej, to jednak w razie podejrzenia o cierpienie żołądka lepiej zawsze otworzyć otrzewnę i zbadać żołądek, a ewentualnie dołączyć zabieg na żołądku. Nieuwzględnianie stanu żołądka sprawia, że jakkolwiek operacya ta z pozoru jest niewielka, to jednak, jak statystyka wykazuje, nie daje wcale korzystnych trwałych wyników, a nawet często pociąga za sobą śmierć. Tak n. p. Hirnberg przekonał się, że na 22 operowanych w przeciągu krótkiego czasu zmarło 7, t. j. $^{1}/_{3}$ część. *K.*

Foerster i Küttner. **O operacyjnem leczeniu napadów żołądkowych przez wycięcie 7—10. tylnych korzeni grzbietowych.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 63, II). Napady żołądkowe we wiądzie rdzenia należą do cierpień bardzo dla chorych przykrych, a objawiają się bolami i przeczulicą żołądka, paleniem, czkawką, wstrętem do jadła, przeczulicą skóry brzucha i t. p. Chorzy wskutek wynędznienia i utraty soków podupadają prędko na siłach i wtedy jedynie silnemi dawkami morfiny można sprawić ulgę, co znów niekorzystnie wpływa na zdrowie. W jednym uporczywym przypadku K. spróbował wycięcia tylnych grzbietowych korzeni. Postanowił postąpić dwuczasowo, otworzyć kanał rdzeniowy, a na następnem posiedzeniu wyciąć korzenie. Przypadłości po laminektomii pogorszyły się jednak tak bardzo, że w 11 dni już ze wskazania życiowego otworzył K. oponę twardą i z korzeni tylnych od 7—10 wyciął po kilka centyme-

trów, poczem oponę i resztę rany zaszył na głucho. Wynik operacyi był nadzwyczajny. Wszelkie przypadłości ustąpiły, chory odzyskał apetyt, a obecnie w 3 miesiące po operacyi stan jest zupełnie zadowalniający. *K.*

Prof. Stubenrauch. **O tworzeniu się torbieli w odsznurowanych resztkach wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 35). Bardzo często wskutek zgorzeli wyrostka robaczkowego pewne części tegoż ulegają samoistnemu odsznurowaniu i z biegiem czasu tworzą potem torbiele. Podobne przypadki znane są już w literaturze, podał je n. p. Sonnenburg. S. dodaje 3 nowe. Taka odsznurowana część wyrostka robaczkowego może leżeć potem nawet dość daleko od kiszki ślepej i często przeocza się ją przy operacyi lub też bierze za coś innego, n. p. gruczoł chłonny. Tak też sądził o takim kawałku S., wyjął jednak rzekomy gruczoł, a badanie drobnowidowe wykazało, że ma się do czynienia z resztką wyrostka robaczkowego. Zdarza się też często, że wyrostek z natury był bardzo długi. Część obwodowa uległa odsznurowaniu, poczem nastąpiło zagojenie się dośrodkowego końca. Przy operacyi znajduje się wyrostek normalnej długości (blizna bywa zwykle tak nieznaczna, że łatwo ją przeoczyć można), wyjmuje się wyrostek i ani przypuszcza, że pozostała gdzieś jeszcze resztka wyrostka. A właśnie resztki takie stają się często powodem nowych napadów już »bez wyrostka«. Często się też zdarza, że przy operacyi ku zdumieniu nie znajduje się wcale wyrostka. Wydarzyło się to Klemmowi 3 razy, lecz za każdym razem po pilnem szukaniu wynalazł on te odsznurowane resztki, umieszczone w zrostach, i to dość daleko od kiszki ślepej. Zwykle ściany takiej torbieli są jeszcze wcale dobrze zachowane, nawet i błona śluzowa, przyczem ściany wykazują wybitne zgrubienie. Torbiele te mają jedną wspólną cechę, a jest nią prawie zawsze stała wielkość, dochodząca do rozmiarów dużego orzecha laskowego, czem też różnią się od wodniaków wyrostka, które z reguły są znacznie większe i mają ściany stosunkowo cienkie. W wodniakach treść bywa zwykle śluzową lub kolloidalną, a w torbielach mętną, a często zawiera złogi. Słusznie też radzi Klemm, by przy każdej operacyi wyrostka szukać dokładnie tych odsznurowanych cząstek, zwłaszcza jeżeli znajdujemy bardzo krótki wyrostek, lub nie spotykamy go wcale. Postępując w ten sposób, wynajdziemy nieraz torbiele i unikniemy bardzo niemiłych następstw, bo ponownych napadów po rzekomo doszczętnem wyjęciu wyrostka. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 20. października 1909.

Przewodniczy: Prof. Dobrowolski. Obecnych członków: 44.

1) Prof. Rosner przedstawia chorą po **cięciu cesarskiem podotrzewnem** i omawia istotę tej operacyi, jakoteż jej wartość. Zaletą tej operacyi jest usunięcie niebezpieczeństwa zapaleń otrzewnej. Przyszłość tej operacyi zależy od przebiegu następnych porodów u operowanych. Jeśli w przecinanym dolnym odcinku macicy pojawiać się będą pęknięcia, operacya ta będzie musiała być zarzucona.

2) Prof. Majewski wygłosił wykład: **Ciąża a oko.** W dyskusyi wyjaśnia Prof. Dobrowolski, że co do działania wyrośli kostnych (*osteophytes*) na tarczę zastoinową i sposobu powstawania miesiączki zastępczej, nauka jeszcze żadnej odpowiedzi nie dała. Co do *retinitis praealbuminurica* byłoby bardzo ważnem, by badania przeprowadzono na bardzo wielkim materyale, gdyż potem mogliby położnicy oryentować się co do dalszego przebiegu ciąży. Wskazania do wzniecania poronień w przypadkach zmian w oku powinni określać okuliści, gdyż położnicy w tych razach zawsze są tylko wykonawcami.

Sekretarz: *Morawski.*

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie (29/IX—4/X 1909).

Sekcya chirurgiczna.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

1) Vilmos Manninger (Peszt): **Asepsis i amykosis.** Ideał aseptyki, t. j. uchronienie rany od drobnoustrojów, natrafia na wielkie trudności, a to z trzech powodów: 1) zakażenie przez dotknięcie, 2) przez przeszczepienia, 3) zakażenie z powietrza. Wielu wybitnych chirurgów nie ufa odkażaniu opatrunków parą i do operacyi gotuje je, dodając nawet do wody trochę środka odkażającego. Również żadna z metod odkażania skóry chorego i rąk lekarza nie daje bezwzględnej rękojmi jałowości, a co najwyżej osiąga się zmniejszenie liczby drobnoustrojów o 80—90% i z tego też powodu chirurg przedewszystkiem uważać powinien, by rąk swych nie zakażał, w przeciwnym razie używać powinien rękawiczek. Drogą przeszczepienia przenosi się zakażenie głównie przez materyał do szycia i podwiązywania, dlatego też nigdy nie można postępować tutaj za czysto. Podwiązki zakładać się powinno w rękawiczkach, a w ranach zakażonych używać do szwów i podwiązek materyału resorbującego się. Zakażenia z powietrza da się uniknąć przez używanie odpowiednich czapek, masek i t. p. i gdy w sali operacyjnej jest spokój i niema dużo osób. Wogóle płonną jest nadzieja, by uzyskać zupełną amykozę wśród operacyi.—W dyskusyi omawiano wartość różnych sposobów wyjaławiania. Grossich (Fiume) goli tylko skórę chorego i to na sucho, a potem nie myjąc, smaruje nalewką jodową, albowiem woda i mydło osłabiają działanie odkażające. Lucas-Championnière (Paryż) broni starych metod odkażania. Andrews (Chicago) pokazuje klamerki do szwów skórnych i jelitowych. Kuhn (Kassel) objaśnia sposób fabrykacyi swego jałowego katgutu i t. p.

2) Następnie omawiano **sprawę znieczulenia lędźwiowego,** przyczem nie podano żadnych nowych szczegółów.

3) Kümmell (Hamburg): **O wczesnem wstawaniu po laparotomiach.** K. zachwala wczesne wstawanie, albowiem zmniejsza ono liczbę powikłań pooperacyjnych, a zwłaszcza zatorów i zakrzepów, a tworzeniu się blizny nie szkodzi, przeciwnie, wpływa na nią dodatnio.

4) Sondern (Nowy-York): **Nowoczesne badania krwi** i Turan (Peszt): **Serologiczna dyagnostyka cierpień chirurgicznych.** S. zwraca uwagę na wielkie znaczenie badania ilości i jakości ciałek białych, T. zaś na wyniki osiągnięte przez serodyagnostykę, zwłaszcza co do gruźlicy i kiły.

5) Fay-Kiss (Peszt) i Minervini (Neapol): **Regeneracya naczyń krwionośnych i skóry.** Omówienie wyników osiągniętych przez przeszczepianie naczyń i tworzenie się nowych naczyń w tkance ziarninowej.

6) Doyen (Paryż): **Nowy sposób postępowania przy tętniakach — niezupełne podwiązanie tętnic.** Przy tętniakach trudno dostępnych (tętnicy podobojczykowej, aorty brzusznej) zakłada D. powyżej worka tętniaka podwiązkę, zaciskając ją aż do granicy, w której jeszcze tętno wyczuć można. Na kończynach prócz tego wycina D. z worka tętniaka część ściany i zakłada szew podłużny, przywracając prawidłowy kaliber tętnicy.

Garrè (Bonn) zwraca uwagę, że sposób powyższy podał już swego czasu Mattas z Nowego-Yorku. Mc Ewen (Glasgow) wprowadza do tętniaka igłę elektrolityczną. Soresse (Nowy-York) pokazuje przyrządzik do automatycznego łączenia tętnic. Zkevos-Zervos (Smyrna) pokazuje zwierzęta, u których dokonał ze skutkiem przeszczepienia narządów, jak jądra, gałki ocznej i t. p.

7) Przy dyskusyi nad wynikami **leczenia radem i promieniami Röntgena** większe zainteresowanie wzbudził odczyt Delbeta (Paryż). D. wprowadza 3—5 grm. bromku radu w szklanej fiolce zapomocą trójgrańca głęboko do tkanki nowotworowej i pozostawia je tam do 4 dni. Wyniki zadowalniające. Na przekrojach spostrzegać można wybitne działanie wokoło fiolki.

8) Dyskusya **nad rakiem** była mało ożywiona, albowiem odpadły główne odczyty na ten temat Depagea i Monprofita z powodu nieobecności referentów. Meyer (Berlin): **Współdziałanie całego świata lekarskiego w zadaniach badania raka.** M. zachęca lekarzy do prowadzenia dokładnych statystyk raka. De Keating-Hart (Marsylia): **Leczenie raków fulguracyą.** K. H. donosi o 247 przypadkach raka, leczonych fulguracyą. Wogóle wyniki ma bardzo dobre i twierdzi, że ci, którzy otrzymują złe wyniki, popełniać muszą błędy przy leczeniu fulguracyą. Nawet w przypadkach ciężkich, już nie nadających się do operacyi, otrzymał K.-H. w 658 dobre wyniki lecznicze, trwające już przeszło $3^{1}/_{2}$ lat. O ile możności starać się należy o chirurgiczne usunięcie tkanki chorej.

9) Nastąpiła dyskusya na temat **złamań kości i ich leczenia,** przyczem pokazywano różne do tego celu podane szyny i przyrządy.

10) Następnym tematem było: **Leczenie gruźlicy chirurgicznej.**

Klapp (Berlin) mówił: **O zachowawczem leczeniu gruźlicy chirurgicznej.** Przedewszystkiem dbać należy przy leczeniu chirurgicznej gruźlicy o podniesienie odżywienia całego ustroju (leczenie klimatyczne, środki odżywcze, kąpiele słoneczne i t. p.). Miejscowo leczymy gruźlicę zachowawczo: ustaleniem, usunięciem obciążenia stawu, jodoformem i zastoiną. Szablonowo postępować tu nie można, choć z drugiej strony przestrzegać należy pewnych reguł. Tak np. nie należy łączyć leczenia zastoiną z wstrzykiwaniami mieszanki jodoformowej. Ustalenie i usunięcie obciążenia stawów stosuje się głównie przy zajęciu biodra, przy gruźlicy zaś kolana i stopy stosujemy przyrządy usuwające obciążenie, dające się zdejmować, a to celem stosowania zastoiny codzień przez 1—3 godzin, przyczem nieźle działa przed założeniem opaski zastosowanie gorącego powietrza. W ostatnich czasach stosuje K. za radą Lannelonguea codziennie wstrzykiwania 1—2 cm. 60% rozczynu alkoholowego chlorku cynku w otoczenie stawu, celem wywołania odczynu. Najlepsze wyniki osiąga się zwykle przy leczeniu gruźlicy ręki, potem łokcia i stopy. Natomiast gruźlica kolana jest w leczeniu oporniejsza. Przy zakażeniu mieszanem nieraz trudno obejść się bez operacyi. Taksamo operować należy przy sprawach pozastawowych. Często operujemy, jak się wyraża Garrè, ze wskazania socyalnego, np. gdy chodzi o to, by robotnika szybko uczynić zdolnym do pracy. Próby leczenia gruźlicy zaczynem ciałek białych i trypsyną zdają się dobrze rokować. Przy gruźlicy części miękkich nieraz dobre usługi oddają wstrzykiwania 60% alkoholu w okoliczną tkankę.

Lange (Monachium) **Ortopedyczne leczenie gruźlicy kości i stawów.** L. zachęca bardzo do zachowawczego leczenia gruźlicy, gdyż i w ten sposób osiągnąć można wyleczenie niemal w 95%. Leczenie zachowawcze ma na celu 1) zwalczanie ogólne gruźlicy, 2) leczenie miejscowe, 3) zapobieganie tworzeniu się zniekształceń.

Ludloff (Wrocław) **Kiedy i pod jakimi warunkami należy leczyć gruźlicę stawów operacyjnie, a kiedy zachowawczo?** Ogólne poglądy streścić można w ten sposób: 1) W stawie kolanowym zwykle u chorych powyżej lat 7 należy leczyć gruźlicę operacyjnie, t. j. wycięciem stawu. 2) Gruźlica stopy, zwłaszcza u starszych, wymaga prawie zawsze operacyi. 3) Przy gruźlicy biodra w połowie przypadków osiąga się dobre wyniki leczeniem zachowawczem. Operować należy zawsze sprawy ropne. Operacya biodra nie daje tu bezwzględnej pewności wyleczenia, jak wogóle przy gruźlicy, a jest dla chorego bardzo ciężką. Odnosi się to również do gruźlicy kręgosłupa. Przy gruźlicy rąk i łokcia postępować należy o ile można zachowawczo.

11) Gluck (Berlin) **Przedstawienia chorych po wycięciu krtani i gardła z protezami do mówienia.**

12) Spitzy (Graz) **Leczenie porażeń zapomocą plastyki nerwów.** Plastyka nerwów oddaje bardzo cenne usługi, należy jednak operować o ile możności jak najrychlej, nim wystąpią zwyrodnienia i zaniki porażonych mięśni.

13) Ceccherelli (Parma). **Doświadczenia przy nowotworach śródpiersia.** Guzy w śródpiersiu przedniem są dostępne dla noża chirurga. Doszczętnie usuwać można nowotwory łagodne, wychodzące z kości i torbiele skórzaste; nowotwory złośliwe trudniej już usunąć doszczętnie. W śródpiersiu tylnem nowotwory dostępne są dla operacyi, o ile usadowione są w przełyku. Przełyk wyciąć można i zeszyć na rozległości 3 ctm; gdy zajęta przestrzeń jest większa, trzeba wszczepiać końce przełyku w ścianę klatki piersiowej albo zakładać przetokę żołądkową. Najlepszy dostęp do tylnego śródpiersia jest od strony prawej.

14) Tavel (Berno) **O przepuklinach.** Omówienie wskazań i metod operacyjnych różnych przepuklin.

W dyskusyi oświadczono się między innemi przeciw leczeniu paskami przepuklin u dzieci, gdyż wyleczenia są tu tylko pozorne.

15) Gerster (Nowy-York) **Leczenie ogólnego zapalenia otrzewnej.** G. opiera się na własnych 609 przypadkach, z czego 461 dotyczyło zapalenia otrzewnej, wyszłego z wyrostka robaczkowego. G. postępuje w następujący sposób: wypłukuje żołądek, wstrzykuje śródżylnie rozczyn soli kuchennej i podskórnie jeszcze przed operacyą eter, alkohol lub kamforę. Uśpienie eterowe kroplami. Operowanie jak najkrótsze i najprostsze. G. nie przepłukuje otrzewnej, lecz ewentualnie sączkuje zapomocą grubego sączka gumowego, wypełnionego gazą. Rozległa tamponada gazą wywołuje bardzo często następową niedrożność jelit wskutek zrostów.

W dyskusyi jedni mówcy radzą postępowanie suche, inni obfite przepłukiwania otrzewnej.

16) Steinthal (Stuttgart). **Doświadczenia przy przebiciu wrzodu żołądka i jego operacyi.** 15 przypadków własnych, śmiertelność 41·66%. Operować należy odrazu, a nie przeczekiwać wstrząsu, wywołanego przedziurawieniem. Zwykle wystarcza szew warstwowy. Gastroenterostomię wykonywać należy tylko wtedy, gdy wrzód znajduje się w odźwierniku. S. tamponuje ranę.

17) Wspólnie z innemi sekcyami obradowała sekcya chirurgiczna nad **zapaleniem wyrostka robaczkowego.** (Ob. Nr 44 »Przeglądu lek.«).

18) Herczel (Peszt): **Ropnie przynerkowe.** H. omawia etyologię, objawy i leczenie tej sprawy.

19) Kuzmik (Peszt): **Okłucie żylakowych naczyń żylnych przez skórę.** Przy żylakach kończyn dolnych okłuwa K. żyły przez skórę przy zachowaniu ścisłej aseptyki; zaczyna wysoko i postępuje ku obwodowi, zakładając podwiązki w 4—5 ctm. W razie zranienia żyły zakłada K. zaraz poniżej (bliżej palców) drugą, tamującą krwawienie podwiązkę. Okłuwa co ten sposób, że igłę silnie zakrzywioną wbija na 1/2 ctm. od naczynia aż do powięzi i potem podwiązkę silnie zaciska. Przez 1—2 dni odczuwają chorzy bóle. Zmiana opatrunku i wyjęcie nitek po 14—16 dniach. Na 24 przypadków miał K. w 22 wynik bardzo dobry.

Polityka, a medycyna.

Nauki przyrodnicze, a do nich zaliczają się nauki lekarskie, nie mają i nie powinny mieć nic wspólnego z polityką. Ten pewnik odnosi się ze względu na medycynę nietylko do tak zwanych teoretycznych jej gałęzi, ale również i do praktycznych jej działów i do właściwej »sztuki« lekarskiej, do lekarskiego wykonawstwa. Najlżejsza choćby domieszka czynnika politycznego musi być zawsze i wszędzie dla medycyny szkodliwa, utrudnia jej zadania i hamuje postępy.

Mimo to w czasach najnowszych coraz częściej zdarza się niestety, że czynnik polityczny wdziera się tam, skąd raz na zawsze powinien być wygnany. Rozpasanie się namiętności politycznych, zamęt walk rasowych i narodowych oszałamia nieraz nietylko »przeciętne« umysły, porywa za sobą nietylko ludzi, głuchnących w wirze codziennego życia na wszelkie szersze zagadnienia, ale nawet nie oszczędza poważnych badaczy, którzy, usunąwszy się w zacisze pracowni naukowej, mogliby i powinni zdobyć się na wyższe poglądy, którzy trzeźwość i bezstronność głoszą jako swe hasło i obowiązek. Takie czasy nadeszły.

Zjawisko to nie jest oderwane. Jest ono tylko jednym ze skutków ogólnego obniżenia się ideałów, zmateryalizowania się wielu społeczeństw, zwanych cywilizowanemi. Tam, gdzie nauka coraz częściej idzie w służbę interesu osobistego, gdzie się jej używa nieraz tylko jako środka do zdobycia nizkich zysków, tam też jeden tylko do tego krok, by się stawała spodlałą służką polityki. A w tej wstrętnej roli nadaje się, jak każdy środek polityczny, przedewszystkiem do krzywdzenia słabszych. To też nam, Polakom, i innym narodom ciemiężonym, pozbawionym bytu politycznego, jak Czechom i t. d, dają się skutki tego zwyrodnienia dotkliwiej we znaki, niż komukolwiek innemu; odczuwając je boleśniej, żywiej też oceniamy szkodę, powstającą przez to w kulturalnym dorobku ludzkości.

Stąd nie dziw, że znane zajścia w Peszcie, będące tylko dalszym ciągiem tego, co się działo w Madrycie, Washingtonie i t. d., i — jak domyślać się można — sprawione tą samą ręką, odbiły się mnogiem echem w naszych pismach lekarskich i w prasie codziennej. Wszystkie te głosy w jednem są zgodne: że przeciw zrządzonej nam krzywdzie należy podnieść protest, że należy podjąć wszelkie możliwe starania, aby tę krzywdę naprawiono na najbliższym międzynarodowym Zjeździe w Londynie przez zmianę postanowień o międzynarodowej stałej Komisyi Zjazdów, i że nad całą sprawą czuwać powinien u nas stały Komitet dla Zjazdów międzynarodowych. Tejże treści uchwały zapadły również we Lwowie i w Krakowie na naradach przedstawicieli wszystkich korporacyi i towarzystw lekarskich. Bez żadnego porozumiewania się objawiło się jednocześnie wszędzie przekonanie, że nie należy przesądzać przyszłości przez kroki zbyt pospieszne, a nie dość rozważone, i że, licząc się z obecnym ustrojem Zjazdów międzynarodowych, trzeba przedewszystkiem zmierzać do uzyskania w nim należytego dla nas miejsca. Tę jednomyślność opinii należy zarejestrować jako objaw bardzo dodatni.

Napróżno jednak niemal szukać jakiejś reakcyi na oburzające wmieszanie się polityki, a choćby jakiegoś zrównoważonego głosu rozsądku, jakiejś obrony znieważonej w Peszcie dostojności nauki — wśród tych, którzy przy tem bezpośrednio nie zostali ukrzywdzeni. Nie o nas już, ani nie o inne, własnych pozbawione rządów, chodzi narody, bo minął czas złudzeń, że ktokolwiek za nie z poczucia sprawiedliwości się ujmie; ale nie znalazł się dotąd wśród uczonych z Zachodu nikt, ktoby się ujął za samą już godnością nauki, ktoby przynajmniej próbował przekupniów politycznych wygnać z jej świątyni.

Jedyny w tej sprawie odzew, poważny, bezstronny i spokojny, ogłoszony w »Wiener klinische Wochenschrift«, kreśliło pióro — Polaka.[1])

Odzew ten, umiejący się wznieść wysoko ponad wszelkie walki i antagonizmy polityczne i uwolnić od zabarwienia ich namiętnością, godzien jest ze wszech miar uwagi.

Autor stwierdza, że uczucia narodowe przechodzą w dobie obecnej niejednokrotnie w uczucia nienawiści plemiennej, a patryotyzm w szowinizm. Wytwarza się przytem u wielu narodowości przeczulenie, wiara w najwyższą doskonałość własnego, niższość innych narodów, chęć panowania nad nimi i ucisku; wydaje się prawa wyjątkowe, zakazy językowe, urządza się bojkoty ekonomiczne, ba nawet, dochodzi nieraz do barbarzyńskiej bójki fizycznej. Jednem słowem, w »uświadomionym« wieku XX. zaczynają walki plemienne nabierać tych samych cech i odgrywać tę samą rolę, jak fanatyczne walki religijne w średniowieczu, a zarazem zaczynają coraz więcej i coraz szkodliwiej oddziaływać na zupełnie niewłaściwem dla nich polu medycyny.

A jednak, jak nie było nigdy i być nie może medycyny »wyznaniowej«, żydowskiej, muzułmańskiej, czy chrześcijańskiej, tak też nie może być i niema medycyny »narodowej«, niemieckiej, francuskiej, ani angielskiej. Naukowa medycyna pracuje we wszystkich krajach temi samemi metodami, zmierza do wspólnego celu, jest i może być tylko j e d n a. Potoczny sposób mówienia o medycynie niemieckiej, francuskiej i t. d. jest z gruntu fałszywy, co najwyżej możnaby, i to z zastrzeżeniem, mówić o szkołach miejscowych, wiedeńskiej, berlińskiej i t. p., różniących się nieraz znacznie, choć należą do jednej »niemieckiej« medycyny. Lekarz nowoczesny leczy według tychsamych zasad chorego Niemca czy Anglika, a chory również nie ogląda się na narodowość lekarza. Medycyna jest z istoty swej prawdziwie międzynarodowa, to też nie można dopuszczać wpływu politycznego czy narodowego ani do towarzystw i instytutów, ani do dzieł, ani do praktyki lekarskiej. W przeciwnym razie poniosłaby medycyna nieobliczalne szkody. Pominąwszy zupełną zatratę stosunków koleżeńskich i wpływ na praktykę lekarską, wyniknęłoby stąd, co ważniejsza, zahamowanie postępu wiedzy. Nie docenianoby prac lekarskich narodów wrogich, nie sprawdzanoby ich wyników, pomijanoby zupełnie ważny nieraz dorobek naukowy narodów małych.

Oczywiście więc i na Zjazdach lekarskich międzynarodowych nie ma miejsca dla spraw politycznych i plemiennych. A jednak lekarze kilku narodów, usuwając się od udziału w ostatnim Zjeździe, podawali powody polityczne; co więcej, na postanowienia członków Zjazdu starały się wpływać czynniki, nie należące do świata lekarskiego. Wytaczanie takich spraw na Zjeździe lekarskim chybia zupełnie celu. Każdy lekarz, jeśli jest dobrym synem swej ojczyzny, ma względem swego narodu obowiązki, ale te wypełniać powinien i może tylko na odpowiedniem polu, t. j. w organizacyach politycznych, społecznych, w ciałach prawodawczych i t. p.; międzynarodowe Zjazdy lekarskie ani nie są właściwą areną, ani nie mają środków do rozstrzygania sporów narodowych czy politycznych, a gdyby się tego podjąć próbowały, stałyby się wnet niedogodne dla wielu rządów i zamknęłyby sobie same wstęp do wielu państw. To też wnoszenie politycznych spraw, protestów i t. p. na Zjazdach nie może liczyć na żaden skutek i zamiast oczekiwanego pożytku, jeszcze szkodę przynosi. »Bojkot nauki i postępu mści się zawsze tylko na bojkotującym«.

Organicznym błędem był przy tworzeniu instytucyi międzynarodowych zjazdów lekarskich zupełnie niepotrzebnie przeprowadzony podział uczestników według państw, t. j. polityczny. Skutki tego błędu trudno było wówczas przewidzieć; skutki te dziś usunąć trudno. Podział uczestników nie według państw, ale wedle zasady językowej resp. narodowej, na pozór prosty, nie tak łatwo da się wykonać, jakby się zdawało. Są bowiem n. p. narody, posługujące się jednym językiem, a jednak tworzące dwa odrębne państwa, których w jedną grupę złączyć niepodobna: Portugalczycy i Brazylijczycy, Anglicy i Amerykanie, Belgowie i Francuzi; są znów narody, żądające wspólnej reprezentacyi, a podzielone między kilka państw: Serbowie w 5, Polacy w 3 państwach. Są wreszcie narody różnojęzyczne, zespolone zgodnie w jednem państwie i niepragnące wcale rozdziału: Szwajcarya. Jeszcze gorszą jest zasada reprezentacyi państwowej: rozwinięcie jej musiałoby zrodzić znów wątpliwość, czy Austrya i Węgry, Turcya i Egipt mają być traktowane razem, czy osobno? jak postąpić z państwami kolonialnemi? i t. p.

Jedyną drogą wybrnięcia z tego położenia jest dla międzynarodowych Zjazdów lekarskich zupełne przekształcenie ich ustroju, a mianowicie: 1) Zupełne skasowanie podziału uczestników czy to wedle państw, czy wedle narodowości, jakoteż wszelkich komitetów państwowych i narodowych oraz ich przedstawicielstwa. 2) Dopuszczenie na Zjazdach każdego języka, którym mówi najmniej $1/5$ uczestników Zjazdu. 3) Skasowanie wszelkich godności protektorów Zjazdu, przemówień powitalnych ze strony przedstawicieli państw, miast lub narodów; otwarciem i powitaniem Zjazdu zająć się ma tylko m i e j s c o w y l e k a r s k i komitet. 4) Skasowanie wszelkich przyjęć u dworu, zebrań, urządzanych przez władze miejskie i t. p., wszelkie zebrania i rozrywki urządza wyłącznie miejscowy komitet lekarski, usuwając z nich wszelkie zabarwienie narodowe lub polityczne. 5) Usunięcie z programu Zjazdów mów politycznych i narodowych. 6) Za udogodnienia i t. p. ze strony państwa lub miasta, gdzie zebrał się Zjazd, dziękuje tym czynnikom tylko miejscowy komitet organizacyjny, a nie członkowie kongresu.

Przeprowadzenie tej reformy jest zdaniem autora niezbędne. Usunie ono ze Zjazdów niepotrzebny, a kosztowny aparat reprezentacyjny, zamknie raz na zawsze wrota wszelkim domieszkom politycznym, a zarazem pogłębi i ułatwi Zjazdom osiągnięcie ich właściwych celów.

Jeżeli o powyżej streszczonym artykule można bez przesady powiedzieć, że jego zrównoważenie, spokój i bezstronność godnie odpowiadają głoszonej idei, to niestety wprost przeciwne prawie wrażenie sprawia inny, pod podobnym tytułem świeżo ogłoszony feljeton[1]); zawarte w nim zapewnienia bezstronności nie zupełnie godzą się z resztą treści i dźwięczy w nich jakaś nuta fałszywa, a nastrój polityczny, chociaż go się autor odrzeka, przecie jest i tłem i motywem głównym.

Zaznaczywszy, że Komitet główny Zjazdu Peszteńskiego ściśle trzymał się reguły: »Cel Zjazdu jest wyłącznie naukowy« i że dlatego nawet nie odpowiadał na okólniki i różne protesty niektórych narodowości, zapowiada autor, że ukończywszy już urzędowe czynności generalnego sekretarza Zjazdu, wyjawi swoje poglądy »z tradycyonalną niezawisłością profesora wszechnicy«. Po tej trochę uroczystej zapowiedzi podnosi autor, że Komitet peszteński był ze wszystkimi Komitetami narodowymi w jaknajlepszych koleżeńskich stosunkach i że uczynił wszystko, aby uniknąć starć narodowościowych. Jeszcze tuż przed Zjazdem przyrzekł Komitet peszteński Czechom osobną salę na zebranie lekarzy słowiańskich, przyjął tekst mowy urzędowego przedstawiciela Serbii, rozpatrywał prośbę Rusinów o odrębny Komitet narodowy ruski, z Kroatami miał ciągłe stosunki, otrzymał liczne zgłoszenia wykładów z Rumunii. »A jeżeli w ostatniej chwili przeważna część Słowian (i Rumuni) się cofnęła, to z tej przyczyny, że byli zbyt słabi, żeby się oprzeć wpływowi swej narodowej prasy i opinii. I odpokutowali to gorzko. Wśród 2500 zagranicznych i 1500 węgierskich uczestników nikt nie odczuwał ich nieobecności, jako jakiegoś braku«. Tu wymienia autor liczbę uczestników z Niemiec, Anglii, Francyi, wylicza różne państwa i państewka. »W s z y s c y przybyli; także R o s y a n (podkreślenie autora) reprezentowało 273 uczestników, byli też obecni Bułgarzy i Polacy« — pisze autor, poczem tak kończy: »Faktycznie n i k t nie odczuwał braku nieobecnych, ale oni pominęli sposobność, by się osobiście zetknąć z największymi uczonymi wielkich narodów. Zjazd wcale nie zauważył demonstracyi, ani jej nie odczuł, natomiast nieobecni sami pozbawili się prawa, w rzeczypospolitej naukowej występować jako równouprawnieni. Całe to zajście możemy spokojnie uważać za załatwione«.

Przytaczam umyślnie ten znamienny ustęp w dosłownem tłómaczeniu.

Ale niemniej znamienna jest druga część artykułu, w której autor stara się wytłómaczyć swym niemieckim czytelnikom, że niesłusznie posądzali Węgrów o germanofobię. Ta część, nizko

---

[1]) Prof. W. J a w o r s k i; Politik und Nationalität auf den internationalen medizinischen Kongressen. Wiener klin. Wochensch. 1909 Nr. 39.

[1]) Prof. dr Emil v. G r o s z (Budapest): Medizinische Wissenschaft und Politik. Deutsche med. Wochenschrift, 1909 Nr. 42.

skłaniająca się przed »wielkim narodem«, kończy się odwołaniem na świadectwo wszystkich niemieckich uczestników Zjazdu, jako między Węgrami a Niemcami istnieje związek naukowy, jeszcze potężniejszy, niż polityczny.

A po tem wszystkiem:

»Z prac naszych (t. j. Zjazdu w Peszcie) wyłączona jest wszelka polityka, z wyjątkiem jednej, a to polityki wyrównywania przeciwności i jednoczenia sił. Nie znamy żadnej innej broni, jak broń wiedzy, nie służymy żadnemu innemu celowi, jak tylko dobru ludzkości«.

»My« — to autor i jego niemieccy czytelnicy, których autor ze swoim narodem w tak ścisłym widzi sojuszu.

Tymczasem życie przynosi coraz nowe dowody, że świat lekarski nie umie się dostatecznie bronić przed zarazkiem politycznym, nie baczny na wyniknąć stąd mogące szkody dla nauki i cierpiącej ludzkości i obniżenie dostojeństwa i powagi zawodu lekarskiego.

Oto w Nr. 41 »Münchener medizinische Wochenschrift« z r. b. znajduje się artykuł p. t. »Deutsche Ärzte für die Ostmark«.

Czytamy tam, że pismo »Korrespondenz für die deutsche Ostmark«, organ »Niemieckiego Stowarzyszenia dla kresów wschodnich« (HKT.) zarzuciło »Związkowi lipskiemu«, iż utrudnia osadzanie lekarzy-Niemców w Księstwie Poznańskiem i Prusach wschodnich, odwodząc swoich członków od przenoszenia się do tych prowincyi, ponieważ tam nie znajdą oni dostatecznego utrzymania i ponieważ »Związek« z pominięciem zasady narodowości kieruje się tylko tem, czy w danej miejscowości ludność ma już, czy też niema dostatecznej pomocy lekarskiej. Wprawdzie — wywodzi owa »Korrespondenz«, — nie można brać za złe lekarzom niemieckim, że strzegą pilnie swych interesów zawodowych, wszelako »Związek« popada tu w przesadę ze szkodą dla sprawy niemieckiej. Znaczenie lekarzy, adwokatów i t. p. dla sprawy narodowej ocenili już dawno Polacy, kształcąc za pomocą stypendyów z fundacyi Marcinkowskiego w r. 1908 54 słuchaczy medycyny, by ich potem osiedlić w Poznańskiem. »Związek lipski« postępuje tem błędniej, że w Poznańskiem 1 lekarz wypada dopiero na 3585 mieszkańców i 52 km.^{2}, a w Prusach wogóle 1 na 1737 dusz i 18,20 km.^{2}; jest więc w Poznańskiem dość miejsca dla lekarzy Niemców.

Na te zarzuty odpowiada »Związek lipski«, że zadania jego są czysto zawodowe, wszelkie zaś sprawy polityczne, narodowe i wyznaniowe przekraczają jego zakres działania. To też przy osiedlaniu lekarzy musi się »Związek« kierować względami tylko zawodowymi, a nie narodowymi. Osadzenie lekarza-Niemca obok Polaka w miejscowości, gdzie się tylko jeden lekarz może utrzymać, przynosi szkodę obu tym lekarzom i wznieca walkę, obniżającą poziom etyczny i powagę stanu. A jeżeli lekarz-Polak w walce ulegnie i musi ustąpić, to wtedy zdarza się, że rozgoryczony i zmuszony w jaki bądź sposób zdobyć sobie byt, ofiaruje swe usługi jakiejś kasie chorych w innej prowincyi Niemiec w chwili walki tej kasy z lekarzami, działając na szkodę tamtejszych lekarzy. Nie zdarzyło się zaś — wywodzi »Związek lipski«, — aby w takim przypadku niemiecka kasa chorych odrzuciła usługi owego lekarza-Polaka, albo, by rząd zakazał kasie tego lekarza przyjąć. Złe skutki obecnego postępowania rządu wobec lekarzy-Polaków w Poznańskiem spadają przeto na cały stan lekarski w Niemczech. Dopóki rząd nie uchroni lekarzy-Niemców od złych skutków swego dotychczasowego systemu, dopóty i »Związek lipski« nie może doradzać swym członkom osiedlania się na posadach w Poznańskiem. Udzielane przez rząd lekarzom-Niemcom w Poznańskiem subwencye (1200—1800 M. rocznie) są zbyt małe i nie zapewniają im utrzymania, co więcej, każdemu z subwencyonowanych lekarzy może rząd subwencyę każdej chwili zmniejszyć lub wstrzymać, jak również żądać zwrotu wszystkich wypłaconych zasiłków, gdyby subwencyonowany lekarz-Niemiec miejsce swoje przed zastrzeżonym czasem porzucił. Zarzut, że coraz trudniej pozyskać lekarzy-Niemców dla osiedlenia ich w Poznańskiem, należy więc skierować nie do »Związku lipskiego«, ale do rządu i jego obecnego systemu.

Jest niezmiernie znamienne, że »Związek lipski«, uznał za właściwe odpowiadać na artykuł »Korrespondenz für die deutsche Ostmark« i przeciw zarzutom tego pisma się bronić. Ale jeszcze znamienniejsza jest treść wywodów »Związku«. Bo przecież ani wzmianka o tem, że niemieckie kasy chorych nie wahają się w walce z lekarzami przyjmować pozbawionych utrzymania lekarzy-Polaków i że rząd im tego nie zakazuje, ani wskazanie przez »Związek«, iż gadzinowe subwencye dla lekarzy-Niemców w Poznańskiem są zbyt nizkie — komentarza chyba nie potrzebuje.

W stosunkach naukowych i zawodowych przestało być takie lub podobne traktowanie nas przez obcych czemś niezwykłem; nie wywołuje u nas już nawet zdziwienia. Natomiast bezstronny głos cudzoziemca w stosunku do medycyny naszej i lekarzy polskich jest tak rzadki, a życzliwy głos — tak poprostu wyjątkowy, że godzi się, jeżeli się odezwie, przytoczyć go dosłownie.

W miesięczniku »Sowremiennaja Psichiatrja« (zeszyt wrześniowy 1909 r.) pisze p. Semidałow:

»Dnia 28. września b. r. zostanie otwarty w Warszawie pierwszy Zjazd polskich psychiatrów, neurologów i psychologów. Z okazyi tego Zjazdu, z radością witanego przez redakcyę »Sowremiennoj Psichiatrii«, należy zaznaczyć, że z polskiej myśli naukowej zdjęte zostają nareszcie pęta, któremi skrępowaną była przez dziesiątki lat; — polska myśl naukowa, która miała swoje własne źródło, popłynie wreszcie swobodniej swem własnem korytem, zupełnie bez wpływów obcych (niemieckiego, rosyjskiego). Tak też być powinno, gdyż Polska, to kraj mający swoją wielowiekową kulturę, z najwyższymi przybytkami wiedzy i cywilizacyi, z których n. p. Wszechnica Jagiellońska w Krakowie przetrwała przeszło pięć wieków. Wydawałoby się ironią, że w XX. wieku odbyć ma się dopiero pierwszy Zjazd naukowy w Warszawie, gdyby wszyscy nie pamiętali o tem, na jakie trudności napotykały wszelkie dążenia polskich lekarzy, starających się uzyskać polskie Zjazdy naukowe w stolicy swej własnej ziemi. Władze petersburskie zakazywały tych Zjazdów w Warszawie; nie mogły im przeszkodzić w Galicyi, gdzie też Zjazdy zbierały się prawie rok rocznie. (Zjazdy polskich chirurgów, internistów i balneologów). Chcielibyśmy wierzyć, że odtąd nad polską myślą naukową już nie będzie wisiało złe fatum, że Zjazd polskich psychiatrów rozpocznie erę polskich naukowych Zjazdów w Warszawie. Z przeglądu wykładów, zgłoszonych na Zjazd, wynika, że wszystkie one dotyczą tylko strony naukowej psychiatryi współczesnej i nie poruszają zupełnie (ani jeden z nich) zakresu psychiatryi administracyjnej; jednem słowem zupełnie pominięto sprawę opieki nad chorymi. A nie jest to przypadkowe. O ile brak ten nie jest następstwem »rady« udzielonej z Petersburga, to widocznie wypływa on stąd, że w Polsce rosyjskiej, gęściej zaludnionej, niż Francya, niema prawie zupełnie zakładów psychiatrycznych, co znowu jest wynikiem braku samorządu. Stare polskie szpitale, ongiś zamczyska, Jana Bożego w Warszawie i św. Wincentego w Lublinie — są raczej zabytkami przeszłości polskiej psychiatryi, już całkiem zatartej w stolicy kraju, aniżeli zakładami leczniczymi ze współczesnym komfortem i urządzeniami naukowemi. Jedyny w całej Polsce (pod panowaniem rosyjskiem) większy zakład leczniczy psychiatryczny — Tworki, ma na czele administracyę — rosyjską i połowę lekarzy ordynujących — Rosyan. W szpitalu Jana Bożego, drugim stosunkowo wielkim tego rodzaju zakładzie, subsydyowanym przez magistrat warszawski, po śmierci Dra Rotego, ostatniego dyrektora Polaka, urząd dyrektora otrzymał — Rosyanin. Te ciągłe narodowe starcia, na ogólnem tle złych stosunków rosyjsko-polskich w całem państwie, wysoce przeszkadzają rozwojowi naukowemu szpitali i sprawie pielęgnowania chorych. Natomiast w bardzo nielicznych zakładach, powstałych albo ze środków dobroczynnych »Towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi«, lub ze środków niektórych grup ludności (n. p. szpital żydowski w Warszawie, przytułek pod Łodzią), na których zarządzie nie ciąży łapa czynownicza, mimo niedostatku środków materyalnych, ruch naukowy i praca są widoczniejsze i płodniejsze. Zaznacza się to zarówno pracą polskich psychiatrów w miejscowych stowarzyszeniach naukowych i prasie lekarskiej, jak również w ciągłym napływie młodych polskich sił, pracujących w ogniskach naukowych Niemiec, Austryi i Francyi. Gorąco życzymy powodzenia pierwszemu polskiemu Zjazdowi psychiatrycznemu w Warszawie, życzymy mu, aby dał on trwałe i świetne podstawy dla dalszych Zjazdów«. (tłom. z rosyjskiego sł. m. Kuryluk).

W czasach wzmagającej się reakcyi i ponownego ucisku, odbija powyższy artykuł tem jaśniej od rozpasania szowinizmów politycznych, im bardziej wdzierają się one nawet na pole naukowe, kulturalne i humanitarne. Głos taki dzisiaj, zasługuje na zaznaczenie, choćby on był wyrazem poglądów tylko — szlachetnej jednostki. *C.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Lekarze szkolni w Austryi mają być z d. 1. grudnia b. r. ustanowieni w seminaryach nauczycielskich. Urzędowy komentarz do tego zarządzenia wywodzi, że »wybór na tę grupę szkół padł dlatego, ponieważ w zakładach wymienionych, już obecnie zajęci są lekarze jako wykładający somatologię i higienę szkolną i będą mogli wobec tego objąć służbę lekarską szkolną. Także ta okoliczność, że z seminaryami nauczycielskiemi połączone są szkoły ludowe, t. zw. szkoły ćwiczeń, oraz t. zw. ogródki dla dzieci, da lekarzom wspomnianym sposobność rozwinięcia swej działalności na młodzież rozmaitych stopni wieku«. Niemniej jednak odnosi się wrażenie, że w takiem załatwieniu sprawy rolę główną odgrywał wzgląd na oszczędność; dodanie płatnym już przez rząd docentom higieny w seminaryach obowiązków lekarzy szkolnych pociągnie za sobą niewielkie tylko zwiększenie wydatków, a coraz głośniejsze żądania utworzenia lekarzy szkolnych uciszy się na czas jakiś. Jak zwykle — połowicznie, byle tanio. *Z.*

W sprawie lekarzy szkolnych w szkołach ludowych pisze jeden z dzienników wiedeńskich, co następuje: Głosu nauczycielstwa, domagającego się bezustannie lekarzy szkolnych, nikt nie chce usłyszeć, i to zarówno głucha na głos ten jest ludność sama, jak i jej przedstawiciele w ciałach prawodawczych. Może wreszcie otworzy im oczy następujące zdarzenie w jednej ze szkół żeńskich w Wiedniu. Ot już trzeci rok siedziała dziewczynka w pierwszej klasie normalnej. Nauczycielki omijały ze wstrętem biedne dziecię, zeszpecone wrzodami na twarzy i chorobą oczu. Wreszcie trzecia nauczycielka zlitowała się nad dzieckiem, a jeszcze bardziej zaniepokoiła się o zdrowie reszty, 70 dzieci, uczęszczających do tej samy klasy. Starszego nauczyciela prosiła, by dał dziecko zbadać lekarzowi, ten jednak nie wiedział, jak się wziąć do rzeczy. Więc wreszcie nauczycielka sama zaprowadziła dziewczynkę do lekarza obwodowego, który rozpoznał u dziecka kiłę. Natychmiast też dziecko chore ze szkoły usunięto. A więc dwa pełne lata siedziało kiłowe dziecko pośród swych sześcio- lub siedmioletnich niedoświadczonych rówieśniczek i to w klasach, liczących 60 do 70 głów. Jak może zarząd szkół narażać się na taką odpowiedzialność, boć przecie łatwo zdarzyć się mogło, że którakolwiek z uczennic mogła się w szkole zarazić straszną chorobą i to tylko dlatego, że się nowo wstępujących dzieci do szkół ludowych nie poddaje badaniu lekarskiemu? A władze nietylko odwlekają sprawę lekarzy szkolnych (na razie utworzono instytucyę lekarzy szkolnych, ale tylko w seminaryach), ale nawet zdarzyło się, iż lekarzowi, który zgłaszał się do Rady szkolnej, że za darmo chce pełnić czynności lekarza szkolnego, uprzejmie za łaskawą ofiarę podziękowano i jej nie przyjęto. *Stahr.*

Przeciw wiwisekcyom. Istniejący w Austryi »Związek przeciw wiwisekcyom« (z siedzibą w Gracu) rozsyła lekarzom celem zyskania ich podpisów memoryał i projekt ustawy, które imieniem lekarzy(!) mają być wniesione do austryackiej Rady Państwa; ustawa ta ma »uregulować« sprawę doświadczeń naukowych na zwierzętach. Według tej ustawy wolnoby było wykonywać doświadczenia tylko w tych publicznych zakładach naukowych, którebу miały na to osobne zezwolenie namiestnictwa i tylko tym lekarzom, którzyby również mieli na to osobne imienne zezwolenie namiestnictwa, a oprócz tego na każde z osobna doświadczenie pozwolenie komisyi (Thierversuchskommission), złożonej w połowie ze »znawców«, a w połowie z członków towarzystw ochrony zwierząt (!). Komisyi tej ma się pisemnie donosić o każdem zamierzonem doświadczeniu i czekać za każdym razem na jej osobne pisemne zezwolenie(!), a donosząc, ma się podać cel, sposób i czas trwania doświadczenia, oraz sposób znieczulenia zwierzęcia. Wolno zezwolić tylko na takie doświadczenie, które »ma wzbogacić wiedzę przez nowe pożyteczne odkrycie«, a nie wolno wykonywać doświadczeń ani co do zagadnień naukowych, raz już rozstrzygniętych, ani dla celów dydaktycznych, ani wtedy, gdy można zagadnienie rozwiązać także inną drogą bez doświadczenia na zwierzęciu (!). (NB. O tem wszystkiem rozstrzyga owa komisya, złożona z laików, członków towarzystw ochrony zwierząt!). Po każdem doświadczeniu ma być zwierzę zaraz zabite i nie wolno go użyć do drugiego doświadczenia i t. p.

Niema lekarza, któryby nie uznawał, że przy doświadczeniach na zwierzętach należy je ile możności oszczędzać, jak niema chyba poważnego uczonego, któryby się do tego nie stosował i nie był za ukróceniem wszelkich nadużyć, gdyby się jakie gdzie zdarzyły. Ale streszczony powyżej projekt ustawy jest czemś wprost niesłychanem; gdyby taka ustawa weszła w życie, byłoby to równoznaczne z zupełnem zahamowaniem i zniszczeniem postępu nauk przyrodniczych i lekarskich. Wobec niedostatków filantropii, w której zakresie tyle jeszcze jest do zrobienia, wyglądają takie usiłowania przyjaciół zwierząt poprostu na bolesne szyderstwo ze wszystkich dążeń do złagodzenia tysiącznych cierpień ludzkości.

Do memoryału »Związku przeciw wiwisekcyom« dołączono imienny spis lekarzy, którzy memoryał podpisali, liczący przeszło 200 nazwisk. Wśród nich znajduje się aż 50 nazwisk kolegów z Galicyi. Podpisujący memoryał lekarze chyba nie czytali lub nie mieli w rękach projektu ustawy, dołączonego do memoryału! *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. X. do 30. X. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Gródek jag. (Wola dobrostańska 1, Kiernica 1), Kamionka (Chołojów 1), Kałusz (Dolżka 6), Rawa (Magierów 7), Skałat (Kołodziejówka 3), Stryj (Dzieduszyce w. 2), Zborów (Futory ad Zborów 3). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. X. do 30. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 4 (w tem obcych 4 † 3), krztuśca 1 (—), płonicy 8 † — (4 † —), odry 3 (—), duru brzusznego 6 † — (1 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1), tężca 1 † 1. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 3. X. do 16. X. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 29 † 4, odry 10 † 1, płonicy 37 † 4, błonicy 10 † 2, róży 27 † 1, duru brzusznego 67 † 8, duru osutkowego 13, duru powrotnego 6, grypy 3, czerwonki 7 † 1. (*Gaz. lek.* 44).

Wiadomości bieżące.

Kraków. D. 2. XI. 1909 odbyło się wspólne zebranie przedstawicieli Izby lekarskiej, zarządu Towarzystwa lekarskiego i krajowego Związku lekarzy w sprawie znanych zajść na Zjeździe w Peszcie. Przebieg sprawy przedstawił szczegółowo prezes komitetu polskiego prof. Wicherkiewicz. Po obszernej dyskusyi uchwalono zgodnie z postanowieniami, już poprzednio powziętemi przez reprezentacye zrzeszeń lekarskich we Lwowie podnieść protest przeciw postępowaniu komitetu peszteńskiego, oraz prosić stały Komitet polski Zjazdów międzynarodowych, aby podjął stosowne starania u komitetu najbliższego Zjazdu w Londynie o usunięcie krzywdzących narody słowiańskie postanowień.

— W preliminarzu budżetu austryackiego na rok 1910 znajdują się następujące wydatki na cele lekarskie i sanitarne w Galicyi:

Wydział lekarski lwowski 463.708 kor. w wydatkach zwyczajnych (w porównaniu z r. 1909 więcej o 12.432 kor. z powodu wzrostu pięcioleci i t. p., oraz utworzenia demonstratury przy zakładzie fizyologii, asystentury w miejce demonstratury przy zakładzie anatomii i zwiększenia dotacyi kliniki lekarskiej o 200 kor. i laryngologicznej o 300 kor.), a w wydatkach nadzwyczajnych po 3000 kor. na adaptacye w zakładzie chemii lekarskiej i laryngologicznym, drobne zasiłki (1000—1250 kor.) na adaptacye w zakładach psychiatrycznym i histologicznym, 10.000 kor. na wodociągi w klinikach lekarskiej i chirurgicznej, dalsze raty na wyposażenie naukowe zakładu anatomo-patologicznego i farmakologicznego (po 1000 kor.), oraz pierwsze raty na tenże cel dla kliniki pedyatrycznej (2500 kor.) i położniczej (1000 kor.). — Wydział lekarski krakowski 646.345 kor. w wydatkach zwyczajnych (w porównaniu z r. 1909 więcej o 48.057 kor. z powodu wzrostu pięcioleci i t. p., oraz wynajęcia lokalu na zakład histologii, zwiększenia wydatków na klinikę pedyatryczną, dotacyi zakładu farmakologii o 400 kor., medycyny sądowej o 200 kor., anatomii na cele nauczania embryologii o 400 kor.; wydatków na utrzymanie klinik o 22.000 kor.), a w wydatkach nadzwyczajnych 12.000 kor. na urządzenie zakładu chemii lekarskiej (3. rata), 1500 kor. na przyrządy do nauki histologii, 2000 kor. na urządzenie oświetlenia sali operacyjnej kliniki położniczej (2. rata), 1400 kor. na urządzenie łazienek w klinice lekarskiej (1. rata), 3500 kor. na adaptacye i środki dydaktyczne dla zakładu anatomii (1. rata), po 750 kor. na przyrządy dla zakładów embryologii i antropologii, wreszcie ostatnie raty (po

1000—1500 kor.), na wyposażenie naukowe zakładów anatomii patol., patologii dośw., weterynaryi, higieny, kliniki ped., oraz pierwsze raty na tenże cel dla kliniki położniczej (2500 kor.), kliniki chorób skórnych (1250 kor.), zakładów dentystycznego i farmakologicznego (po 1000 kor.).

Dla porównania należy wspomnieć, że Wydział lekarski niemiecki w Pradze ma kosztować w r. 1910 769.398, a więc o 150.000 kor. więcej, niż krakowski, o 300.000 kor. więcej, niż lwowski, chociaż każdy z nich przewyższa go znacznie liczbą słuchaczy i niezaspokojonych potrzeb! Wydział zaś lekarski czeski, największy po wiedeńskim, otrzyma tylko 724.446 kor!

Na nowe budynki i adaptacye zakładów lekarskich w Krakowie i we Lwowie znajdują się w preliminarzu tylko dalsze raty przyznanych już dawniej kredytów.

W budżecie ministerstwa spraw wewn. przeznaczono na wydatki kraj. Rady Zdrowia w Galicyi tylko 4000 kor., t. j. tyle co na Morawach, a mało co więcej, niż w Styryi, Tyrolu (po 3000 kor.) i Karyntyi (2700 kor.)!; na rządowy personal sanitarny (98 lekarzy) 365.210 kor., gdy np. dla Czech (115 lekarzy) 441.171 kor.!; na zakład badania środków spożywczych w Krakowie 26.000 kor., gdy np. na sam niemiecki zakład w Pradze 31.891, a na czeski 27.742 kor. (razem 59.633 kor.), w Gracu 30.426 kor.!

— Na wydział lekarski zapisało się na półrocze zimowe roku 1909/10 słuchaczy zwyczajnych 437, nadzwyczajnych 17, słuchaczek 41.

Lwów. Na posiedzeniu Krajowej Rady Zdrowia w d. 27. IX. b. r. wydano opinie o obsadzeniu 3 posad koncepistów sanitarnych, o utworzeniu nowych okręgów sanitarnych w Chołojowie (powiecie kamioneckim), Przebławiu (powiecie mieleckim) i Kosmaczu (pow. kossowskim), oraz o przeniesieniu siedziby okręgu sanitarnego z Moszczan do innej miejscowości.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lek. wschodnio-gal. w d. 4. X. b. r. oświadczono się za wydaniem koncesyi na aptekę we Lwowie, zaopiniowano przychylnie podanie dr. Skałkowskiego o zamianowanie go znawcą sądowym, przyjęto referat prof. Sieradzkiego w sprawie fałszowania dyplomów lekarskich, uchwalono wnieść przedstawienie do prezydyum apelacyi we Lwowie w sprawie redukcyi przez sąd wyższy należytości, przyznanej dr. H. z D., uchwalono prosić prezydyum Koła polskiego w Wiedniu o interwencyę w sprawie pokrzywdzenia Galicyi przy mianowaniu członków Najw. Rady Zdrowia, wreszcie odrzucono zażalenie położnej na 2 lekarzy, jako nie należące do kompetencyi Izby.

— W sekcyi wychowania fizycznego Zjazdu pedagogicznego we Lwowie w d. 1. i 2. XI. wybrani zostali przewodniczącymi: dr Kosmowski z Warszawy i prof. Bujwid z Krakowa, wiceprezesami dr Fiszer ze Lwowa, dr Opieński z Żółkwi, prof. Popiołek z Cieszyna i p. Gebethnerowa z Warszawy. Gospodarzami sekcyi byli prof. dr Panek i dr W. Serbeński.

— Towarzystwo zabaw ruchowych urządza w połowie listopada ankietę celem ustalenia higienicznych zasad wychowania fizycznego zapomocą gier i zabaw ruchowych i właściwego dostosowania tych zabaw do rozwoju, wieku i płci młodzieży. W ankiecie mają uczestniczyć: prof. dr Beck, prof. dr Kučera, prof. dr Panek, doc. dr. Piasecki, dr K. Wyrzykowski i wiceprezesi Towarzystwa: dr Hojnacki i dr Hornung.

— R. dw. prof. dr Kadyi i rektor prof. dr Szpilman mianowani zostali przez Akademię weterynaryjną honorowymi doktorami.

Warszawa. W d. 1. XI. położono kamień węgielny pod Dom opieki dla upośledzonych umysłowo. Instytucya ta, utworzona w r. 1904 przez zbór ewangelicko-augsburski, opiekująca się obecnie 33 osobami, mieściła się dotąd w domu wynajętym. Nowy zakład staje za rogatkami wolskiemi, a ma kosztować 28.000 rbs.

— Na rozpoczynających się 6. XI. b. r. kursach higieny dziecięcej dla kobiet wykładać będą: Dr K. Pawlikowski (anatomię i fizyologię), Dr Roszkowski (higienę dziecięctwa) i Dr L. Zembrzuski (pomoc w nagłych wypadkach).

— Zakład fizyczno-leczniczy dla leczenia chorób kobiecych otwarli Dr Hubicki, Lorentowicz i Wisznicki.

— W osadzie Przedecz w gub. warszawskiej potrzebny jest lekarz, który otrzyma 400 rb. subsydyum rocznego i mieszkanie. Bliższych wiadomości zasięgnąć można u miejscowego aptekarza.

Z różnych stron. Wydział lekarski uniwersytetu moskiewskiego w r. b. ukończyli pp.: Jan Adamski (*cum eximia laude*), Stefan Lejman (*c. ex. l.*), Czesław Jakubowski, Bronisław Koziorowski, Wacław Kosmowski (*c. ex. l.*), Leon Kryński, Alojzy Orłowski, Paweł Szaniawski (*c. ex. l.*), wszyscy z Królestwa Polskiego.

— 10. XI. b. r. otwarty zostanie dom najstarszego Towarzystwa lekarskiego w Ameryce »College of Physicians in Philadelphia«, przewyższający niewątpliwie wszystkie siedziby Towarzystw lekarskich w całym świecie. Wzniesiony kosztem około 2 milionów koron (z czego część czwartą ofiarował znany milioner Carnegie) zawiera gmach ten 2 wielkie czytelnie, salę zebrań na 500 osób, 3 mniejsze audytorya, pracownie, biura i bibliotekę, obejmującą 100.000 tomów. Biblioteka ta rośnie bardzo szybko, corocznie o 2000 tomów, przedewszystkiem dlatego, że lekarze amerykańscy wszyscy bez wyjątku zapisują swe biblioteki Towarzystwom lekarskim.

— W pułku omskim, przebywającym w Pskowie, wybuchła cholera. Głównodowodzący wojskami okręgu udzielił nagany dowódcy pułku, lekarzom korpusu i dywizyi, a lekarza pułkowego.... skazał na 7 dni aresztu. O tym »nowym, rosyjskim« sposobie walki z cholerą donosi za »Wracz. Gaz.« (Nr 40) »Gazeta lekarska« w Nrze 44.

Zmarli: Dr Aleksander Baranowski w 80 r. ż. w Osięcinach na Kujawach; Dr Leon Sztorc, wychowaniec akademii med.-chir. w Warszawie i uniwersytetu kijowskiego, uczestnik powstania w r. 1863, potem asystent Prof. Gerharda w Würzburgu, następnie lekarz w Warszawie — w 70 r. ż. w Lelowie w kieleckiem; Dr Franciszek Buharewicz w Kiszyniowie.

Redakcya otrzymała: Beck i Bikeles: 1) Badania nad drogami odruchowemi w rdzeniu pacierzowym. »Tyg. lek.«. 2) Einige Beobachtungen über Reflexerscheinungen am Hintertier. 3) Physiol. Untersuchungen, betr. Reflexbahnen in der grauen Substanz des Rückenmarks. »Arch. f. des ges. Physiol.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10. listopada 1909 o g. 6 wieczór w klinice chirurgicznej** (Kopernika 40). Prof. Kader i asystenci kliniki przedstawią szereg przypadków, leczonych w klinice.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Ferromanganin stosowali i polecają: Dr G. Helfer, Wien VIII. Josefstädtterstr. 101, Dr Ernst Mayer, Ybbsitz i Dr J. Wilhelm, Wien IX. Alserstr. — jako środek korzystnie działający przeciw niedokrwistości, błednicy, neurastenii i stanom osłabienia, wreszcie u ozdrowieńców. Dobry smak, jakoteż okoliczność, że przetwór ten łatwo ulega strawieniu i wessaniu, podnoszą jego wartość wobec innych podobnych środków. *Ll. W.*

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie od 2—23. grudnia 1909.

Wyjaśnień udzielają i zgłoszenia przyjmują Prof. Ciechanowski (Wielopole 4), Prof. Dobrowolski (Podwale 2), i Prof. Krzyształowicz (Basztowa 6).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26. listopada do 2. grudnia 1909.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dnie powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się we środę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakteryj chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strze-

lecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Nowak wspólnie z asystentami Dr Szymanowskim i Dr Rajchmanem: Praktyczny kurs bakteryologii: 1) Dyagnostyka bakteryologiczna chorób zakaźnych. 2) Metodyka serodyagnostyczna: aglutynacya, odchylenie komplementu (odczyn Wassermanna i t. p.), opsoniny. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 koron. Najmniej 5 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Męsowicz: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej (Kopernika 15) w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej (Kopernika 15). 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mające. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz wspólnie z asystentem Dr Landauem: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5—6 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8—10 rano. Czesne 20 kor. Najmniej 5 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem Dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5—7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od 8½ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 15 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami Dr Cetnarowskim, Przybylskim i Schlankiem: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Prof. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9.	Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10.	Dermatologie i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.
	Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
	Chirurgia (Prof. Rutkowski) codz. prócz sobót.
9—10.	Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11.	Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.
10—11.	Położnictwo (Prof. Dobrowolski) codz.
10—12.	Pedyatrya (Prof. Lewkowicz). Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—1.	Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki.
12—1.	Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona.	Medycyna wewn. (Doc. Męsowicz, Doc. Latkowski) 4 godz. tyg.
3—5.	Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
4—5.	Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6.	Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6.	Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid) codz.
4—5.	Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
5—7.	Badania laryngol. (Prof. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—8.	Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) wtorki, czwartki
Pora popołudn. na razie nie oznaczona.	Wziernikowanie oka.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Collargol Konsekwentnie przeprowadzone leczenie collargolem (wlewania, wstrzykiwania) leczy przy dostatecznem dawkowaniu wiele przypadków najcięższego **zakażenia ogólnego.**

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek **ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.**

Xeroform Bezwzględnie nietrujący, niedrażniący, dający się wyjałowić **proszek do posypywania ran.** Środek swoisty przy **sączących wypryskach, wrzodzie goleni, oparzeniach.**

Creosotal „Heyden“, Duotal „Heyden“, dawno wypróbowane środki lecznicze przy wszystkich chorobach zakaźnych dróg oddechowych.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 a

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 E. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Ferromanganin

wybitnie oceniany środek przeciw **niedokrewności, blednicy, białaczce, stanom osłabienia, osłabieniu nerwowemu. Środek odżywczy i wzmacniający.**

Nadzwyczaj przyjemnie smakujący i łatwy do przyjęcia przetwór. 93

Wskazania: 1 do 2 łyżek stołowych po jedzeniu.

Panowie lekarze otrzymują z gotowością próbki z

Ferromanganin Cie., Wiedeń, I., Annagasse 3.

Rękawiczki operacyjne 45

z tkaniny nicianej bez szwu według wskazówek Ś. p. Tajnego Radcy Med. P. **de Mikulicza-Radeckiego.** Tylko wtedy gwarancya za prawdziwość i trwałość, jeżeli każda para z marką **D. R. G. M. 357 545.** Sprowadzać przez: **J. E. LEWY, Breslau I. Handschuch-Manufaktur.** Używane od lat w Król. klinik ch i wielu zakładach prywatnych.



KALIFORNIJSKI

SYRUP FIGOWY „CALIFIG“

nazwa prawnie strzeżona

poleca się najgoręcej panom lekarzom jako niezawodny, przyjemny, łagodny i pewnie działający środek przeczyszczający. Wskutek swego miłego smaku nadaje się szczególnie dla praktyki u kobiet i dzieci. Bez wszelkich szkodliwych działań ubocznych. — Sposób użycia we wszystkich językach krajowych przy każdej flaszce.

235 b

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kor. 3. — za 1/1 fl., Kor. 2. — za 1/2 fl.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 86 Clerkenwell Road.

Próbki dla lekarzy bezpłatnie i opłatnie.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Miesienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 125

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Borovertin

szybko działający, niedrażniący, środek odkażający **mocz**

Rurka po 20 kołaczyków po 0,5 gr: borovertiny. 9 b

Piśmiennictwo do rozporządzenia Panów Lekarzy.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmaceutische Abteilung, Berlin S. O. 36.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin“
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa **znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze **formułki: oryginał Matula.** Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 13. listopada 1909. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni Sanatoryum w Zakopanem.

Badania krwi wedle metody Arnetha wogóle, a w szczególności w gruźlicy.

Podali

K. Dłuski i M. Rozpędzihowski.

(Według wykładu na Zjeździe balneologów polskich w kwietniu 1909).

Punkt wyjścia naszych badań jest czysto kliniczny. Pomijając już tę okoliczność, iż rozpoznanie gruźlicy płuc w początkowym okresie, pomimo udoskonalonych metod badania fizycznego i stosowania próby tuberkulinowej w jej rozmaitych postaciach, przedstawia często ogromne trudności, sam przebieg gruźlicy jest skądinąd tak nieprawidłowy, tak pełny niespodzianek, że należyte zoryentowanie się w danym stanie chorego również jest połączone z wielkiemi trudnościami. Stąd też i rokowanie bywa niepewne, a nawet niemożliwe. Już przeszło przed 50 laty zwrócił na ten charakterystyczny rys gruźlicy płuc uwagę taki genialny badacz, jak Brehmer, i niejednokrotnie podkreśla to w swych pracach. My także moglibyśmy przytoczyć sporo przykładów z naszych spostrzeżeń w Sanatoryum, gdzie najpomyślniejszy w ciągu kilku miesięcy przebieg sprawy płucnej, przy znakomitej poprawie stanu ogólnego, robi raptem, bez żadnych widocznych przyczyn, zwrot ku gorszemu, objawiający się gorączką, podupadnięciem stanu ogólnego i t. d. I w takich razach, dopiero po dłuższym przeciągu czasu dają się wykryć nowe ogniska w innych narządach lub pogorszenie w dawnych ogniskach płucnych. Ale nim sprawa się wyjaśni, lekarz pozostaje w niepewności przy łóżku chorego, nieświadom przyczyny, pogorszenie sprowadzającej. Bywa też i naodwrót. Zdarzają się również przypadki, gdzie płuca i stan ogólny poprawiają się wyraźnie, waga wzrasta, poprawiają się jednocześnie takie ciężkie powikłania, jak n. p. gruźlica krtani, a tymczasem gorączka z większemi lub mniejszemi wahaniami trwa uporczywie, świadcząc o zakażeniu lub intoksykacyi ustroju z dawnych ognisk, lub o powstaniu nowych, — których określenia, przy stosowaniu obecnych metod badania, podać niepodobna — lub wreszcie, — co możliwe, — z przekształcenia się ognisk nieczynnych w czynne. Przeprowadzenie zaś granicy między niemi należy, jak wiadomo, do najtrudniejszych zagadnień klinicznych z dziedziny gruźlicy. W tych wszystkich, wcale nierzadkich przypadkach należyta ocena niejasnej sytuacyi i wysnucie z niej wniosków na przyszłość stają się nieraz niemożliwe. Zwróciliśmy się więc do metody badania krwi Arnetha z myślą, czy nie znajdziemy w niej klucza do wyjaśnienia tych powikłanych zagadnień.

Metoda Arnetha znana jest w naszem piśmiennictwie z dwu bardzo cennych i wyczerpujących prac: Żeleńskiego, który przeprowadził wielce ciekawe badania wedle tej metody u dzieci, i Bocheńskiego, którego badania dotyczą przypadków zakażenia gnilnego u kobiet. Pozwolimy sobie jednak przedstawić w ogólnych zarysach teoryę Arnetha, gdyż z nią związane są zasadnicze, wielkiej wagi zagadnienia, które stanowią przedmiot sporu zarówno z teoretycznego stanowiska, jak i z punktu widzenia praktycznych, właściwie klinicznych wyników.

Jak wiadomo, badania Arnetha dotyczą tylko jednego gatunku krwinek białych, a mianowicie »neutrofilnych«. Punktem wyjścia jego badań była ta okoliczność (na którą kładzie on silny nacisk), że wyłącznie ilościowe badania krwinek białych w poszczególnych chorobach zakaźnych, — zamknięte w formule »hyperleukocytoza« lub »hypoleukocytoza« — nie mówią nam nic bliżej o nasileniu zakażenia lub intoksykacyi, choćby ze względu na to, że stosunki ilościowe w jednych i tych samych chorobach podlegają ogromnym wahaniom. Nie mogą więc one służyć za dostateczny wskaźnik dla danego stanu chorobowego i dlatego wielkiej wartości klinicznej nie posiadają. Arneth zaś, uwzględniając stosunki ilościowe, zwrócił się do badań stosunków jakościowych w układzie neutrofilnym, opierając je na 2 zasadniczych podstawach: 1) na teoryi Miecznikowa, która, jak wiadomo, głosi, że pojawienie się »substancyi ochronnych« w surowicy krwi następuje przez rozpad krwinek białych, a nie przez wydzielanie; 2) na teoryi hematologicznej — dziś z różnych stron podawanej w wątpliwość — a mianowicie: że szpik kostny w warunkach prawidłowych jest jedynem siedliskiem wytwarzania się całego gatunku neutrofilów.

Pierwotną formą całego gatunku jest »myelocyt«, t. j. białe ciałko o dużem, okrągłem ze słabemi konturami jądrze, słabo barwiącem się, wypełniającem niemal całą treść ciałka, oraz o skąpej ziarninie. W miarę rozwoju tej pierwotnej formy, stosunki się zmieniają: ziarnina staje się obfitsza, jądro przybiera kształty bardziej zróżniczkowane, staje się wklęsłem, przyjmując postać nerki lub podkowy. Przy dalszym rozwoju następuje podział jądra (w którego

szczegóły wchodzić tu nie będziemy) i tym sposobem powstają ciałka o 2, 3 i 5 jądrach, w rzadkich tylko przypadkach ilość jąder bywa większa. — Ciałka o wielu jądrach stanowią najbardziej dojrzałą postać leukocyta »neutrofilnego«. Zgodnie z takiemi założeniami wypada, że im ciałko starsze, tem więcej zawiera »substancyi ochronnych«, tem samem rola jego w walce ustroju z zakażeniem lub intoksykacyą jest ważniejsza. Wedle obrazowego porównania przez Żeleńskiego układu »neutrofilowego« do armii, rzecz się tak przedstawia: »im więcej ginie regularnych żołnierzy, tem więcej musi państwo powoływać młodzieży na plac boju, aby nią wypełnić zdziesiątkowane kadry«. Ustrój więc broni się, wysyłając w pierwszej linii na pole bitwy najlepsze swe siły, a gdy te giną, posługuje się podrzędniejszemi. Stąd też stają się jasne: wprowadzona przez Arnetha klasyfikacya ciałek »neutrofilnych« na 5 klas stosownie do ilości jąder, czyli tak zwany »obraz neutrofilowy« Arnetha, i. zmienność jego, czyli przesuwanie się obrazu na lewo lub na prawo stosownie do nasilenia zakażenia i przebiegu choroby [1]).

Ale sama podstawa teoryi Arnetha, przedstawiająca taką odrębność systemu »neutrofilowego«, została zaatakowana przez różnych autorów, w pierwszym rzędzie przez Grawitza, który dowodzi, że, obok szpiku kostnego, są inne narządy (np. śledziona), występujące jako siedlisko wytwarzania się »neutrofilów«, zwłaszcza w stanach chorobowych (Dominici). Grawitz przyjmuje możność przekształcania się limfocytów w ciałka »neutrofilne«; w szczegóły wchodzić nie będziemy. Z tych sprzecznych jednak poglądów wyłaniają się na podstawie badań Weidenreicha i Pappenheima takie wnioski, że układ »neutrofilowy« przedstawia jednak pewną morfologiczną całość, w której odbywa się stały rozwój od postaci pierwotnych, jednojądrzastych, do coraz więcej zróżniczkowanych.

Ale oprócz powyższej krytyki, Grawitz i Hiller na podstawie swych badań odrzucają zupełnie stopniowy rozwój postaci jednojądrzastych, dowodząc, że wielojądrzastość wcale nie jest objawem rozwoju, lecz tylko zjawiskiem ruchu lub sztucznym wytworem przy utrwalaniu preparatu. Hiller powiada, że we wszystkich badanych przez siebie przypadkach znajdował 80—86% »neutrofilów« o jednem jądrze, a reszta z dwoma jądrami, przyczem tylko drobna cząstka, a mianowicie 0·5—0·8% neutrofilów, posiadała trzy jądra. Inny znów przeciwnik Arnetha, Politzer, twierdząc również, że obraz »neutrofilowy« Arnetha jest sztucznym wytworem, nieodpowiadającym rzeczywistości, dowodzi, że we wszystkich preparatach znajdował najmniejszą ilość jąder 5 i że ilość ta dochodzi do 15.

Mówiąc o tych wszystkich sprzecznościach, zaznaczyć winniśmy, że nasze własne badania, przy uwzględnieniu wskazówek Arnetha, doprowadzają nas do wniosku, że obraz Arnetha nie jest tworem sztucznym, lecz odpowiada istotnym stosunkom w układzie »neutrofilowym«. Poświęcimy kilka słów stronie technicznej badań.

Wszystkie badania nasze, z wyjątkiem kilku, dokonywane były zgodnie z wymaganiami Arnetha u chorych, będących naczczo. Tym sposobem unikamy, zwłaszcza przy obliczaniu ogólnej ilości leukocytów, pomyłek, wypływających z tak zwanej leukocytozy trawiennej. Do określania ogólnej ilości ciałek białych obliczaliśmy z reguły sześć razy całkowitą siatkę szkiełka Thoma-Zeissa i z tych sześciu preparatów obliczaliśmy dopiero liczbę średnią.

Co się tyczy preparatów do klasyfikowania neutrofilów, to utrwalanie ich w pierwszej seryi naszych badań odbywało się suchym sposobem Ehrlicha w termostacie, przez ogrzewanie do 120° przez przeciąg jednej godziny. Później jednakże zmieniliśmy ten sposób na szybszy i prostszy — utrwalanie ich w mieszaninie alkoholu absolutnego i eteru. Co do barwienia, to początkowo trzymaliśmy się ściśle przepisów Arnetha i stosowaliśmy do wszystkich preparatów pierwszej seryi chorych (55 przypadków) trójbarwik kwaśny Ehrlicha. Widzieliśmy w nim wiele zalet, podnoszonych przez samego Arnetha, a o których wspomnieliśmy poprzednio przy ogłaszaniu pierwszej seryi naszych badań [2]). Następnie jednakże przekonaliśmy się, zwłaszcza przez porównanie z innemi metodami, że barwik Ehrlicha obok wspomnianych zalet posiada główną wadę, mia-

---

[1]) Oryginalność pomysłu Arnetha polega na klasyfikacyi ciałek neutrofilnych, stosownie do liczby jąder i ich większego lub mniejszego zróżniczkowania. Prawidłowy obraz ciałek tych przedstawia się w liczbach zaokrąglonych, bez ułamków, według następującego wzoru:

I.			II.			III.			
M.	W.	T.	2 K	2 S	1 K 1 S	3 K	3 S	2 K 1 S	2 S 1 K
—	—	5	—	23	12	2	6	17	16
5%			35%			41%			

IV.					V.
4 K	4 S	3 K 1 S	3 S 1 K	2 K 2 S	i t. d. 5 K 5 S 4 K 1 S
4	—	6	2	5	
17%					2%

Litera *M.* w klasie I. oznacza myelocyty. Litera *W.* ciałka o jednem nieznacznie zazębionem jądrze (wenig eingebuchtet). Litera *T.* ciałka o głęboko zazębionem jądrze (tief eingebuchtet). Rubryki następnych klas przedstawiają wszystkie możliwe kombinacye z jąder o kształcie zupełnie okrągłym *K* (Kern); jąder, których kształt jest wydłużony, przedstawiający mniejsze lub większe pętle *S* (Schlingen). Tak więc w klasie III. *2 K 1 S* oznacza leukocyt o dwu okrągłych jądrach i jednej pętli.

Przesunięcie się obrazu na lewo podczas choroby będzie świadczyć o niknięciu starszych, wielojądrzastych ciałek i zastąpieniu ich dla wyrównania tej straty — dzięki wzmożonej czynności szpiku kostnego — przez młodsze pokolenia. Przesunięcie to dochodzi czasem od 90—100° w pierwszych 2 klasach, a nawet i do 100° w jednej tylko I. klasie, jak wykazuje Funck w swym przypadku białaczki. Przy pomyślnym przebiegu choroby, obraz, dzięki polepszeniu całego stanu ustroju, a tem samem i uzdrowieniu stosunków hematologicznych, będzie się przesuwał na prawo, zbliżając się ku prawidłowemu.

[2]) Patrz nasz artykuł w »Gaz. lek.« Nr 1—9, 1908. »Badania krwi według metody Arnetha i t. d.« i referat nasz na Zjeździe w Washingtonie (1908 r.).

nowicie, że nie oddaje dokładnie konturów jąder, daje pole do domysłów i wpływów osobistego punktu widzenia danego badacza i szybko nuży wzrok, co tembardziej ujemnie może wpływać na wyniki obliczeń. Z tego powodu uważaliśmy zmianę sposobu barwienia za wskazaną i zwróciliśmy się do hematoksyliny z eozyną. Barwik ten, jak wiadomo, wykazuje nitki chromatynowe nawet w ich najbardziej subtelnej postaci. Wobec tego jądra leukocytów wydają się stale zapomocą nitek tych między sobą połączone. Nitki te, niewidoczne przy stosowaniu barwika Ehrlicha i wskutek tego przy tem barwieniu pomijane, musieliśmy, jak to robi Arneth, jak to zresztą czynili i inni autorowie, również przy barwieniu hematoksyliną pomijać i nie brać zupełnie w rachubę przy obliczaniu i klasyfikowaniu neutrofilów.

Wychodząc z tego punktu, uważaliśmy za jednojądrzaste formy tylko te z neutrofilów, które przedstawiały wyraźną jednolitość (»kompaktkernige« według Weidenreicha). Inne zaś formy, widocznie złożone z kilku segmentów jądrowych, połączonych pomiędzy sobą niemal pajęczemi, cienkiemi nitkami, uważaliśmy zależnie od ilości tych segmentów za należące do II, III, IV lub wreszcie V klasy.

Nie znaleźliśmy bowiem nigdzie u Arnetha zaprzeczenia, by przy pewnych sposobach barwienia nie można było wykazać, że ściśle rzecz biorąc, jądra leukocytów tworzą przez owe nitki chromatynowe całość narządu jądrowego. Chodzi o co innego. Przyjąwszy za podstawę w danej sprawie, że większe zróżniczkowanie jądra, czy to nazwiemy »wielokształtnością« czy »wielojądrzastością«, dowodzi większej dojrzałości danego leukocyta, staramy się wielokształtność ową ująć w pewne ramy i poddać analizie. Analizę tę należałoby w ten sposób rozumieć, że nie chodzi tu właściwie o stwierdzenie, że leukocyt *A* ma dwa razy większą ilość jąder od leukocyta *B*, lecz że ten pierwszy jest dojrzalszy, bardziej zróżniczkowany od drugiego i że wskutek tego, zgodnie z podstawową hypotezą Arnetha, wytwarza większą ilość ciał ochronnych. — Ujmowanie wszystkich leukocytów w klasy nie oddaje i nie potrzebuje, zdaniem naszem, oddawać istotnego stanu wielojądrzastości danego leukocyta, a jest tylko formą spostrzegania, ułatwiającą oryentowanie się w stosunkach, panujących wśród leukocytów. Jeżeli więc można stawiać zarzuty teoryi Arnetha, to zdaniem naszem, można je formułować tylko w ten sposób: czy istotnie wielokształtność jest dowodem dojrzałości danego leukocyta i zdolności do walki, czy też objawem jego starzenia się i zaniku owych zdolności i czy rzeczywiście w walce ustroju z zakażeniem lub intoksykacyą przedewszystkiem giną właśnie te leukocyty, najbardziej zróżniczkowane. To zaś może być rozstrzygnięte jedynie na drodze badania, jak zachowują się te formy w stanach chorobowych ustroju. I tylko w tym celu, by na pytania powyższe odpowiedzieć, przedsięwzięliśmy nasze badania. Skoro bowiem klinika orzeknie, że istotnie danym stanom chorobowym towarzyszy pewne i stałe znikanie z obiegu krwi tych wielokształtnych form, to cel, w jakim podana została metoda Arnetha, zostanie zupełnie osiągnięty, a znaczenie jej utrzymane.

Ponieważ przy stosowaniu najlepiej nawet barwiących jądra barwików może niekiedy zachodzić wątpliwość, do której klasy zaliczyć daną postać, postanowiliśmy pomijać takie wątpliwe formy i nie liczyć ich wcale. Dla wyrobienia sobie zdania, do jakiego stopnia badanie metodą Arnetha może być zależne od osobistego widzenia i ponieważ wszystkie preparaty obliczał Rozpędzihowski, niezależnie od tamtych przeprowadził badania kontrolujące na 10 preparatach Dłuski. Okazało się przytem, że chociaż pierwiastek podmiotowości nie jest obcy metodzie Arnetha, to jednak nie odgrywa on zbyt wielkiej roli, ponieważ różnica, jaka zachodziła między nami, wynosiła średnio w 10 badaniach zaledwie 4%.

Wreszcie zauważyć należy, że z reguły obliczaliśmy 100 leukocytów neutrofilnych, przyczem obliczanie odbywało się na dwóch najbardziej udatnych preparatach.

(C. d. n.).

W sprawie zwalczania szerzenia się twardzieli.

(Według referatu przesłanego na XVI międzynarodowy Zjazd lekarski).

Napisal

Prof. Dr Aleksander Baurowicz.

Zapytany przez komitet sekcyi dla chorób górnych dróg oddechowych XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, jaki temat uznałbym za stosowny do referatu, oświadczyłem się za tematem w sprawie zwalczania twardzieli. Wskutek tego oddano mi sprawę tę do referatu, który w skróceniu przesłałem do komitetu. Nie mogąc osobiście sprawy tej przedłożyć, odniosłem się do komitetu, by wniosek mój — zaliczenia twardzieli do chorób zakaźnych, co do których obowiązuje doniesienie do urzędu zdrowia, oddano pod uchwałę Zjazdu międzynarodowego, z uznaniem konieczności tej uchwały we wszystkich państwach.

Nie bez przesady nazwałem, w jednej z mych prac, twardziel trądem galicyjskim, która, choć nie tak zakaźna, przecież szerzy się coraz bardziej w Galicyi; zajmując drogi oddechowe, ciężkie za sobą pociąga następstwa. Dotknięci tą chorobą, zarażają nią innych i przenoszą ją do różnych miejscowości tak w kraju, jak i zagranicą.

Jeszcze dziś rozpoznanie tej choroby — choć przypadki jej w Galicyi, zwłaszcza w jej wschodniej połowie, są bardzo liczne — w wielu razach jest błędne i bardzo często zmiany, wywołane przez twardziel, odnosi się do przewlekłego nieżytu górnych dróg oddechowych, mianowicie do jego postaci suchej, lub uważa się je za następstwa zakażenia kiłowego późnego okresu. O tej postaci twardzieli, gdzie nos zewnętrzny, względnie otwory nozdrzy ulegają zmianom kształtu, nie wspominam tutaj, gdyż te przypadki wyjątkowo z podobnemi zmianami, powstałemi z innych przyczyn, bywają mieszane. Mylne rozpoznawanie twardzieli ma przyczynę w braku dostatecznej wprawy w badaniu górnych dróg oddechowych, względnie w tem, że badanie tych dróg sposobem właściwym przy użyciu reflektora wyjątkowo bywa stosowane. Przecież dzisiejsza generacya lekarzy przez obowiązkowe studyum chorób górnych dróg oddechowych ma sposobność zapoznawania się z tem badaniem, potrzebaby tylko było, by badaniem tem posługiwała się także w praktyce lekarskiej. By jakataka wprawa w badaniu oddała badającemu rzeczywiste usługi, należałoby i po uzyskaniu dyplomu, przy uzupełnianiu w kierunku praktycznym swej wiedzy lekarskiej, nie zapominać i o chorobach górnych dróg oddechowych, a wtedy błędy w rozpoznawaniu twardzieli będą się zdarzały wyjątkowo. Chcąc skutecznie zwalczać szerzenie się twardzieli, musi się

przedewszystkiem rozpoznać tę chorobę, by następnie przez odpowiednie zapobieganie nie dopuszczać do przenoszenia się cierpienia na inne osobniki w tej samej lub innej okolicy, czy w innym kraju.

Dlatego w pierwszej linii w każdym przypadku twardzieli należałoby dowiedzieć się dokładnie o obecnem miejscu zamieszkania chorego, a dalej, śledząc okres mniej więcej rozpoczęcia się choroby, dowiedzieć się, gdzie przebywał chory poprzednio i jak długo, wreszcie z której miejscowości jest rodem. Ponieważ wiadomo jest, iż przypadki twardzieli wyjątkowo zdarzają się pojedynczo i takie są zazwyczaj zawleczone, należałoby w miejscach pobytu, czy zatrzymania się chorego, śledzić za innymi przypadkami tej choroby, by w ten sposób dochodzić do jej ogniska. O każdym stwierdzonym przypadku twardzieli, z uwzględnieniem powyższych szczegółów, powinno się donosić do urzędu zdrowia, który znów przez odpowiednie organa powinien mieć w stałej ewidencyi danego chorego i kontrolować ściśle miejsce jego zamieszkania. Chorym na twardziel musi być zabronione bez wiedzy i zezwolenia urzędu zdrowia zmienianie miejsca pobytu, choćby chwilowe, które ewentualnie mogłoby być wogóle zabronione. W przypadkach konieczności leczenia szpitalnego, urząd zdrowia powinien być o tem powiadomiony, by w braku warunków do odpowiedniego leczenia w miejscu, zezwolić choremu na udanie się do pewnego zakładu leczniczego. Gdyby przypadek twardzieli, dotychczas nie poznany, zgłosił się w którym z zakładów leczniczych, powinien urząd zdrowia natychmiast być powiadomiony, aby stwierdzić, czy w danej miejscowości, z której ten chory pochodzi, względnie w której od czasu zachorowania przebywał, są inne przypadki tego cierpienia.

Ponieważ samo trzymanie w ewidencyi chorych na twardziel, względnie ścisłe przestrzeganie zmiany miejsca ich pobytu tylko częściowo zapobiegać będzie szerzeniu się twardzieli, potrzeba cierpienie to zwalczać miejscowo. Tu wskazane jest odpowiednie postępowanie z wydalinami górnych dróg oddechowych, mianowicie pouczenie, że plucie, względnie wolne wyrzucanie wydalin nosa jest szkodliwe dla drugich. Cały szereg wskazówek w kierunku czystości około siebie byłby tu na miejscu; chorzy tacy nie powinni sypiać wspólnie z innymi, ani jadać ze wspólnych naczyń, ale używać naczyń wyłącznie dla siebie. Ewentualnie zajść może potrzeba odosobnienia takich chorych na pewien czas, by przedewszystkiem pouczyć ich w kierunku zapobiegawczym, wpajając w nich główniejsze bodaj zasady higieny. Nie wyłączona jest też ewentualna potrzeba zakładania kolonii izolacyjnych dla przypadków twardzieli, podobnie jak to się dzieje co do trędowatych, by starać się cierpienie to stłumić nietylko w przypadkach pojedynczych, by zapobiedz szerzeniu się dalszemu, ale i w przypadkach twardzieli, panującej nagminnie.

Chcąc jednak przedewszystkiem spisać wszystkie przypadki twardzieli, należy zapoznać się z tem cierpieniem, dającem się przeważnie z łatwością rozpoznać zwykłym sposobem badania. Oprócz tego musiałyby urzędy zdrowia mieć do rozporządzenia siły lekarskie fachowe, któreby zajmowały się ewentualną kontrolą zgłoszonych przypadków twardzieli, względnie któreby przez szczepienie z tkanki chorej utwierdzić mogły rozpoznanie w przypadkach wątpliwych, co zresztą wyjątkowo byłoby potrzebne.

Ewentualnie może zajść potrzeba, w razie nagminnie panującej twardzieli, wysyłania sił fachowych dla wyśledzenia innych przypadków.

Niewątpliwie zregestrowanie u nas wszystkich przypadków twardzieli spotka się z początku z trudnością; gdy jednak donoszenie o przypadkach twardzieli będzie obowiązywać, poznanie jej z czasem się ułatwi, ponieważ lekarze będą zmuszeni zająć się bliżej tem cierpieniem.

Zwalczając szerzenie się twardzieli w naszym kraju, oddamy niemałą usługę naszemu społeczeństwu, a przez środki ochronne zapobiegniemy zawleczeniu choroby do innych krajów.

Obowiązek donoszenia o przypadkach twardzieli powinien być objęty ustawą o zwalczaniu chorób zakaźnych, przedewszystkiem u nas, ale także i w innych krajach, co leży w interesie zdrowia wszystkich ludów. Bezwzględny zakaz wychodźtwa chorym dotkniętym twardzielą, względnie udawania się choćby na niedługi czas na roboty do krajów sąsiednich, odda wielką przysługę innym ludom. Inne państwa, uświadomione o niebezpieczeństwie ze strony twardzieli, będą musiały każdy zawleczony przypadek twardzieli po odkryciu go odosobnić, a w dalszym ciągu przymusowo odstawić chorego do miejsca jego stałego pobytu, donosząc o tem odpowiedniej władzy w kraju, z którego dany chory pochodzi. Przepisy w tym kierunku nigdy nie będą za surowe tam, gdzie chodzi o zdrowie całego społeczeństwa.

Oceny i sprawozdania.

Dr. med. Bronisław Ziemiński. **Zarys okulistyki.** Warszawa, 1909, str. 410, z 161 rycinami w tekście i 4 kolorowemi tablicami. Nakład autora.

Potrzeba polskiego podręcznika okulistyki oddawna dawała się odczuwać. Od dłuższego szeregu lat nie pojawiło się w polskiem piśmiennictwie dzieło, obejmujące całokształt wiedzy oftalmologicznej dla użytku studentów medycyny, którzy też zmuszeni byli uczyć się tego przedmiotu w języku obcym, najczęściej z podręczników niemieckich. Książka Dra Kramsztyka o sposobach badania narządu wzrokowego, która pojawiła się niedawno, pouczająca i pożyteczna, ma jednak charakter raczej monograficzny, nie może zatem zastąpić całkowitego podręcznika. To też z prawdziwem zadowoleniem przyjąć należy ukazanie się »Zarysu okulistyki«, który tę przykrą lukę pożytecznie i chlubnie wypełnia. Wiadomo, że pisanie podręcznika naukowego stanowi może najmniej wdzięczną i najmniej pociągającą pracę, pochłaniającą bardzo dużo czasu, żmudną, bo wymagającą przejrzenia mnóstwa publikacyi, a trudną o tyle, że rozległy przedmiot wtłoczyć trzeba w szczupłe ramy, na czem nie może jednak ucierpieć jasność, ani przejrzystość wykładu; nie wolno też pominąć szczegółów ważnych, a tych bywa zwykle wiele, i trzeba się umieć utrzymać na poziomie wykładu, odpowiednim dla uczniów medycyny, lub lekarzy początkujących. Następnie wiadomo, że podręcznik, raz napisany, wobec nieustannego postępu w zakresie danej specyalności starzeje się szybko i, żeby książkę utrzymać na wysokości współczesnego poziomu nauki, trzeba cały materyał bez przerwy niemal odnawiać, uzupełniać, i przygotowywać w ten sposób nowe i coraz to nowe wydania. Tak więc autor podręcznika zaprządz się musi do nieustannej pracy, jeśli nie chce, żeby książka jego straciła wnet na wartości i przestała być poszukiwaną. Jasną jest rzeczą, że podręcznik pisany w języku polskim, który nie może mieć ani w przybliżeniu takiej poczytności, ani takiego pokupu, jak podręczniki niemieckie, francuskie lub angielskie, nastręcza pod tym względem jeszcze większe trudności, a przedewszystkiem wymaga nieraz znacznych ofiar pieniężnych.

Już z tych wszystkich względów musimy pracę Dra Ziemińskiego powitać ze szczerem uznaniem, z tem większem, że autor nie szczędził trudu i kosztów, żeby jak najlepiej wypadła i jak najlepiej odpowiedziała swemu zadaniu. Podręcznik opracowany jest z wielką starannością. Opisy sposobów badania, opisy poszczególnych chorób ocznych, oraz sposobów leczenia, odznaczają się zwięzłością, a są przytem jasne i zrozumiałe. W pierwszych rozdziałach zupełnie słusznie omawia autor podmiotowe i przedmiotowe sposoby badania narządu wzroku. Uważał też za stosowne rozdziały o właściwych chorobach ocznych poprzedzić dość nawet drobiazgowem przedstawieniem techniki lecznictwa ocznego, opisem różnych drobnych rękoczynów, jak odwracanie powiek, zapuszczanie kropli, wstrzykiwania podspojówkowe, zakładanie opatrunków i t. d. Taki porządek w przedstawieniu rzeczy ma niewątpliwie wiele stron dodatnich, nie usuwa jednak konieczności powtarzania, względnie dodawania uwag uzupełniających w dalszym ciągu książki. Podział chorób ocznych według części składowych gałki ocznej i przydatków,

jedynie uzasadniony i we wszystkich podręcznikach przyjęty, przeprowadzony jest w książce Dra Ziemińskiego ściśle i konsekwentnie. Nowotworom śródgałkowym, częstokroć zajmującym naraz różne błony śródoczne, poświęcony jest rozdział osobny. Również w osobnym rozdziale omówione są zmiany napięcia gałki ocznej. W ostatnich rozdziałach znajdujemy bardzo przystępnie i jasno wyłożoną optykę fizyczną i krótki rys nauki o wadach refrakcyi i akomodacyi, a także o zboczeniach zdolności ruchowej oczu. Szkoda, że w ustępie tym autor nie wspomniał o wybornej metodzie Madoxa, służącej do mierzenia heteroforyi. Każdy rozdział rozpoczyna się treściwem przedstawieniem stosunków anatomicznych i własności fizyologicznych odpowiedniej części narządu wzroku. Dzieło kończy się opisem symulacyi i agrawacyi i podaniem sposobów ich wykrywania. W związku z tem przedstawione są zasady wymiaru odszkodowania za kalectwa oczne w następstwie wypadków, przyczem autor opiera się głównie na przepisach prawnych, obowiązujących w państwie rosyjskiem, a do określenia osłabienia zdolności zarobkowej zaleca tablicę Jostena, najczęściej używaną przez rosyjskich znawców. Operacye oczne przedstawione są wcale wyczerpująco w związku z opisem odpowiednich zboczeń i chorób ocznych. Zrozumienie opisów ułatwiają liczne, po większej części bardzo udatne ryciny w tekście, nadto zdobią książkę cztery barwne tablice litograficzne, wzorowo wykonane, przedstawiające przeważnie obrazy zmian wziernikowych.

Osobiście podoba mi się, że autor pomija wszelkie cytaty bibliograficzne i nie przepełnia tekstu nazwiskami autorów, przytaczając tylko najważniejsze, — zdaniem mojem zupełnie słusznie, bo byłby to balast, zgoła niepotrzebnie obciążający pamięć uczniów.

Dzieło, napisane potoczystym i poprawnym językiem, czyta się łatwo i nigdzie nie nuży rozwlekłością. Do niektórych dotąd nie używanych, lub mało używanych wyrażeń musiałoby się chyba nasze ucho przyzwyczaić: np. nastrzyk zamiast nastrzyknięcie, zaraza zamiast zakażenie, nastawczość (czasem nastawność), co ma oznaczać akomodacyę, przymiotniak, zamiast zwykle używanego wyrazu kilak. Niektóre usterki w mianownictwie łacińskiem, względnie greckiem, powinny być stanowczo usunięte: *hilum* zamiast *hilus*, *bacillum* zamiast *bacillus*, *infectio ectogena* zamiast *ectogenes*, *hypermetropia latenta*(!) zamiast *latens* etc. Omyłki te, prawdopodobnie przypadkowe i ostatecznie małoważne, a nawet pewne drobne niedokładności rzeczowe, jakie się tu i ówdzie, zwłaszcza w części optycznej zakradły do tekstu, nie umniejszają w niczem wartości dzieła i znikną niewątpliwie w dalszych wydaniach, których pożyteczna ta książka powinna się w przyszłości doczekać.

K. W. Majewski.

Edward Flatau. **O nowotworach rdzenia.** (Z oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu żydowskim na Czystem). Warszawa 1909. E. Wende i Sp. Stronic 142.

Autor, podawszy krótki rys historyczny (w Polsce pierwszy Krajewski operował nowotwór rdzenia w przypadku, rozpoznanym przez autora i Dunina), omawia 21 przypadków przez siebie spostrzeganych, które dzieli na następujące 3 grupy: 1) 7 przypadków nowotworów kręgów, 2) 5 przypadków nowotworów zewnątrzkręgowych i 3) 9 przypadków nowotworów wewnątrzkręgowych. Niemożliwą jest rzeczą w krótkiem sprawozdaniu streszczać ściśle kliniczną stronę pracy; ograniczyć się musimy do podania w skróceniu uwag, jakie autor czyni na końcu każdej z trzech wymienionych grup.

Co do nowotworów kręgów, to z pomiędzy 7 przypadków autora, 6 było nowotworami złośliwymi (raki i mięsaki), a tylko jeden łagodny kostniak. Taki sam stosunek przedstawia mniej-więcej statystyka Schlesingera z r. 1898 (88:10). Rak kręgów bywa niemal zawsze pochodzenia przerzutowego i to najczęściej przy usadowieniu się ogniska pierwotnego w obrębie klatki piersiowej. Między pojawieniem się ogniska pierwotnego a przerzutu w kręgach upływa różnie długi czas: $^1/_2$ roku do 11 i więcej lat. Mięsaki, aczkolwiek zazwyczaj także przerzutowego pochodzenia, przecież częściej znacznie, niż raki, sadowią się pierwotnie w kręgach. Objawy nowotworów kręgosłupa można podzielić na objawy kostne, korzonkowe i rdzeniowe. Kostne polegają na często spotykanem zniekształceniu kręgosłupa, najczęściej w postaci wypuklenia, które jednak w przeciwieństwie do wypuklenia przy gruźlicy kręgów nie stanowi kąta ostrego, ale ma kształt bardziej okrągły; często następuje obsunięcie jednego trzonu kręgowego względem drugiego, względnie zmniejszenie się całej postaci chorego wskutek t. z. »entassement«. Sztywność kręgosłupa i jego oszczędzanie jest przy nowotworach objawem częstym, jednak nigdy tak wybitnym, jak w *spondylosis rhizomelica*. Wreszcie kręgosłup bywa w tych przypadkach bolesny przy uciskaniu, przyczem objaw ten występuje częstokroć szczególnie wyraziście, jeśli wywierać ucisk na kręgosłup nie wprost, ale nieco z boku; pamiętać jednak trzeba, iż nawet przy zajęciu wielu kręgów bolesność może być ograniczona tylko do jednego z nich, albo całkiem nie występować. Najbardziej jednak charakterystycznym objawem są bole pochodzenia korzonkowego: są to bóle uporczywe, trwałe i o niezmiernem nasileniu, ograniczone do kręgosłupa, lub też rozpromieniające się w postaci rwy międzyżebrowej, kulszowej i t. p.; obok bolów mogą istnieć najróżnorodniejsze zboczenia czucia (parestezye). Jako rdzeniowy objaw występują mniej lub więcej zupełne porażenia i to zazwyczaj albo powoli się rozwijające, a wtedy o charakterze kurczowym, albo nagle powstające, a wtedy wiotkie. Ta druga postać porażenia może być wywołana zarówno mechanicznym uciskiem mas nowotworowych na rdzeń, jak i toksycznymi wpływami rozpadającego się, chociażby nawet odległego nowotworu. Przy rozpoznawaniu może sprawiać trudności rozróżnienie nowotworu kręgu od próchnienia kręgu; autor zestawia cały szereg cech różniczkowych, tudzież podnosi, iż próba Pirqueta może oddać ważną usługę w tym kierunku. Omawiając swe przypadki pod względem anatomicznym, zauważa autor, iż klinicznie można stwierdzić objawy korzonkowe, a nawet i rdzeniowe niekiedy i w tych przypadkach, w których nowotwór ogranicza się tylko do kości, a bynajmniej na rdzeń nie uciska. Jasną jest rzeczą, iż nowotwór, nie uciskając jeszcze na treść kanału kręgowego, może uciskać na korzonki w ich międzykręgowym przebiegu; natomiast kliniczne objawy ucisku rdzenia należy w tych przypadkach tłómaczyć wspomnianymi już wpływami toksycznymi, to jest przyjąć w tych przypadkach t. zw. *myelitis toxaemica*, tem więcej, iż histologiczne zmiany, spotykane w tych przypadkach, są zupełnie podobne do tych, jakie znajdowano w rdzeniu w przebiegu ciężkiej niedokrwistości, w zatruciach i t. p.

Jedyne w tych przypadkach niesymptomatyczne leczenie, t. j. zabieg operacyjny, daje jednak dotychczas wyniki bardzo niepomyślne.

Drugą grupę, to jest grupę nowotworów zewnątrzkręgowych, stanowią przypadki od VIII do XII. Nowotwory te zazwyczaj na kręgi nie przechodzą, ale mogą przenikać przez otwory międzykręgowe i dochodzić do rdzenia, który mogą uciskać, lub też zniszczywszy opony, wprost rdzeń niszczyć; tylko w nielicznych przypadkach zajmują one tkankę kostną kręgów i w ten sposób zbliżają się do grupy pierwszej. Rozpoznanie w tych przypadkach nie sprawia żadnej trudności, jeśli nowotwór jest już na zewnątrz widoczny i daje objawy zajęcia tych narządów, z których wychodzi; natomiast istnieją przypadki, do rozpoznania niezmiernie trudne, w których chorzy żalą się poprzednio co najwyżej na bóle w jakimś odległym narządzie, a niespodziewanie i nagle ulegają porażeniu obustronnemu, dającemu obraz poprzecznego zapalenia rdzenia (*myelitis tranversa*). Objawy zajęcia rdzenia i korzonków lub nawet splotów nerwowych zależą naturalnie od wysokości usadowienia się sprawy nowotworowej; zresztą są niecharakterystyczne, a więc bóle i zmiany w czuciu, zaniki mięśniowe, porażenia, częściej wiotkie niż kurczowe, objawy ze strony pęcherza, odbytnicy i t. d. Objawy te, w różnych kombinacyach występujące wraz z objawami nienerwowego pochodzenia, (jak np. zastoiny w płucach, obrzęki na klatce piersiowej, na twarzy i szyi, duszność i t. p.), dają obraz tak typowy, iż jeśli w pełni wystąpią, zmuszają niemal do rozpoznania nowotworu zewnątrzkręgowego. W typowych przypadkach, to jest w tych, w których objawy ze strony układu nerwowego rozwijają się stopniowo, śmierć następuje po kilku tygodniach; w innych natomiast, w których nagle, bez żadnych ostrzegawczych objawów następuje porażenie, śmierć może wystąpić bardzo szybko, niemal nagle, przy objawach porażenia, mających naprzykład charakter opuszkowy.

Oprócz przypadków, w których objawy ze strony rdzenia tłómaczą się uciskiem na rdzeń, istnieją takie, w których anatomicznie nie znajdujemy nic, coby mogło kliniczne objawy tłómaczyć. Tutaj taksamo, jak przy nowotworach kręgów, trzeba pamiętać o możliwości toksycznego zajęcia rdzenia.

Zarówno raki, jak i mięsaki zewnątrzkręgowe nie mają zbyt wielkiej siły destrukcyjnej względem rdzenia i jego osłonek; najczęściej nowotwór zostaje powstrzymany w swem bujaniu przez oponę twardą i działa na rdzeń lub na jego naczynia tylko przez ucisk. Mikroskopowo można w tym razie wykazać ogniska zwyrodnienia, położone w powrózkach bocznych

i tylnych, kształtu bliznowatego lub pasmowatego, nierzadko symetrycznie na wysokości tej samej co nowotwór. Ogniska same są utworzone przez rozpadłą tkankę, przez luki wypełnione myeliną, a czasem komórki skrobiowate. Zazwyczaj niema ani silniejszego bujania gleju, ani zmian zapalnych; wyjątkowo znaleźć można ślady krwotoku śródmiąższowego lub ogniska rozmiękłe. Te zmiany nie dają się tłomaczyć ani uciskiem bezpośrednim na rdzeń, ani wpływami toksycznymi, ale jedynie daleko idącemi zaburzeniami w krążeniu krwi i limfy, wywołanemi uciskiem na odpowiednie naczynia. Okoliczność, iż ucisk w tych wypadkach nie wywoływa ani zmian zwyrodnienia wtórnego, ani ognisk zapalnych, jest bardzo ważna ze względu na to, iż tylko w ten sposób jest możliwy powrót rdzenia do stanu zupełnie prawidłowego po usunięciu nowotworu na drodze operacyjnej.

W jednym ze swych przypadków stwierdził autor fakt niezmiernie rzadki, a spostrzegany już przez nielicznych badaczy, mianowicie istnienie zwyrodnień w częściach rdzenia, znacznie niżej położonych, niż nowotwór, przy równoczesnym zupełnym braku takich zmian na wysokości nowotworu.

Grupę trzecią stanowią przypadki od XIII do XXI, t. j. nowotwory wewnątrzkręgowe, ale zewnątrzrdzeniowe. Z tych 8 przypadków operowano 5, w dwóch z nich udało się wysokość nowotworu dobrze oznaczyć tak, iż jeden z tych dwóch dzięki operacyi został wyleczony. W tych przypadkach, w których siedzibę nowotworu oznaczono błędnie, leżał nowotwór zawsze poniżej pola operacyjnego. Powód tego zbyt wysokiego lokalizowania trudno określić tem więcej, iż autor nie podaje schematów zaburzeń czucia. Zdawaćby się mogło, iż trepanowano od najwyższego odcinka (segmentu) rdzeniowego, jeszcze zmianami czucia dotkniętego, w górę — zamiast w dół: tak n. p. w przypadku XVII zmiany czucia sięgały nieco poniżej pępka, co odpowiada 10—11. odcinkowi grzbietowemu, leżącemu naprzeciwko 7—8. wyrostka kolczastego; ten wyrostek należałoby uważać za najwyższą, a nie za najniższą granicę laminektomii, a więc trepanować 7-my, względnie 8-my krąg, tudzież 9-ty, 10-ty, a nawet 11-ty; w tej też wysokości nowotwór znaleziono przy autopsyi. Podobnie w przypadku XV zmiany czucia nieco powyżej pępka, a więc 9—10. odcinek, co odpowiada 6—7. wyrostkowi; należałoby zatem trepanować wyrostki 6—7—8—9: nowotwór leżał też istotnie w 10, 11, 12 odcinku rdzenia grzbietowego i w 1-szym lędźwiowym, to jest między 6. a 9. wyrostkiem. W obu przypadkach zdaje się niedostatecznie uwzględniono zniesienie odruchów brzusznych (odcinek 8—12 grzbietowy).

Rozbierając następnie te przypadki, podnosi autor, iż bóle, tak zresztą charakterystyczne dla nowotworów wewnątrzkręgowych, mogą w niektórych przypadkach albo zupełnie nie występować, albo być bardzo nieznaczne — tudzież, iż bole te, zazwyczaj wywołane przez ucisk korzonków, mogą w wyjątkowych przypadkach pojawić się w okolicach bardzo odległych, zupełnie nie odpowiadających korzonkowi uciskanemu. Bole te, tudzież parestezye występują na pierwszy plan w pierwszym okresie cierpienia, są nierzadko jedynym objawem i utrzymywać się mogą lata całe, częstokroć zmieniając położenie i nasilenie. Ruchowe korzonkowe objawy występować mogą jużto jako niedowłady, połączone z zanikami mięśni, które częstokroć tem są charakterystyczne, iż przebiegają bez elektrycznego odczynu zwyrodnienia, już to jako mimowolne kurcze poszczególnych mięśni lub ich grup, powodujące mimowolne ruchy odpowiednich kończyn; kurcze te jednak najczęściej bywają objawem ucisku długich dróg ruchowych w rdzeniu. W późniejszych okresach choroby występują porażenia zazwyczaj połowicze, o typie najczęściej Brown-Sequarda, pamiętać jednak należy, iż typ ten może występować czasem bardzo niewyraźnie, t. j. że zarówno ruchowe, jak czuciowe objawy mogą występować obustronnie, tylko że objawy ruchowe po jednej, a czuciowe po drugiej stronie mają większe nasilenie. Natomiast w dwóch przypadkach miał autor sposobność stwierdzić niezwykle rzadkie i dziwne rozłożenie objawów, mianowicie takie, iż zarówno ruchowe, jak i czuciowe objawy dotyczyły tylko jednej strony, natomiast druga była nietknięta. W ostatnim okresie choroby występuje zazwyczaj zupełny obraz poprzecznego, najczęściej kurczowego zajęcia rdzenia i to w ten sposób, iż naprzód zjawiają się objawy ruchowe, a później dopiero czuciowe; te ostatnie mają ściśle ograniczoną górną granicę, której wysokość odpowiada położeniu górnego bieguna nowotworu w rdzeniu.

Autor, omówiwszy dalej rozpoznanie różniczkowe między nowotworami rdzenia z jednej strony, a jamistością (syryngomyelią), stwardnieniem wieloogniskowem, próchnieniem kręgów, surowiczem zapaleniem opon rdzeniowych, z drugiej strony — przedstawia w dalszym ciągu swej pracy wyniki swych badań anatomo-patologicznych. Tutaj podnosi, iż nowotwory, uciskające rdzeń, nie wywołują również wtórnych zwyrodnień lub tylko w stopniu bardzo nieznacznym, że przeciwnie zmiany anatomiczne, jakie w uciśniętym rdzeniu wykazać można, są przeważnie zmianami miejscowemi i tylko mechanicznemi (a więc w pierwszym rzędzie zaburzenia w krążeniu, tworzenie się zastoin i t. p.). Fakta te podnosi autor z tem większym naciskiem, iż pozwalają one spodziewać się po usunięciu guza zupełnego wyleczenia, o ile tylko objawy nie zbyt długo trwały; i rzeczywiście kliniczne spostrzeżenia stwierdzają słuszność tego zdania.

Ostatnia część pracy zawiera uwagi, tyczące się chirurgii nowotworów rdzenia. Podawszy pokrótce wiadomości statystyczne o wynikach operacyi, oświadcza się autor za dokonywaniem zabiegu w jednym, a nie we dwóch aktach; zaleca bardzo używanie trepanów elektrycznych, a nie młotka i dłuta — ze względu na łatwiejsze uniknięcie przypadkowych obrażeń, a przedewszystkiem ze względu na niewywoływanie mechanicznego wstrząsu, zmniejszającego ogromnie prawdopodobieństwo korzystnego wyniku operacyi. Kto chociażby raz był świadkiem operacyi nowotworu zapomocą dłuta i młotka, ten z pewnością nie odmówi wielkiej słuszności tej uwadze autora.

Dalej podnosi autor, iż można przy operacyi wyciąć nawet i 7 łuków kręgowych bez wywołania przez to późniejszych zaburzeń w statyce kręgosłupa; zaleca nadawanie operowanemu ułożenia Trendelenburga; wreszcie zauważa, iż guzy wewnątrzoponowe, z oponą zrośnięte, można i należy usuwać bez równoczesnego usuwania opony twardej, bo z jednej strony ułatwia się przez to gojenie rany operacyjnej, z drugiej zaś niebezpieczeństwo odnowienia się nowotworu, wobec małej wogóle skłonności nowotworów rdzenia, nawet złośliwych, do nawrotów, jest bardzo nieznaczne, zwłaszcza, jeśli się dokładnie wyskrobie wewnętrzną powierzchnię opony.

Śmierć po operacyi występuje bądź to wskutek błędów techniki i aseptyki, nieraz do uniknienia niezmiernie trudnych, bądź wskutek wstrząsu, bądź też wreszcie wskutek następowych chorób, jak ropne zapalenia dróg moczowych, odleżyn, zapalenia płuc i t. p.

Pracę objaśnia cały szereg udatnych rysunków anatomicznych i histologicznych, a kończy ją bardzo bogate zestawienie piśmiennictwa [1]). *Rydel.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Prof. Bang i Prof. Forssman. **Czy teorya łańcuchów bocznych Ehrlicha zgadza się z rzeczywistymi faktami?** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 35). Teorya łańcuchów bocznych Ehrlicha przyjęła się tak ogólnie, że obecnie zapomina się nawet, że jest ona tylko »teoryą« i uważa się ją za pewnik. Czy jednak tłómaczy ona i rzeczywiste fakta? Teorya ta nie jest jedną hypotezą, lecz szeregiem hypotez, a głównemi jej zasadami są twierdzenia; 1) że toksyna sama wywołuje tworzenie się antytoksyny; 2) że toksyna tworzy z pewną częścią komórek swoiste połączenie; 3) teorya przyjmuje nadmierną regeneracyę tej zawartości komórek; 4) te zbytnie receptory zostają z komórek wydalane i tworzą we krwi antytoksyny.

Gdyby teorya Ehrlicha była prawdziwą i odpowiadała rzeczywistości, w takim razie musiałaby toksyna sama wywoływać zawsze powstanie antytoksyny, a antytoksyna powinna być identyczna z receptorami. Tymczasem wiele przemawia za tem, że nie toksyna, jako taka, wywołuje powstawanie antytoksyny. Przedewszystkiem nie udało się jeszcze otrzymać zupełnie czystej toksyny i celem otrzymania antytoksyny wstrzykujemy prócz toksyny różne inne ciała, n. p. bulion i t. p. Nie jest więc wyłączone, że i inne dodatki na to wytwarzanie mają wpływ pewien. Wiemy z drugiej strony, że nigdy nie udało się otrzymać antytoksyn przez wprowadzanie do krwi czystych jadów, jak

[1]) Nie możemy się powstrzymać od uwagi, iż wyrażenie, stale przez autora używane: »na skutek« jest błędem językowym; mówić się powinno »wskutek«.

alkaloidów lub saponin, chociaż działanie ich jest zupełnie identyczne z toksynami. Jad kobra wywołuje wystąpienie antyreneniny, natomiast czyste saponiny tego nie czynią. Fakt ten objaśnia Ehrlich w ten sposób, że toksyny dlatego tworzą antytoksyny w przeciwieństwie do alkaloidów, ponieważ wchodzą one w ścisłe i trwałe połączenie z protoplazmą komórek, natomiast alkaloidy tworzą połączenia łatwo rozpadające się. Tymczasem wiele przemawia za tem, że połączenie to nie jest właśnie tak ścisłem. Toksyny utracić mogą swą zjadliwość, a i tak wywiązywać antytoksyny. Ehrlich tłomaczy ten fakt w ten sposób, że toksyna składa się z 2 grup, z których tylko jedna jest potrzebna do wywoływania antytoksyn. Arrhenius i Madsen wykazali, że połączenie toksyny z antytoksyną nie jest wcale tak ścisłe, jak to twierdzi Ehrlich. Dalej wykazano znów odwrotnie, że ścisłe połączenie toksyny z receptorem w sensie Ehrlicha, nie zawsze musi wywoływać wytworzenie się niwecznika.

Wobec tych niejasnych punktów teoryi dodano celem ich wytłómaczenia nowe hypotezy. Bruck n. p twierdzi, że samo połączenie nie wiedzie jeszcze do wytworzenia niwecznika, lecz potrzeba do tego jeszcze nowego czynnika, mianowicie specyalnego podrażnienia. Wprawdzie dla toksyn nie wykazano jeszcze różnorodności między substancyą wiążącą niweczniki, a tworzącą niweczniki, ale różnorodność taką wykazał Bang dla hemolizyn.

Także drugi punkt teoryi Ehrlicha, t, j. nadmierne odradzanie się nowych receptorów, jest bardzo nieprawdopodobny, bo nigdzie ani w fizyologii, ani w patologii, analogicznego tak olbrzymiego odradzania się nie spotykamy. Wreszcie na potwierdzenie faktu, że nowowytworzone receptory zostają wydzielane z komórek i przechodząc do krwi, przedstawiają antytoksynę, E. przytacza jako dowód doświadczenia Wassermanna i Takakiego, które właśnie przemawiają raczej przeciwko teoryi Ehrlicha, bo dowodzą, że receptor nie odpowiada właśnie antytoksynie.

Z dotychczasowych więc doświadczeń zamiast potwierdzeń, wysnuć można raczej wnioski przeciw teoryi Ehrlicha, bo najpierw nie udowodniono, że antigen jest identyczny z toksyną, a dalej wykazano, że tworzenie się niweczników nastąpić może bez ścisłego połączenia z toksyną, a naodwrót ścisłe połączenie nie wywołuje zawsze tworzenia się niwecznika. Nadmierne tworzenie się receptorów jest też bardzo nieprawdopodobne. Nie ulega także wątpliwości, że receptor nie jest identycznym z antytoksyną krwi.

Teorya Ehrlicha nie odpowiada więc faktom rzeczywistym, nie jest prawdziwą, i nie pomogą jej wszelkie nowe hypotezy, wymyślone celem podtrzymania całości. *A.*

Much. **Nastina, odczynowe ciało tłuszczowe w świetle nauki odporności.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 36). Do niedawna panowało powszechne przekonanie, że tylko ciała białkowate mogą wywoływać w ustroju swoisty odczyn, przez tworzenie niweczników. Tymczasem obecnie wiemy, że i inne ciała, mianowicie t. zw. lipoidy, posiadają tę własność. Bang i Forssman wykazali, że tak samo dobrze wywołują hemolizę lipoidy, wyciągnięte z ciałek czerwonych, jak i same ciałka czerwone. Podobnie odczyn wywołuje ciało tłuszczowe »nastina«, otrzymane z ciał bakteryi odpornych na kwasy. Tworzy ono w ustroju niweczniki i to przeciwko odpornym na kwasy drobnoustrojom, n. p. trądu i gruźlicy. Ten wybitny odczyn spostrzegał M. w jednym przypadku trądu, gdzie zapomocą nastiny otrzymał nawet wcale dobry wynik leczniczy. I w gruźlicy odczyn ten jest wybitny (Deycke i autor wyleczyli zapomocą nastiny ciężki przypadek gruźlicy kolana), trzeba jednak być tutaj bardzo ostrożnym, albowiem odczyn nastiny polega na tem, że tworzy ona w ustroju niwecznik przeciwko tłuszczom, tworzącym osłonkę drobnoustrojów. Przez to uwalniają się jady drobnoustrojów i dostają się do krwi. O ile jednak białkowate ciało drobnoustrojów trądu nie jest bardzo trujące, o tyle ciało to w prątkach gruźliczych jest bardzo jadowite i przez to łatwo ustrój potem może zatruć. Przez traktowanie zwierząt zapomocą nastiny można zwierzęta chronić przed następowem zakażeniem gruźlicą. Natomiast nie otrzymuje się takiego efektu przez uodpornianie ciałami białkowatemi, otrzymanemi wprost z prątków gruźliczych. W surowicy chorych trędowatych wykazał M. substancye wiążące (Komplementbindung) przeciw nastinie. *A.*

Deycke i Much. **Rozpuszczanie prątków gruźliczych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 39). Uhlenhuth na tegorocznej konferencyi w sprawie trądu wyraził się, że nie wierzy w możność rozpuszczania prątków gruzliczych. Wbrew temu D. i M. donoszą, że taka bakteryoliza jest zupełnie możebna i do pewnego stopnia udało się im ją osiągnąć. Na fakt ten naprowadziło spostrzeżenie, że przy rozcieraniu prątków gruźliczych w zawiesinie mózgu, tracą one stopniowo odporność na kwasy, a w końcu giną. Nie wszystkie jednak mózgi mają tę właściwość i nie wszystkie prątki gruźlicze podlegają jej. Skuteczną okazała się lecytyna, a mianowicie jej zawiesina wyrobu firmy »Poulenc frères«, przyczem zauważano, że rozpuszcza ona głównie prątki typu ludzkiego, natomiast prątki typu bydlęcego nie ulegają rozpuszczeniu wcale, lub też bardzo zwolna i nieznacznie. Jeszcze pewniej i szybciej rozpuszczają prątki cholina i neuryna, t. j. dalsze składniki rozpadowe tkanki mózgowej. Przy użyciu 25% rozczynu neuryny już w kilka minut spostrzegać można rozpuszczenie. Spostrzeżenia te zachęcają do dalszych prób, mianowicie do spożytkowania ich w celach uodporniania przeciw gruźlicy. *A.*

Vogt. **Kilka spostrzeżeń nad sposobem barwienia prątków gruźliczych podług Demetriusa Gasisa.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 36). Niedawno Demetrius Gasis podał sposób barwienia prątków gruźliczych, który pozwala je na pewno odróżniać od wszelkich innych prątków odpornych na kwasy, jak spotykanych w mastce napletkowej, w maśle, serze, przy zgorzeli płuc i t. p. Sposób ten opiera się na odbarwianiu preparatów, zabarwionych mieszaniną eozyny z chlorkiem rtęci, zapomocą rozczynu alkalicznego. Dalsze postępowanie i podbarwienie, jak przy zwykłem barwieniu Ziehla. Jedynie prątki gruźlicze są odporne przeciw zasadom, i dlatego jedynie one występują zabarwione czerwono w razie obecności ich w preparacie, a wszelkie inne niebiesko. V. przeprowadził badania kontrolne i przekonał się o zupełnej pewności tego sposobu barwienia, przyczem, wykonując barwienia kontrolne podług Ziehla, przekonał się także, że często tam, gdzie podług Z. spotykało się mnóstwo prątków rzekomo gruźliczych, w preparatach barwionych sposobem G. było ich bardzo mało. Przy tym sposobie barwienia prątki barwią się bardzo ładnie i dokładnie, a barwiki używane nie rozkładają się szybko i można je przechowywać długi czas. *A.*

Frouin. **O możliwości utrzymania zwierząt w dobrym stanie po zupełnem usunięciu gruczołu tarczowego, a to zapomocą soli, wapnia i magnu.** (*Akad. umiej.* Paryż, 14. VI. 1909). F. udawało się, po zupełnem usunięciu gruczołu tarczowego i ciałek nabłonkowych u zwierząt, wstrzymać na długi czas (najmniej 2 miesiące) rozwój charłactwa lub tężyczki, a to przez wewnętrzne podawanie w pokarmach dziennie 5—10 grm chlorku wapnia i magnu. Okazuje się z tego, że wspomniane sole mogą do pewnego stopnia uzupełniać lub zastępować czynność gruczołu tarczowego, zapewne przez zobojętnianie pewnych trucizn. Zwierzęta przez ten czas nietylko miały się dobrze, ale przybywały nawet na wadze. *A.*

Herz i Sterling. **Badania nad sokiem psychicznym u chorego po gastroenterostomii.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1909, Nr 38—39). Autorzy mieli sposobność przeprowadzić ciekawe badania u chorego, liczącego lat 21, który przed 10 laty napił się przez pomyłkę ługu. W następstwie stopniowe zwężanie się przełyku, w 3 lata potem gastrostomia. Chory odżywiał się przez rurkę, przyczem nie mógł odróżniać smaku pokarmu; dopiero od $1^1/_2$ roku umie odróżniać w żołądku smak kawy, mleka, o ile płyny te wlane zostały do żołądka w dużej ilości. Chory połykał czasem i drogą naturalną. Od pół roku wpadł na pomysł przeżuwania pokarmów i wpluwania ich przez rurkę do żołądka, albowiem wystąpiła zupełna niedrożność przełyku, nawet i dla śliny. Chory zgłosił się na oddział bardzo wynędzniały z ropnem zapaleniem opłucnej prawej (przed 5 laty po tejże stronie wycięto żebra). Ze względu na zły stan nie operowano. W 3 tygodnie w miejscu starej blizny przebiła się ropa z opłucnej na zewnątrz i chory zwolna przyszedł do zdrowia. Obecnie w czasie prób chory ma wyśmienity apetyt. Z zawodu jest kucharzem i ma wiele ulubionych potraw. Ochotę do nich n. p. do ciastek, zadowala w ten sposób, że je żuje, a potem wypluwa zupełnie. Badania wykonywano w ten sposób, że chory od wieczora poprzedniego dnia nic nie jadł, o 9. rano płukano żołądek i po kwadransie przystępowano do badań. Ze żołądka chory odróżnia dobrze smaki, z wyjątkiem słodkich, które odczuwa jako słone lub gorzkie. Widok potraw, które chory sam sobie przyrządzał, miał wybitny wpływ na wydzielanie soku żołądkowego. Podczas pozornego karmienia chlebem ilość wydzielanego soku była znacznie mniejsza, niż przy pozornem karmieniu mięsem. Wpływy psychiczne miały też naodwrót hamujące działanie (smutek) na wydzielanie się soku, nawet podczas żucia. Podrażnienia chemiczne mają już znacznie mniejszy wpływ

na wydzielanie soku żołądkowego. Samo żucie, jako takie (n. p. żucie gumy), nie wyzwala wydzielania soku żołądkowego.

W końcu pracy omawiają autorowie definicyę »apetytu«. Pawłow twierdzi, że »apetyt, jest to sok żołądkowy«. H. i S. są jednak zdania, że genezy apetytu trzeba koniecznie doszukiwać się w uczuciach przyjemności wskutek wrażeń smakowych i węchowych, albowiem przewyższają one wszelkie inne bodźce czuciowe zdolnością wywoływania odpowiedników psychicznych. Wpływ ten daje się dostrzegać nawet w wyrażeniach przenośnych, n. p. kwaśna mina, gorzki żart, dowodząc, jak silne ślady zostawiają różne wrażenia smakowe. Określenie Pawłowa odnosi się raczej do głodu. Natomiast »pożądanie apetyczne« nie zależy nieraz zupełnie od stanu pełności i nasycenia żołądka, lecz występuje jako fizyologiczny nieraz skutek głodu. »Apetyt« jest to specyalne pożądanie, zwrócone w pewnym określonym kierunku. Apetyt mają nieraz ludzie, czujący wstręt do innych potraw, a nawet zjawia się on u osobników z wyciętym żołądkiem lub z bardzo osłabioną czynnością wydzielniczą.

(Zapewne przez pomyłkę zatytułowano pracę: „Badania po gastroenterostomii — zamiast po gastrostomii. *Przyp. ref.*).

Klęsk.

Medycyna wewnętrzna.

Docent E. Moro, S. Noda i E. Benjamin. **Napadowa hemoglobinurya i rozpuszczanie się krwinek czerwonych in vitro.** (*Münch. med. Wochs.* 1909. Nr 11, str. 545).

Donath i Landsteiner stwierdzili przed paru laty we krwi chorych, cierpiących na hemoglobinuryę, pewną substancyę, rozpuszczającą krwinki, zarówno tego samego ustroju, jak i obce. Półgodzinne podgrzewanie owej hemolizyny do 56° C. unieczynnia ją. Gdy jednak do tak unieczynnionej hemolizyny dodać świeżej (jakiejkolwiek) surowicy, wtedy staje się ona nanowo czynną. Krew chorego na hemoglobinuryę zawiera zatem pewne ciało — amboceptor, oddziaływające swoiście na czerwone krwinki ludzkie. Amboceptor ten ma się różnić od innych amboceptorów własnością wiązania się z czerwonemi krwinkami tylko na zimnie. Rozpuszczanie się występuje potem, jak zwykle, w cieple przy pomocy komplementu Twierdzenie przytoczonych autorów posłużyło za punkt wyjścia dla szeregu badań nad 4-letniem dzieckiem, cierpiącem na napadową hemoglobinuryę. Autorowie stwierdzili w swoim przypadku słuszność poglądów Donatha i Landsteinera. Oziębianie jednych krwinek w rozczynie solnym 3° C. i równoległe ogrzewanie drugich w rozczynie 30° C. wykazało dodatnią hemolizę z oziębionemi ciałkami i ujemną z ciałkami podgrzanemi. Ciekawe wyniki dało badanie komplementu po zastosowaniu dziesięciominutowych kąpieli nożnych 5° C. Gdy przed kąpielą surowica krwi nie zawierała zupełnie, lub przynajmniej mało komplementu, to po oziębieniu kąpielą nożną ilość komplementu wzmagała się znacznie już po upływie 15 minut. Wysoka zawartość komplementu utrzymywała się jednak tylko przez parę minut. Po godzinie już surowica była zupełnie wolna od komplementu. Jednocześnie i zależnie od komplementu występowało rozpuszczanie się krwinek czerwonych w naczyniach. Objawiało się to wyraźnem rubinowem zabarwieniem surowicy w ciągu mniej więcej 40 minut. Podjęte jednocześnie drobnowidowe badanie krwi stwierdziło silne pomnożenie wielojądrzastych białych krwinek, zmiejszenie się ilości limfocytów, oraz fagocytozę czerwonych krwinek we krwi, w następnych zaś dniach eozynofilię. Ciepłota ciała podnosiła się po kąpieli i po dwóch godzinach osiągała 38,5, następnie zaś opadała do poziomu prawidłowego. Wobec tego, że napadową hemoglobiuuryę spotyka się, jak wiadomo, najczęściej przy przymiocie, starali się autorowie wyjaśnić pytanie, w jakim stosunku znajduje się amboceptor, rozpuszczający czerwone krwinki, do odczynu Wassermanna. Doświadczenia wykazały jednak, że nieznane ciała surowicy, czynne w odczynie przymiotu, nie mają nic wspólnego z amboceptorami surowicy przy hemoglobinuryi.

Miecz. Michałowicz.

Kraus. **O serodyagnostyce z klinicznego punktu widzenia.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 38). Odczyn ustroju na zakażenie objawia się pewnemi zmianami, z których jedne mają na celu obronę ustroju, a inne należą do istoty samej choroby. Zmiany te objawiać się mogą w zmniejszonej skłonności do danego zakażenia lub też w większej skłonności do niego. Zmiany te mogą być humoralne i komórkowe. Humoralne zjawiają się głównie w surowicy krwi, a podstawą ich są następujące istoty: 1) aglutyniny i precypityny, 2) antytoksyny, 3) istoty, wiążące dopełniacz ze zdolnością rozpuszczania drobnoustrojów lub bez niej, 4) opsoniny i bakteryotropiny. Z istot tych antytoksyny mają więcej lecznicze, niż rozpoznawcze znaczenie. Pokrewne antytoksynom przeciwzaczyny stosuje się już leczniczo (Jochmann, Müller) w ropieniach. Antytrypsynę wykazano obficie u chorych na raka i u charłaczych, a także przy chorobie Basedowa, wśród porodu i t. p. Precypityny znalazły zastosowanie głównie w medycynie sądowej dla odróżniania białka. Wielkie rozpoznawcze znaczenie mają substancye, wiążące dopełniacz. Wykazuje się je zapomocą bakteryolitycznej próby Pfeiffera, dalej próby Neissera, a wreszcie wiązania dopełniacza (Bordet-Gengou). Próbę Pfeiffera stosuje się celem kontroli aglutynacyi przy cholerze i durze, w Niemczech jest ona już przez rząd przepisana. Najważniejsze zastosowanie znalazła jednak próba wiązania dopełniacza, zwłaszcza dla kiły (Wassermann) i bąblowca (Ghedini). Odczyn Wassermanna jest bardzo cenny, nie da się jednak zaprzeczyć, że zjawia się on i w innych chorobach, jak wiądzie rdzenia, niedomykalności zastawek aorty i tętniaku aorty, w miąższowem zapaleniu rogówki, w krwiomoczu napadowym, framboezyi, w trądzie, chorobach na tle świdrowców, w durze powrotnym, płonicy (40%), zimnicy, wściekliźnie, a także w durze brzusznym, gruźlicy, nowotworach i cukrzycy. Mimoto nie można odmówić mu wartości i obecnie nietylko kieruje on rozpoznaniem, ale i leczeniem, n. p. ze względu na możliwość nawrotów, wynik leczenia i t. p. Ważną też ze względu na rozpoznanie jest podobna próba bąblowca. Jako antigen służy tu płyn torbieli.

Komórkowe odczyny odgrywają w dyagnostyce już znacznie mniejszą rolę, bo nie są tak swoiste. Występują one w następujących postaciach: 1) fagocytoza; 2) otoczenie drobnoustrojów przez komórki (guzki gruźlicze, promienicze i t. p.): 3) występowanie w zwiększonej liczbie pewnych rozmaitych zresztą składników krwi, n. p. limfocytów przy gruźlicy i kile, ciałek wielojądrzastych przy zakażeniach gronkowcami i paciorkowcami, eozynochłonnych przy cierpieniach pasorzytowych i t. p.; 4) zjawianie się wśród zakażenia tworów nowych, n. p. ciałek Guarnieriego przy ospie, Negriego przy wściekliźnie, szczególnych ciałek przy jaglicy i zaraźliwym nabłoniaku skóry i t. p.

Odczyny, biorące początek z większej wrażliwości ustroju, są tak humoralnej, jak i komórkowej natury. Nie są one jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Największe znaczenie zyskał odczyn tuberkulinowy, chociaż i on nie jest ściśle swoisty i niezawsze daje nam wyjaśnienie tego, o co nam chodzi, t. j. czy w danym ustroju jest gruźlica czynna, czy też przytłumiona. Najmniejszą swoistą cechę u dorosłych ma odczyn skórny Pirqueta, bo występuje on u dorosłych prawie w 70%. Natomiast ujemny jego wynik w razie braku charłactwa pozwala (wprawdzie nie z bezwzględną pewnością) wyłączać gruźlicę. Natomiast u dzieci odczyn ten jest swoisty i pewny. Odczyn zapomocą podskórnych wstrzykiwań Kocha ma o tyle wielką wartość rozpoznawczą, że należy do wielkich wyjątków, by osobnik cierpiący na czynną gruźlicę nie oddziaływał (o ile nie jest już w okresie charłactwa). Odczyn oczny ma znów tę wartość, że występuje wyjątkowo u nie gruźliczych (dur, gościec, kiła w okresie wysypki). Odczyn tuberkulinowy ma też pewne znaczenie dla rokowania. Źle każą rokować przypadki, które zrazu dają odczyn dodatni, a w kilka tygodni (bez leczenia tuberkuliną) ujemny. Przy odczynie ocznym przy klinicznie małych zmianach gruźliczych w razie wyniku ujemnego rokować można lepiej, podobnie w razie takich samych zmian, złego stanu ogólnego, a dodatniej próby (dowodzi to silnej obrony ustroju). Natomiast przy rozwiniętej gruźlicy odczyn ujemny jest znakiem niepomyślnym. Zniknięcie odczynu przy poprawie objawów klinicznych jest pomyślne, przy pogorszeniu złe, zjawienie się odczynu (którego przedtem nie było) przy klinicznem pogorszeniu złe, przy poprawie klinicznej pomyślne. Pod koniec odczyn zwykle jest ujemny.

Serodyagnostyka ma, jak z tego widzimy, wielkie znaczenie i dlatego powinni ją stosować lekarze sami, kontrolując równocześnie uzyskane dane — kliniką. Gdybyśmy bowiem opierali się tylko na danych serologicznych, i to przez kogo innego stwierdzonych, doszłoby do tego, że zaczęlibyśmy leczyć tylko dane choroby, a nie chorych samych, jako takich. *A.*

W. Ebstein. **Patologia białaczki.** (*Zjazd lekarski w Peszcie,* 1909). Zasługa odkrycia białaczki przypada Virchowowi, a nie (jak to mylnie twierdzi Naegeli) Bennetowi. Od czasu prac Neumanna wykazano, że prawie w każdym przypadku białaczki zajęty jest szpik kostny, a zajęcie śledziony jest wtórne, tak, że dziś zarzucono zupełnie pojęcie śledzionowej postaci białaczki. Zdaniem Ebsteina dzisiejsze nasze wiadomości o naturze i istocie tej choroby, oraz o udziale narządów krwiotwórczych i krwi samej przy jej powstawaniu, jak również różnorodność i zmien-

ność obrazu krwi, nie dają dostatecznej podstawy, ażeby na tych znamionach ustalić ścisły podział tej choroby, i dlatego uważa on za najodpowiedniejszy i celowy podział kliniczny na postać ostrą, podostrą i przewlekłą. Białaczka ostra trwa zazwyczaj przez 2 miesiące, podostra przewleka się do sześciu miesięcy i nie przechodzi nigdy w przewlekłą. Rozpoznanie kliniczne oparte jest nietylko na wzmożeniu liczby krwinek białych, lecz na właściwym obrazie białaczkowym krwi, przypominającym obraz krwi u zarodka, oraz na całokształcie objawów klinicznych i anatomicznych. Podług ukształtowania się objawów odróżniamy pewne typowe postacie białaczki ostrej, jak: 1) anemiczna, 2) krwotoczna, 3) połączona z zajęciem gardła (*leukaemia anginosa*), 4) wrzekomo-gnilcowa. Białaczka przewlekła trwa średnio $1^1/_2$—2 lat. Można w niej odróżnić dwa, nie zawsze ostro odgraniczone, okresy: *a*) okres przestanków i zwolnień, powstających bądź samorodnie, bądź pod wpływem leczenia, bądź też przy powikłaniach z chorobami zakaźnemi, *b*) okres charłaczy, połączony ze skazą krwotoczną. Białaczka u ciężarnych nie przechodzi na płód, a mimo zwykłej skłonności tych chorych do krwotoków, nie występują u nich krwotoki w przebiegu ciąży i porodu. Matka, która urodziła dziecko, dotknięte białaczką, może później rodzić znowu zdrowe dzieci. Przy powikłaniach białaczki z ostrem zakażeniem krwi, grypą, różą, zapaleniem, lub gruźlicą płuc i kiłą białaczkowy obraz krwi zmienia się w mniejszym lub większym stopniu. W przeszło połowie takich przypadków liczba leukocytów spada do normy, albo poniżej normy, a śledziona, wątroba i gruczoły chłonne maleją. Dzieje się to we wszystkich postaciach białaczki. Wszelako po przejściu choroby zakaźnej obraz białaczkowy krwi, oraz narządów powraca do stanu pierwotnego. *Dr M. Blassberg.*

Prof. A. Gluziński. **O niedokrwistości złośliwej na tle motylicy.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1909, Nr 1). Wiadomo, że zakres przypadków choroby, znanej od czasów Biermera jako niedokrwistość złośliwa, w miarę późniejszych badań, wykrywających etyologię tej choroby, coraz bardziej malał. Dlatego też jesteśmy uprawnieni w poszczególnych przypadkach zamiast ogólnej nazwy »samoistna niedokrwistość« używać nazwy: »niedokrwistość złośliwa na tle brózdogłowca« (botriocephalica) lub też »na tle tęgoryjca« (anchylostomiasis). Na X. Zjeździe polskich lekarzy i przyrodników we Lwowie wykazali Gluziński i Franke, że i gruźlica typu bydlęcego (*tuberculosis bovina*) może przebiegać klinicznie pod postacią ciężkiej niedokrwistości. Obecnie spostrzegany przez Gl. przypadek chorobowy pozwala znowu ująć i ściślej określić jednostkę chorobową, któraby według dotychczasowych pojęć uchodziła za »samoistną« niedokrwistość. Chodziło o mężczyznę 24-letniego, dotkniętego silną żółtaczką, u którego we krwi stwierdzono znaczny niedostatek krwinek czerwonych (760.000) bez oligochromemii. Liczba leukocytów wysoka (34.000) wzrosła z czasem do 101.582. Wzajemny stosunek ciałek białych okazywał nieznaczną przewagę ciałek neutrochłonnych. Erytroblastów znaczna ilość. Również były znamiona podrażnienia tkanki leukoblastycznej. Obraz neutrochłonny krwi Arnetha przesunięty w lewo. Przy sekcyi zmarłego znaleziono w przewodzie żółciowym wspólnym motylicę (*distoma hepaticum*, czyli *fasciola hepatica*). Dotąd nie było dokładnych badań krwi przy motylicy u człowieka, a Gl. przypisuje temu właśnie pasorzytowi wpływ na stan krwi w danym przypadku. — Żółtaczka nie miała w przypadku opisanym przyczyny w mechanicznej przeszkodzie odpływu żółci lub w nieżycie dróg żółciowych, lecz w wzmożonym rozpadzie krwinek czerwonych. *Dr M. Blassberg.*

Trunecek. **Wysklepienie nadobojczykowe jako objaw krwistości ogólnej** (*plethora*). (*Sém. médic.* 1909, Nr 41). U ludzi, okazujących objawy krwistości ogólnej, stwierdził autor wysklepienie okolicy nadobojczykowej z obu stron. Wysklepienie to bywa mniejsze lub większe, miękkie, elastyczne, łatwo na podstawie przesuwalne, pokryte skórą cienką, ciemno-czerwoną lub siną. Wysklepienie to nie tętni, pod uciskiem powoli znika, ale, jak tylko ucisk ustępuje, natychmiast powraca; zajmuje zwykle przestrzeń między obojczykiem, mięśniem mostkowo-sutkowym i przednim brzegiem mięśnia czworobocznego (trapezowego). Nie zmienia się pod wpływem ani wdechu, ani wydechu. Odgłos daje stłumiony, przez osłuchiwanie zaś nic stwierdzić nie można. Podobne na pierwsze wejrzenie wypuklenie można widzieć u ludzi dotkniętych rozedmą płuc, wtedy jednakże odgłos opukowy na owych wysklepieniach jest jawny, brak wszelkiej przesuwalności, a zależnie od ruchów oddechowych wypuklenia drżą. — Wypuklenia, powstające przy krwistości, składają się anatomicznie z rozszerzonych naczyń żylnych. — Jeśli krwistość się wzmaga, rosną i owe guzy i coraz bardziej skracają szyję, nadając chorym coraz więcej wejrzenie *habitus apoplecticus*. W toku zapalenia płuc stanowią owe wypuklenia wskazanie do co rychlejszego upustu krwi. *Stahr.*

J. Guiart i Ch. Garin. **Odczyn Webera i włosogłówka.** (*Sem. médic.* 1909, Nr 35). Biologia niektórych robaków, żyjących w przewodzie pokarmowym człowieka, a w szczególności włosogłówki, pozwalała z góry na przypuszczenie, że w kale chorego, zakażonego włosogłówką, znajdować się powinna krew. Otóż autorowie przekonali się, że ani razu nie zdarzyło im się spotkać takiego przypadku, gdzieby w kale znaleźli jaja włosogłówki, a nie stwierdzili równocześnie, w pewnej chwili, odczynu Webera. Dodatek ten »w pewnej chwili« wymaga objaśnienia. Otóż trzy razy zdarzyło się autorom znaleść jaja włosogłówki w kale, a równocześnie stwierdzać odczyn Webera wątpliwy lub ujemny. Jednakże później od czasu do czasu ponawiane badania kału zawsze kończyły się dodatnim odczynem Webera. Zdaje się więc, że włosogłówka wywołuje krwawienia z przerwami. Okoliczność ta, że włosogłówka wywołuje odczyn Webera, ma wielką doniosłość kliniczną, bo nie wolno odtąd na mocy samego odczynu Webera rozpoznawać raka lub wrzodu przewodu pokarmowego, nie wyłączywszy wprzód jaj włosogłówki w kale. — Autorowie mają zająć się odczynem Webera w stosunku do innych robaków, żyjących w przewodzie pokarmowym człowieka. *Stahr.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIX. posiedzenie naukowe z dnia 29. października 1909.

Przewodniczący zaprasza członków do wzięcia udziału w Zjeździe pedagogicznym, w którym Towarzystwo weźmie urzędownie udział.

I. Kol. Prof. Łukasiewicz przedstawia: *a*) chorego **z toczniem rumieniowym** (*lupus erythematosus s. agregatus*); omawiając tę chorobę i jej leczenie; *b*) chorą z typową **wysypką bromową** na całem ciele; *c*) chorego, dawniej już przedstawionego, **z mnogimi mięsakami skóry** (*sarcoma multiplex idiopathicum*); chory ten jest obecnie po raz trzeci w klinice; dzięki leczeniu arszenikowemu nastąpiła znaczna poprawa. — W dyskusyi omawia kol. Ruff podobny przypadek, gdzie pod wpływem promieni Röntgena nastąpiło zupełne wyleczenie.

II. Kol. A. Rydygier (jun.) przedstawia: *a*) chorego po **wyjęciu sztucznych zębów z przełyku** zapomocą ezofagostomii zewnętrznej; *b*) chorą z **nawrotem złośliwego wola** po wykonanej dawniej operacyi.

III. Kol. Prof. Wiczkowski przedstawia chorą z typową **polyserositis.** Prelegent przypomina analogiczne przypadki dawniej przedstawiane, oraz swój pogląd na całą sprawę, jako sprawę pochodzenia toksycznego. Dany przypadek zużytkuje W. do doświadczeń na zwierzętach. — W dyskusyi przemawiali kol. Münzer, Selzer i Prof. Gluziński.

IV. Kol. Prof. Gluziński: **Kilka uwag o obrazie klinicznym w okresie przejściowym u kobiet** (*climacterium*) **w związku z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego gruczołów bez przewodu.** Prelegent od dłuższego czasu zwracał uwagę na stosunek wzajemny jajników, nadnerczy i gruczołu tarczowego. Gdy przy ciąży i rozwoju płciowym powstają objawy hypertyreoidyzmu, to przy ustaniu czynności narządu płciowego występują nieraz objawy słabsze lub silniejsze stanu śluzowatego (*status myxoedematosus*). Za tem przemawia szereg spostrzeżeń klinicznych i sekcyjnych. Objawy zmniejszają się, gdy zjawia się miesiączka. Prelegent przytacza przykłady z piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń. Stąd wynika potrzeba leczenia szeregu objawów, uważanych za nerwowe, zapomocą tyreoidyny, co też G. z korzyścią stosował. Na zasadzie objawów klinicznych przypuszcza G. również związek między jajnikami, a nadnerczem. — W dyskusyi zabiera głos kol. Selzer M., omawiając stosunek gruczołu tarczowego do trzustki, i Prof. Mars.

V. Kol. Mahl jun. przedstawia łatwo gnący się srebrny **zgłębnik do cewki moczowej,** który może łatwo zastąpić gumowy. — W dyskusyi przemawiał kol. Leńko.

VI. Kol. Jedlicka przedstawia chorą z ogromnych rozmiarów **naczyniakiem mięsakowym** (*angiosarcoma*) na szczęce dolnej.

XXX. posiedzenie naukowe z d. 5. listopada 1909.

I. Kol. Czyżewicz jun. przedstawia chorą 65-letnią **z wypadnięciem macicy,** trwającem kilka lat i następowo rozwiniętym **rakiem części pochwowej.**

II. Kol. Prof. Raczyński: **Nowoczesne urządzenia w klinikach dziecięcych.** Prelegent przedstawia historyę rozwoju klinik dziecięcych, a więc rodzaje urządzeń ambulatoryów, w których jednem z najważniejszych zadań jest zapobieganie przenoszeniu chorób zakaźnych z jednego dziecka na drugie. Omawia urządzanie sal chorych, osesków i mamek; następnie, podnosząc koleje, jakie przechodziły rozmaite urządzenia z żywieniem osesków, opisuje urządzenia, najlepiej nadające się do tego celu. W końcu omawia urządzenia nowo otwartej kliniki dziecięcej, w której posiedzenie się odbyło.

III. Zwiedzanie kliniki.

Nowicki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie d. 8. września 1909.

Przewodniczący: Kol. K. Jasiński, sekretarz: E. Sonnenberg.

1. Kol. Goldman przedstawił 3 preparaty usuniętych **wyrostków robaczkowych.** W 2 przypadkach wyrostek był przedziurawiony.

2. Kol, M. Cohn omówił przypadek **wycięcia wyrostka robaczkowego** u 40-letniego mężczyzny.

3. Z okazyi przedstawienia wymienionych preparatów wywiązała się ożywiona dyskusya, której przedmiotem były pytania, kiedy w przypadkach zapalenia kiszki ślepej należy przystąpić do operacyi i kto w tym przypadku powinien o potrzebie operowania rozstrzygać: chirurg, czy internista.

Zdaniem kol. Goldmana każdy przypadek należy indywidualizować i, o ile można, obierać do operacyi odpowiednią chwilę, aby módz operować na zimno. — Kol. M. Cohn wypowiedział pogląd, że wogóle należy przystępować do operacyi w ciągu pierwszych 48 godzin, o ile w przebiegu choroby nie zajdzie zmiana na lepsze w stanie tętna, o ile nie obniży się ciepłota i nie zniknie bolesność. Jakkolwiek w 80% przypadków zapalenia kiszki ślepej cierpienie przechodzi w stan zimny, jednakże należy, zdaniem kol. C., operować wcześnie, ponieważ nie mamy pewności, że dany przypadek należeć będzie do odsetek tej rubryki, której przypadki przechodzą w stan zimny. — Kol. Rosenthal zwraca uwagę na to, że nieraz na decyzyę operowania wywiera wielki wpływ otoczenie chorego, które zwykle zwleka z przyzwoleniem na operacyę.

W sprawie, kto ma rozstrzygać o potrzebie operowania w przypadkach zapalenia kiszki ślepej, zdania również były podzielone.

Kol. Goldman wypowiedział pogląd, że internista powinien być dobrze obeznany z metodą badania i z patologią zapalenia kątnicy, aby mógł się oryentować i aby od niego wychodziła decyzya o wskazaniach do operacyi. — Kol. M. Cohn był innego zdania: według niego w tych przypadkach decydować powinien tylko chirurg. — Przewodniczący kol. K. Jasiński zauważył, że pytanie, kto powinien rozstrzygać, jest źle postawione i zasadniczo rozwiązać się nie daje. W każdym bowiem poszczególnym przypadku zawsze decydować będzie osobisty pogląd lekarza. Gdy bowiem przy łożu chorego zajdzie jaka wątpliwość, wówczas nie zasada, lecz osobisty pogląd lekarza stanowić będzie o tem, czy należy szukać oparcia o chirurga, czy też korzystać z zasobów wiedzy lekarza-internisty.

4. W końcu posiedzenia balotowano kolegów: Abrutina i W. Bernarda. Na 14 głosujących kol. Abrutin przeszedł wszystkimi głosami, kol. Bernard — 10 głosami, 4 kolegów powstrzymało się od głosowania.

Sekretarz: *E. Sonnenberg.*

Najwyższa Rada Zdrowia.

W d. 6 listopada ogłosiła »Wiener Zeitung«, że do Najwyższej Rady Zdrowia powołało Ministerstwo spraw wewnętrznych dalszych siedmiu członków zwyczajnych. Do tego dołączono następujący komentarz urzędowy: »Wielostronne, wzrastające zadania, które oczekują Rady fachowe, współdziałające z Ministerstwem spraw wewnętrznych, spowodowały powiększenie liczby członków Rady Zdrowia o dalszych siedmiu członków tak, że obecnie Najwyższa Rada Zdrowia składa się z 49 członków. Rada ta zajmie się przedewszystkiem zmianą regulaminu, ponieważ większość spraw odtąd będzie przedyskutowana nie na plenarnych posiedzeniach, lecz w specyalnych fachowych komitetach. Komitety te będą liczyły tylko 6—12 członków i będą im przydzielone specyalne grupy spraw. Do tych specyalnych komitetów fachowych w razie potrzeby mogą być przydzielani jeszcze także nadzwyczajni członkowie. Dla plenarnych posiedzeń zastrzeżone są przedmioty, dotyczące wogóle organizacyi kwestyi sanitarnych, jakoteż takie, które ze względu na swe specyalne znaczenie będą przez poszczególne komitety przedkładane plenarnemu posiedzeniu do powzięcia uchwały. W ten sposób z jednej strony będzie możliwe znaczne przyspieszenie toku spraw — z drugiej postępowanie to da możność wybierania do pojedyńczych komitetów fachowych właśnie tych osobistości, które ze względu na swe specyalne naukowe i praktyczne kwalifikacye, specyalnie są powołane do zaopiniowywania dotyczących spraw«.

Z Galicyi powołano do Najwyższej Rady Zdrowia oprócz obu dotychczasowych jej członków, Prof. Dra Kostaneckiego i Prof. Dr Łukasiewicza, — czterech jeszcze członków zwyczajnych: rektora uniwersytetu Dra Józefa Łazarskiego z Krakowa, Dra Feliksa Sielskiego ze Lwowa, dyrektora powszechnego szpitala krajowego Dra Józefa Starzewskiego ze Lwowa i lekarza miejskiego Dra Józefa Walczyńskiego z Tarnowa.

W ten sposób przynajmniej częściowo uchylono krzywdę, jaka zagrażała naszemu krajowi przez niedostateczne liczebnie jego przedstawicielstwo w naczelnej korporacyi sanitarnej. Naprawienie złego zawdzięczać należy stanowisku, jakie w tej sprawie zajęli obaj dotychczasowi galicyjscy członkowie Rady Zdrowia, oraz energicznym krokom JE Ministra dla Galicyi Dra Dułęby, prezesa Koła polskiego w Wiedniu Prof. Dra Głąbińskiego i JE Namiestnika Dra Bobrzyńskiego. Gorliwa i skuteczna ta obrona najżywotniejszych interesów kraju zjednać musi najżywsze uznanie nietylko kół lekarskich, ale także najszerszych sfer naszego społeczeństwa. Należy mieć nadzieję, że starania o dalsze zwiększenie liczby przedstawicieli naszego kraju w Najwyższej Radzie Zdrowia nie ustaną dopóty, dopóki stosunek liczebny członków z różnych krajów nie zostanie zupełnie zrównoważony i że słusznym żądaniom naszym uczynią władze centralne stopniowo zadość, ku czemu nawet jeszcze w ciągu najbliższej trzechletniej kadencyi Rady może się nasunąć sposobność.

Konstytuujące posiedzenie Najwyższej Rady Zdrowia zwołane zostało na 13. b. m. Posiedzenie to ma niemałą dla interesów naszego kraju wagę, ponieważ na niem wybrane będą specyalne komitety, wspomniane w komunikacie urzędowym, obdarzone pewną samodzielnością, a w każdym razie na dalsze losy powierzonych sobie spraw mające wpływ przeważny. Otóż byłoby rzeczą bardzo doniosłą, żeby w tych komitetach, w których ważyć się będą sprawy, szczególnie kraj nasz obchodzące, zasiedli także przedstawiciele Galicyi. Gdyby bowiem to nie nastąpiło, wtedy mogłyby interesa kraju nieraz być na szwank narażone. A takich komitetów, które powinny w swych obradach uwzględniać odrębności kulturalne, sanitarne i ekonomiczne ludności galicyjskiej, jest kilka wśród projektowanych 16 — jak słychać — komitetów. I tak dotyczy to: komitetu dla sprawy zwalczania chorób zakaźnych; komitetu dla sprawy zaopatrzenia ludności w dobrą wodę; dla spraw higieny szkolnej; dla sprawy zakładów leczniczych i humanitarnych; dla sprawy żywienia się ludności.

Skład komitetów zależy od dokonanych przez Najwyższą Radę Zdrowia wyborów; przypuszczać należy, że grono to okaże przytem większe zrozumienie sprawy, niż je zrazu okazał rząd centralny i że będzie umiało ocenić znaczenie udziału przedstawicieli Galicyi w naradach nad tymi przedmiotami, które wymagają uwzględnienia lokalnych odrębności. *C.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W warszawskiem Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich odbyło się d. 22. X. b. r. posiedzenie Wydziału dla spraw bytu materyalnego lekarzy. Na porządku dziennym była sprawa ustępstw dla Związków i Stowarzyszeń od uchwalonych opłat lekarskich. Do licznych kolegów zwrócił się Związek rzemieślników chrześcian, liczący z górą 4000 członków, z odpowiednią ofertą. Sprawę referował kol. Józef Zawadzki, poddając pod rozwagę obecnych, czy wogóle należy odstąpić dla kogokolwiek od dopiero co uchwalonych opłat minimalnych wobec istnienia w mieście szpitali, ambulatoryów i lecznic dla niezamożnych; czy skutkiem ustępstw sprawa, będąca dziś na bardzo dobrej drodze, nie zeszłaby na manowce. Każdy lekarz może z dobrej woli w poszczególnym przypadku uczynić ustępstwo od norm przyjętych; jednakże ryczałtowe ustępowanie dla związków, obejmujących ludzi rozmaitej zamożności, mogłoby wyrodzić wśród lekarzy niezdrową konkurencyę pieniężną, zamiast jedynej dopuszczalnej konkurencyi, opartej na wartości naukowej i troskliwości o chorego. Dr St. Markiewicz zaznaczył, że ambulatorya i lecznice dla niezamożnych nie rozstrzygają sprawy udzielania porad obłożnie chorym, i że za granicą wszędzie istnieją związki, zapewniające swym członkom pomoc lekarską na warunkach wyjątkowych; z grup takich wyłączone są osoby, mające dochody powyżej pewnej określonej kwoty. Kol. Rosenthal był zdania, że należy wybrać komisyę, któraby wypracowała normy stosunku między Stowarzyszeniem a związkami. Reszta mówców była przeciwna jakimkolwiek ustępstwom od norm przyjętych przez Stowarzyszenie i ostatecznie znaczną większością głosów uchwalono nic czynić żadnych ustępstw od opłat minimalnych. *W. K.*

W warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich wygłosił dnia 29. X. b. r. Dr Hewelke odczyt: **O błędności objaśnienia pewnych zwyczajów i obrzędów starożytnych z punktu widzenia higieny współczesnej.** Wiek obecny, wiek pary i elektryczności, nazwać można jeszcze wiekiem higieny. W ostatnich czasach tyle się mówi i pisze o higienie, że wytwarza się wprost fanatyzm na drodze ochrony zdrowia. Pierwszem dziełem naukowem o higienie była praca Franka (1770): »System der medicinischen Polizei«, wcześniejsze prace lekarskie zasad higieny zupełnie nie uwzględniają; można śmiało powiedzieć, że przed ukazaniem się dzieła Franka zarządzeń higienicznych wogóle nie wydawano. Czy wobec tego można uważać jakiekolwiek prawo, wydane w czasach dalekiej przeszłości, za zarządzenie, mające coś wspólnego z higieną, pojętą w sensie współczesnym? Prelegent przeczy temu stanowczo. Cyrus, według opisu Herodota, woził z sobą na wyprawy w naczyniach srebrnych wodę przegotowaną jedynie w obawie przed otruciem; Persowie zabraniali oddawać mocz i pluć do rzeki, a nawet myć w niej ręce, gdyż uważali wodę bieżącą za poświęconą bóstwu; Grecy uprawiali gry ruchowe jedynie przez kult dla kształtów ciała. Jeżeli te obyczaje zbiegają się z obecnemi naszemi pojęciami, to jest to wprost dziełem przypadku, bynajmniej zaś wnosić nie należy, żeby już podówczas miano pojęcie o korzyściach zdrowotnych tych zwyczajów. To samo dotyczy obrządków rytualnych mozaicznych. Mojżesz przyoblekał w formę prawną przyjęte w narodzie hebrajskim, u Egipcyan, Fenicyan i Syryjczyków obyczaje, nie upatrując w nich korzyści sanitarno-higienicznych. Obrzezanie, mające jakoby zapobiegać stosunkowo rzadkim przypadkom stulejki i załupka, przeprowadzano w sposób, nie świadczący o konsekwencyi myśli higienicznej, a było ono wogóle w zwyczaju u większości narodów wschodu na 3000 lat przed Chrystusem. O tem, żeby zakaz spożywania wieprzowiny wynikał z możliwości zapadnięcia na tasiemca lub włośnicę (trychiny), nie wiadomo. Zakaz spożywania niektórych zwierząt, ryb, owoców, powtarza się u różnych narodów zupełnie bez myśli higienicznej (kapłani w Egipcie nie jadali ryb, na bób i fasolę nawet patrzeć im nie wolno było); zakaz jadania niektórych części zwierząt wynikał z pobudek religijnych, gdyż części te były składane bogom na ofiarę (*os sacrum*); za zjedzenie krwi karano nawet śmiercią.

W starożytności powtarza się bardzo często co do niektórych rzeczy określenie »czysty«, »nieczysty«. Nieczystą jest kobieta miesiączkująca; niewolno się było do niej zbliżać, ani jej niewolno było zbliżać się do innych; Mojżesz zabraniał obcowania z kobietą miesiączkującą. Dotąd przetrwały przesądy pod tym względem; stosuje się to głównie co do stosunków płciowych z kobietą miesiączkującą, chociaż żadnych przeciwwskazań do tego najpoważniejsze i najobszerniejsze podręczniki ginekologii nie wymieniają. Hipokrates radził nawet w celu łatwiejszego zajścia w ciążę spółkowanie w pierwszych dniach miesiączkowania. Bondelle (1898) wprost oświadcza, że przeciwwskazania pod tym względem niema. Pojęcie »nieczysty« łączy się stale z pojęciem· »bogu poświęcony«: »tabu« — »nietykalny«. Ziemia jest tabu. Tabu jest izolatorem pomiędzy bóstwem a człowiekiem; kto się go dotknie, ten staje się nieczysty, grzeszny.

Posty, w których również niektórzy upatrują związek z higieną odżywiania, są w zupełnej sprzeczności z naszemi pojęciami o przemianie materyi i wynikają jedynie z pobudek religijnych. Ryba jest godniejszą od mięsa zwierzęcego; pierwsi chrześcijanie mieli za godło rybę. W VIII wieku papież zabronił spożywania mięsa końskiego, widząc w tem obyczaj pogański, rozpowszechniony wśród Germanów. Kazirodztwo jest karane, chociaż wiadomo, że w dawnych czasach było dozwalane, a współczesna biologia bynajmniej nie potwierdza złego wpływu kazirodztwa na potomstwo.

Kol. Nusbaum podnosi wartość odczytu pod względem uświadomienia tych zwolenników przesądów rytualnych, którzy na obronę obrządków przytaczają rzekome ich znaczenie higieniczne. Obrządki powinny być rozpatrywane na tle epoki, kiedy powstały, jak to czyni prelegent, a nie na gruncie naszych pojęć współczesnych. Poglądów higienicznych prawodawcy mieć nie mogli, bo nie było nauki higieny; nie było pojęć o zapobieganiu chorobom, które uważano za dopust lub karę Bożą. Kol. Polak, potwierdzając niektóre wywody prelegenta, np. co do postów, które mają znaczenie mortyfikacyjne, a więc są nawet antyhigieniczne — nie może innym przepisom w zupełności odmówić pierwiastka higienicznego. Wiadomo, że Mojżesz w celu tępienia zarazy wprost zabijał ludzi zarażonych, w czem okazuje się nawet kontagionistą; również gimnastyka u Greków miała w części znaczenie zdrowotne: Hipokrates dla zdrowia zalecał kąpiele i gimnastykę. Kol. Heiman widzi pierwiastek higieniczny w nakazywaniu kąpieli dla kobiet i w nakadzaniu. Ludy przyoblekały te zarządzenia w szatę religijną, nie mając na ich poparcie zdobyczy naukowych, jakiemi obecnie rozporządzamy. Wreszcie cała medycyna należała początkowo do kapłanów. Kol. Jaworski twierdzi, że empirycznie spostrzeżono, iż spółkowanie z kobietą w okresie miesiączkowania bywa nie bez szkody dla obydwu stron. Stosunek powiększa przekrwienie narządów podbrzusza. Krwistek okołomaciczny jest wprost następstwem stosunku podczas miesiączkowania. Ci, co zakaz podobny wydawali, byli niewątpliwie higienistami. Kol. Mesz widzi w koszerowaniu mięsa przepis higieniczny; również w zwyczaju kąpieli lub obmywania nóg przed wejściem do domu. Prelegent i kol. Nusbaum raz jeszcze zaznaczają, że nie można z tego, iż pewnym zwyczajom trudno odmówić wartości higienicznej, twierdzić, że powstały one z dbałości o zdrowie ludności, a więc miały być skutkiem wiadomości higienicznych. *W. K.*

Z projektu nowej ustawy karnej austryackiej przytacza »Wiener medizinische Wochenschrift« (Nr 43) postanowienia, dotyczące lub obchodzące lekarzy. Nowe jest postanowienie §. 295, że nie podlega karze lekarz, który wywołuje poronienie, aby ciężarną uratować od śmierci lub ciężkich trwałych szkód na zdrowiu, oraz §. 325, nakładający karę na tych, którzyby kogoś leczyli (ärztlich behandeln) wbrew jego woli, czy to wyraźnie objawionej, czy też odgadnąć się dającej. Projekt usuwa dotychczasowy §. 358 u. k., dotyczący »zaniedbania« chorego przez lekarza. §. 403 projektu nakłada obowiązek tajemnicy nietylko na lekarzy ordynujących, ale także na słuchaczy medycyny, oraz na służbę i dozorców chorych; nie wspomina zaś wcale o wyjątku co do tajemnicy lekarskiej wobec »urzędowo zapytującej władzy«, zastrzeżonym w obecnym §. 498 u. k. (Należałoby jednak znieść także dekret kanc. nadw. z 23. IV. 1813, nakładający na lekarzy obowiązek dawania władzom wyjaśnień co do chorych). Sprawa partactwa i przymusu zawodowego przedstawia się w projekcie w sposób następujący: §. 464 nakłada karę aresztu do 4 tygodni lub grzywnę do 300 kor. na 1) tych, którzy trudnią się zawodowo (»gewerbemässig«) leczeniem lub babieniem, nie nabywszy w tym kierunku wykształcenia, obowiązującego w państwie, lub równorzędnego wykształcenia zagranicą, oraz tych, którzy bez tego wykształcenia publicznie swe usługi ofiarują; 2) tych, którzy stosują, sprzedają, puszczają w obieg lub drukiem ogłaszają lek tajny lub przez władze zakazany; 3) tych niepowołanych, którzy narkotyzują, hipnotyzują

lub w inny sposób osłabiają wolę i świadomość drugich osób; 4) tych, którzy w celu doświadczeń naukowych użyją u innej osoby środka, narazić ją mogącego na uszkodzenie cielesne lub szkodę na zdrowiu; 5) na lekarzy i położne, odmawiające lub odwlekające pomoc w nagłych przypadkach bez dostatecznego powodu. — §. 465 nakłada podobne kary (ale zaostrzając je ewentualną grzywną do 500 kor. obok kary aresztu) za kłamliwe wychwalanie drukiem skuteczności jakiegoś środka, sposobu leczenia, lub postępowania lekarskiego. (W tych postanowieniach brak określenia, zawartego w dawnym §. 343: »nieuprawnione« wykonywanie sztuki lekarskiej, przez co powstaje pewna niejasność, bo zdawaćby się mogło, że lekarz, nie będący obywatelem austryackim [a więc nie mający prawa praktykować], może jednak w Austryi wykonywać swój zawód). §. 466 projektu zagraża aresztem do 2 tyg. lub grzywną do 300 kor. lekarzom, położnym i oglądaczom zwłok, którzyby nie donieśli władzy o przypadku, budzącym przypuszczenie czynu karygodnego. Pominięto tu dotychczasowy przepis §. 359 u. k., że doniesienie ma być »niezwłoczne«.

Z projektu ustawy wykonawczej zasługuje na uwagę zniesienie całego szeregu przestarzałych ustaw i rozporządzeń, (pominięto tu jednak wiele bardzo starych, dotąd wyraźnie nie zniesionych, coby jednak należało uczynić, jak dekrety kanc. nadw. z 23. VII. 1782 i 2. XI. 1808), oraz art. XL VIII, dotyczący odebrania prawa wykonywania zawodu (a więc — co do lekarzy — prawa praktyki). Odebrać je może władza administracyjna na rok jeden do dziesięciu (wyjątkowo nawet na zawsze), jeżeli ktoś nadużył swych wiadomości zawodowych do popełnienia zbrodni lub takiego występku, który podpada karze przeszło półrocznego więzienia, lub też występku przeciw bezpieczeństwu zdrowia przez środki żywności i przedmioty użytkowe. Jeżeli zaś ktoś popełnił występek, podpadający karze przeszło półrocznego więzienia, przez brak wymaganych wiadomości w zakresie swego zawodu, wówczas może mu władza zakazać wykonywania zawodu dopóty, dopóki nie udowodni, iż brak uzupełnił. *R.*

Lekarze na pograniczu austryacko-rosyjskiem, jakoteż zamieszkali w większych, a od granicy nieodległych miastach, zwłaszcza we Lwowie i w Krakowie, bywali niejednokrotnie wzywani przez ludność nadgranicznych okolic pod panowaniem rosyjskiem. Dla ludności tej było to często ułatwieniem, a nieraz dobrodziejstwem, że mogła mieć pomoc lekarską z Galicyi, zwłaszcza w tych powiatach Królestwa i Podola, gdzie lekarzy jest mało i trudno nieraz ich dostać, oraz w cięższych przypadkach operacyjnych i w razie potrzeby narady lekarskiej z wybitnym specyalistą. W ostatnich jednak czasach poczęły władze rosyjskie pomoc taką bardzo utrudniać przez wymaganie szczególnych formalności paszportowych. Podjęto przeto starania o ułatwienia, a sprawa drogą dyplomatyczną oparła się aż o Petersburg. Niestety, jak się dowiadujemy z dobrego źródła, starania te nie odniosły skutku, a władze rosyjskie oświadczyły, że ściśle przestrzegać będą przepisu, nakazującego każdemu cudzoziemcowi, wyjeżdżającemu z Rosyi (a więc i lekarzom, wezwanym choćby na parę godzin), postarać się o zawizowanie paszportu przez policyę rosyjską. Wiadomość tę podajemy dla uchronienia interesowanych kolegów od niemiłych niespodzianek. *R.*

XVII. Wiec Stowarzyszeń lekarskich austr. (Ärztevereinstag) odbędzie się w Wiedniu d. 24. XI. b. r. w lokalu Izby lekarskiej wiedeńskiej (I. Börsegasse 1).

Wiedeńska Kasa chorych lekarzy wypłacać może według nowego statutu zasiłek w kwocie 8 koron w razie jednej i tej samej choroby przez cały nawet rok. W Kasie tej założono fundusz dla członków, potrzebujących pomocy i uzyskano, że 4 sanatorya (Löw, Fürth, »Hera« i Luithlen) przyjmują lekarzy na znacznie zniżonych warunkach do leczenia. *X.*

Patronom chirurgii wolno było praktykować wedle ustawy z dn. 24. kwietnia 1827 jedynie wtedy, jeżeli wykazać się mogli stałą posadą. Obecnie ministeryum spraw wewnętrznych wydało rozporządzenie, dozwalające na wykonywanie praktyki lekarskiej pensyonowanym patronom chirurgii, którzy byli dawniej lekarzami miejskimi lub gminnymi, ale tylko wyjątkowo za zezwoleniem odpowiedniej Izby lekarskiej i to w przypadkach, gdy przez to byt obecnego lekarza gminnego nie zostaje zagrożony. *X.*

Ubezpieczenie przeciw gruźlicy w Szwecyi. Szwedzkie towarzystwo asekuracyjne Trygg postanowiło ułatwić ubezpieczającym się na życie leczenie się na gruźlicę, dając swym klientom możność leczenia się w uzdrowiskach. A myśl tę wykonało w ten sposób: Przedewszystkiem musi dana osoba ubezpieczyć się co najmniej na 500 K. i musi przez lekarza towarzystwa uznaną być za zdrową w chwili zawarcia ubezpieczenia. Dodatek za asekuracyę na wypadek gruźlicy wynosi 5 do 10 erów tygodniowo, zależnie od wieku ubezpieczonego, zaś świadczenia na leczenie otrzymać może klient dopiero po 2 latach najwcześniej. Jeśliby ubezpieczony zapadł na gruźlicę po 2 latach i stał się przez to niezdolnym do pracy, to gaśnie obowiązek płacenia premii, a ubezpieczony dostaje nadto 250 K., albo umieszcza go towarzystwo w uzdrowisku, płacąc za niego 250 K. Jestto zaliczka na sumę ubezpieczoną, którą towarzystwo w chwili płatności policy lub na wypadek śmierci ubezpieczonego, z sumy ubezpieczonej potrąca. Wyniki, jakie się uzyska tą drogą, nie dadzą się na razie ocenić. *Stahr.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca września 1909 .	478,297	285,494
We październiku 1909	650	5,000
Razem .	478,947	290,494

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 24. X. do 30. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 4 (w tem obcych 2 † 1), płonicy 26 † 6 (4 † —), odry 127 † 9 (1 † —), duru brzusznego 7 † 2 (3 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. X. do 6. XI. zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 4 (w tem obcych 7 † 4), płonicy 12 † 2 (7 † 1), odry 6 (1), duru brzusznego 4 † 2 (3 † 2), czerwonki 1 (1), gorączki połogowej 1, jaglicy 3, *Dr Janiszewski.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 10. XI. 1909 posiedzenie, na którem Dr Radliński przedstawił przypadki przepukliny kątnicy u dziecka, gruźlicy nerki (jeden z nich operowany) i resekcyi jelita z powodu przepukliny uwięzniętej, Dr Nüssenfeld przypadki cholecystektomii i splenektomii, Dr Broniatowski przypadek złamania szyjki kości udowej, Dr Hładij rentgenogramy i przypadek złamania kręgu lędźwiowego, Dr Biskupski dwa przypadki zapalenia szpiku.

— Dyplom doktorski uzyskał na wydziale lekarskim p. Antoni Krasowski, rodem z Zakrzowa w Król. polskiem.

— Kalendarz lekarski krakowski ukaże się z druku około 20 listopada.

Lwów. Przedmiotem obrad Krajowej Rady Zdrowia na posiedzeniu w d. 6. XI. 1909 była sprawa rekonstrukcyi szpitala w Tarnowie, podwyższenie taks szpitalnych w Kałuszu, Złoczowie, Brzeżanach, Gorlicach i Zaleszczykach, sprawa grobowca rodzinnego w Steniatynie, sprawa obsadzenia posady koncepisty sanitarnego, sprawa zwalczania matołectwa w kraju i zarządzenia asanacyjne i sanitarne w powiatach nadgranicznych. Jak wiadomo, rząd i kraj przeznaczyły w r. b. fundusze na próby leczenia matołectwa tyreoidyną; na próby te wybrano Nowotarszczyznę, gdzie dobrano 28 odpowiednich przypadków; leczeni otrzymują odpowiednie pożywienie, a znajdują się pod stosowną opieką i pod nadzorem lekarza powiatowego. Co do urządzeń asanacyjnych i sanitarnych w powiatach nadgranicznych, to wykonano je z funduszów rządowych; z powodu zagrażającej cholery udzieliło ministeryum spraw wewnętrzn. na ten cel osobno 50.000 kor.

— Izba lekarska wschod.-gal. uchwaliła podwyższenie honoraryów lekarskich o 50% i ogłosiła to postanowienie w prasie codziennej.

— Niewygasła jeszcze epidemia płonicy we Lwowie była przedmiotem obszernych a żywych rozpraw w radzie miejskiej na tle sprawozdania komisyi dla sprawy płonicy, przedstawionego przez r. m. Doc. Dra Piaseckiego. Uchwalono w końcu wnioski komisyi, t. j. 1) prosić posłów parlamentarnych o przy-

spieszenie ustawy o chorobach zakaźnych za pośrednictwem Koła polskiego; 2) prosić posłów sejmowych polskich o przyspieszenie organizacyi okręgów sanitarnych w kraju, zwłaszcza w pobliżu Lwowa; 3) wezwać prezydyum miasta, by przyspieszyło przyłączenie gmin podmiejskich do Lwowa, regulacyę dzielnicy III i udoskonalenie systemu czyszczenia miasta; 4) wezwać fizykat, by nadal stale stosował środki zapobiegawcze, jak stały nadzór lekarski nad odkażaniem, kartki ostrzegające na mieszkaniach zakażonych, zamykanie sklepów i pracowni zakażonych, pogotowie baraków epidemicznych; 5) wezwać komisyę sanitarną miejską, by w terminie 2-miesięcznym przedłożyła projekt reorganizacyi miejskiej służby zdrowia.

— Miejska komisya sanitarna rozpatrywała 6. XI. b. r. sprawę epidemii płonicy, która ponownie się wzmogła, epidemii kuru, która grasuje bardzo silnie od początku października, i odry, dla której brak dostatecznego pomieszczenia w szpitalach. Następnie uchwaliła komisya projekt reorganizacyi miejskiej służby zdrowia, opracowany przez Dra Legeżyńskiego, Mikołajskiego, Piska i Starzewskiego, a spożytkowujący spostrzeżenia, zebrane za granicą w czasie podróży tego grona, wysłanego w tym celu umyślnie na koszt miasta. Projekt ten nadaje miejskiemu urzędowi zdrowia w sprawach sanitarno-administracyjnych zupełną samodzielność z prawem wydawania zarządzeń stanowczych, równa podział sanitarny miasta z podziałem administracyjnym (dotąd bylo dzielnic sanitarnych 7, a administracyjnych 5), przeznacza lekarzom dzielnicowym czynności lekarzy sanitarnych, epidemicznych i szkolnych, a obok nich stwarza »lekarzy ubogich«, jako urzędników niestałych, mających obok leczenia ubogich oglądać zwłoki i współdziałać w zwalczaniu chorób zakaźnych oraz funkcyonaryuszy sanitarnych, przydzielonych do każdej dzielnicy. Osobne instrukcye dotyczą okulisty i dentysty miejskiego, lekarzy zakładów miejskich i miejskiej pracowni chemiczno-bakteryologicznej.

— »Komitet Towarzystw polskich«, działający obok i w porozumieniu z »Komitetem galicyjskim« w sprawie udziału Polski w III międzynarodowym Zjeździe dla higieny szkolnej w Paryżu, a obejmujący wszystkie trzy dzielnice polskie, uzyskał od Komitetu paryskiego zapewnienie, iż w publikacyach urzędowych zajmie miejsce równorzędne z komitetami państwowymi i że dwóch Polaków będzie powołanych na honorowych wiceprezesów Zjazdu. »Komitet Towarzystw polskich« wyda ilustrowaną francuską broszurę o warunkach higienicznych szkolnictwa polskiego celem rozdania między uczestników Zjazdu. Prezesem komitetu jest Prof. Dr Twardowski, sekretarzem Doc. Dr Eug. Piasecki (Lwów, ul. Trzeciego Maja 2).

Warszawa. Wydział III Towarzystwa naukowego warszawskiego odbył w d. 4. XI. posiedzenie, wypełnione przedstawieniem prac treści ściśle przyrodniczej. Komisya meteorologiczna tegoż Wydziału odbyła posiedzenie w d. 30. X.; na posiedzeniu tem mówił m. i. p. S. Landau: »O spostrzeżeniach nad promieniotwórczością atmosferyczną w okolicy Ojcowa i Olsza«.

— Kol. Maryan Eiger otrzymał po obronie rozprawy p. t. »Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych« stopień doktora medycyny uniwersytetu moskiewskiego.

— Komisya miejska dla reformy szpitalnictwa uznała za konieczne rozszerzenie szpitala zakaźnego św. Stanisława przez dokupienie gruntów, budowę 2 pawilonów (w każdym po 70—100 łóżek) i budynku gospodarczego, ogólnym kosztem 350.000 rubli.

— Komisya, powołana przez magistrat do wypracowania projektu pomieszczenia szkół początkowych, oświadczyła się za koniecznością budowy gmachów szkolnych; obecnie bowiem z 214 szkół tylko 34 ma własne budynki, a reszta mieści się w lokalach najętych (!) (Zdrowie 11).

— Przy głównym kolektorze kanałowym pod Bielanami ma być w r. b. zbudowany osadnik. (Zdrowie 11).

— W ostatnim roku (od 14. VIII. 1908 do 14. VIII 1909) było w szpitalach warszawskich 1,139,122 dni szpitalnych; koszt jednego dnia wynosił 96.34 kop. (Zdrowie 11).

— Pod Warszawą powstaje nowe letnisko w leśnictwie Zakroczymskiem.

— Do zarządu »Ligi przeciwgruźliczej« w Łodzi zostali wybrani: prezesem adw. Babicki, wiceprezesem p. Leonhardt, sekretarzem Dr S. Sterling. »Liga« postanowiła założyć pod Łodzią sanatoryum ludowe na 100 miejsc kosztem 200.000 rb., oraz utworzyć dyspensatorya.

— Bł. p. Joachim Potok zapisał 20.000 rb. na budowę szpitala izrael. w Będzinie.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia sekcyi lekarskiej »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 12. XI. b. r. znajdowały się wykłady: Dr Zawiszy: »Badanie moczu przy gruźlicy nerek« i Doc. Dra Z. Orłowskiego: »W kwestyi odczynu Cammidgea«, oraz obrady nad powiększeniem funduszów na budowę szpitala polskiego w Petersburgu i nad utworzeniem wydziału technicznego w »Związku«.

— W Berlinie głośną obecnie jest sprawa pewnego lekarza chorób usznych, który zatrzymał pewnej rosyance jej trąbkę uszną w zastaw, albowiem nie miała przy sobie odpowiedniej kwoty na zapłatę honoraryum. *X.*

— Nagrodę 1000 lirów ustanowił Prof. Cozzolino za najlepszą pracę nad otosklerozą, jaka ukaże się na kongresie otologicznym w Bostonie w r. 1912. *X.*

— Magistrat miasta Pesztu uchwalił utworzyć 40 posad lekarzy szkolnych dla szkół ludowych. W szkołach średnich peszteńskich już oddawna istnieją lekarze szkolni. Starający się o te posady odbyć muszą przedtem 3-miesięczny kurs w zakładzie higieny. *X.*

— Prezes komitetu gospodarczego Zjazdu peszteńskiego, Prof. Dr Koloman Müller, otrzymał od rządu madziarskiego dziedziczny tytuł barona, a sekretarz gen., Prof Dr Grosz — godność radcy dworu.

Mianowani: Anatom Doc. Sommer z Würzburga profesorem w Charkowie, Dr Honwink profesorem dermatologii w Amsterdamie;

asystentem zakładu histologicznego U. J. w Krakowie p. T. Kurkiewicz, demonstratorem p. J. Dębnicki.

Zmarli: pedyatra prof. Monti w Wiedniu.

Redakcya otrzymała: K. W. Majewski: O okularach a la Chamblant. »Post. okul.« 1909; Biernacki: Über die Beziehungen zwische dem Gesammtstickstoffwechsel und der Harnsäureausscheidung. »Zeits. f. exp. Path. u. Ther.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. listopada 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym rozprawy na temat: »Grunta pofortyfikacyjne i przyszły Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego«.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie od 2—23. grudnia 1909.

Wyjaśnień udzielają i zgłoszenia przyjmują Prof. Ciechanowski (Wielopole 4), Prof. Dobrowolski (Podwale 2), i Prof. Krzyształowicz (Basztowa 6).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26. listopada do 2. grudnia 1909.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dnie powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się we środę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakteryj chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strze-

lecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Nowak wspólnie z asystentami Dr Szymanowskim i Dr Rajchmanem: Praktyczny kurs bakteryologii: 1) Dyagnostyka bakteryologiczna chorób zakaźnych. 2) Metodyka serodyagnostyczna: aglutynacya, odchylenie komplementu (odczyn Wassermanna i t. p.), opsoniny. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 koron. Najmniej 5 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Mięsowicz: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej (Kopernika 15) w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej (Kopernika 15). 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mające. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz wspólnie z asystentem Dr Landauem: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5—6 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8—10 rano. Czesne 20 kor. Najmniej 5 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem Dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5—7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od $8^{1}/_{2}$ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 15 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami Dr Cetnarowskim, Przybylskim i Schlankiem: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Prof. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9.	Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10.	Dermatologie i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzysztalowicz) codziennie prócz poniedziałków.
	Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
	Chirurgia (Prof. Rutkowski) codz. prócz sobót.
9—10.	Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11.	Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.
10—11.	Położnictwo (Prof. Dobrowolski) codz.
10—12.	Pedyatrya (Prof. Lewkowicz). Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—1.	Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki.
12—1.	Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona.	Medycyna wewn. (Doc. Mięsowicz, Doc. Latkowski) 4 godz. tyg.
3—5.	Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
4—5.	Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6.	Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6.	Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid). codz.
4—5.	Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
5—7.	Badania laryngol. (Prof. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—8.	Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) wtorki, czwartki
Pora popołudn. na razie nie oznaczona.	Wziernikowanie oka.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE

do kąpieli. 222

SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg.

ŁOG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Gastrosan Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym z ich następstwami przy dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania i przy nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.

Salit szybko uśmierzający ból i leczący środek do wcierania przy cierpieniach gośćcowych. Salit znosi skóra w stanie nierozcieńczonym.

Novargan Z powodu braku działania drażniącego także wyżej zgęszczonych rozczynów nadaje się szczególniej do leczenia ostrego wiewióra.

Injectio Dr Hirsch: rozczyn gotowy do użycia do zupełnie niebolesnych podskórnych i śródmięśniowych wstrzykiwań rtęci.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 b

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 F. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Dla uspokojenia nerwów i pobudzenia snu

Bromural

(α-monobromisovalerianylowy mocznik)

Dawki: jako środek uspokajający 0,3 g. kilka razy dziennie; jako lekki środek nasenny 0,6 g. przed pójściem spać jako proszek lub w kołaczykach.

Rp. 1 rurka oryg. kołaczyków bromural. (Knoll) po 0,3 No XX. 13 a

KNOLL et Co., Ludwigshafen am Rhein.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety

Wystawa hig. Wiedeń 1906: Nagroda państw. i dypl. hon. do medalu złotego. Odznaczone kilkakrotnie. — Przeszło 6000 orzeczeń lekarskich. Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki.

J. Serravallo. c. i k. dostawca Dworu

Triest-Barcola. 43

WIELKĄ OSZCZĘDNOŚĆ

osiąga się przez używanie Beiersdorfa białego przylepca kauczukowego „leukoplast“, który z powodu swej lepkości, braku drażniącego działania i stałości, przewyższa wszystkie inne plastry i w przeważnej części zakładów leczniczych stale bywa używany.

Leukoplast przylepia się ściśle i silnie, nie rozmiękając przy dłuższem leżeniu na skórze, tak iż opatrunki nawet przy znacznem narażeniu nie przesuwają się.

14 c

Szczególnie cennem, oszczędnem i odpowiedniem jest stosowanie leukoplastu na szpulkach, dostarczanych we wszystkich używanych wielkościach.

Próbki, piśmiennictwo i wykazy bezpłatnie.

P. BEIERSDORF et Co., Hamburg 30.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach

Fersan

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).

ŻELAZO! FOSFOR! zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.

Kołaczyki czekoladowo-jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).

D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.

Kołaczyki fersanowe.

Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych (w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk).

D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazania.

(Jolles).

Panom Lekarzom piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Nowość!

41

Pastylki-bromowe-fersanowe

Fersan-Werk, Wien IX.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy **schorzeniach narządów oddechania**, gruźlicy płuc, niedżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker Wien II/1 Castellezgasse 25.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 **Główny skład i wyrób**

Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum"**. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico. a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: **oryginal Matula.** Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 20. listopada 1909. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni Prof. J. Miecznikowa w Zakładzie Pasteura w Paryżu.

O naturze substancyi, wywołujących odczyn Wassermanna w surowicach chorych na kiłę i królików, zarażonych świdrowcami.

Podał

Dr Stefan Mutermilch.

Odczyn Wassermanna dla rozpoznania przymiotu przechodził dziwne koleje: wyprowadzony logicznie ze zjawisk odpornościowych, przy bliższej jednak krytyce coraz bardziej się od nich oddala. Najwybitniejszym rysem zjawisk odpornościowych jest ich swoistość; dla wykonania np. odczynu Bordeta i Gengou, na podstawie którego zbudowany został odczyn Wassermanna, antygen i niwecznik (*anticorps*) muszą być jednakowej natury, to jest: dla wykrycia niweczników durowych należy się posiłkować zawiesiną lub wyciągiem z laseczników Ebertha, dla niweczników cholerycznych — z przecinkowców Kocha i t. p.

Tymczasem Levaditi i Marie (1) i Landsteiner (2) spostrzegli, że surowice chorych kiłowych i płyny mózgowo-rdzeniowe chorych parasyfilitycznych dają odchylenie komplementu nietylko z wyciągami z narządów swoistych, jak to pierwszy zauważył Wassermann ze swymi współpracownikami, lecz także z wyciągami z narządów prawidłowych, a nawet, jak następnie zauważyli Landsteiner, Müller i Poetzl (3), Levaditi i Marie, Levaditi i Yamanouchi (4), z alkoholowymi wyciągami z narządów swoistych i prawidłowych, a także z lecytyną i z innemi ciałami chemicznie czystemi. Zjawisko to zauważono następnie i w innych chorobach zakaźnych, jakoto w świdrowicach (*trypanosomiasis*) królików (Landsteiner, Müller i Poetzl)(5), w płonicy (Eichelberg i Much)(6), w zimnicy, w trądzie (Wechselmann i Meier) (7).

Żeby objaśnić ten fakt, zdający się zadawać kłam ogólnie przyjętemu prawu swoistości w odporności, należy wziąć pod rozwagę następujące trzy przypuszczenia: 1) Możnaby przypuścić, że istnieją dwa rodzaje niweczników: takie, które wiążą aleksynę tylko po poprzedniem połączeniu się z odpowiednim swoistym antygenem (w znakomitej większości chorób zakaźnych), i takie, które nie wymagają tej swoistości (przymiot, trąd itd.). 2) Według Weila i Brauna (8) i Toyosumi (9), w pewnych chorobach zakaźnych tworzą się antycytotoksyny dla komórek, zniszczonych przez sprawę patologiczną i następnie wessanych i odczyn Wassermanna jakoby odkrywał te właśnie antycytotoksyny. 2) Możnaby wraz z Levaditim przyjąć, że zapomocą odczynu Wassermanna nie odkrywamy niweczników kiłowych, lecz pewne substancye, nieznanej dotychczas natury, które mają własność wiązania komplementu w obecności lipoidów.

To zagadnienie, bezwątpienia doniosłego znaczenia, starałem się rozstrzygnąć zapomocą metody przesączania przez błony kolodyonowe.

W komunikacie swym, podanym na posiedzeniu Akademii umiejętności w Paryżu z dnia 12. X. 1908, doniósł Frouin, że hemolizyny, otrzymane z uodporniania zwierząt krwinkami, przechodzą przez woreczki kolodyonowe, nic nie tracąc na sile.

Zapomocą tej samej metody filtrowania przez woreczki z kolodyum przy ciśnieniu rtęciowem 40—50 mm, zauważyłem, że wszelakie inne niweczniki z łatwością przechodzą przez błony kolodyonowe; próby moje dotyczyły niweczników cholerycznych, hemolizyn normalnych i sztucznych, antytoksyny tężcowej, substancyi trypanobójczych i aglutynacyjnych dla rozmaitych ras świdrowców (Nagana, Surra, Gambiense). Przesączając w tych samych warunkach surowice i płyny mózgowordzeniowe kiłowe, otrzymałem przesącze, nie dające nigdy dodatniej próby Wassermanna. Oto jeden z licznych przykładów:

Antygen alkoholowy wyciąg wątroby kiłowej	Surowica swoista	Surowica przed przesączeniem	Przesącz	Reszta pozostała w woreczku
0,1 0,1 0,1	0,1 } 1/10 0.5 } 0,1	1 częściowa hemoliza 2 zero 3 zero	10 całkowita 11 idem 12 idem	16 ślad hemolizy 17 zero 18 zero
0,1	—	4 całkowita „		
— — —	0,1 } 1/10 0.5 } 0,1	5 całkowita „ 6 całkowita „ 7 całkowita „	13 idem 14 idem 15 idem	19 całkowita 20 idem 21 idem
— —	— —	8 całkowita „ 9 zero		

Jak widzimy z tego doświadczenia, surowica chorego przed przesączeniem dała oczywisty dodatni odczyn Wassermanna, przesącz dał odczyn ujemny, reszta zaś surowicy pozostałej w woreczku zachowała, a nawet ilościowo przybrała własności surowicy kiłowej. To odrębne zachowanie się surowicy przymiotowej od surowic w innych chorobach zakaźnych, jeszcze nie jest niezbitym dowodem, że zapomocą próby Wassermanna nie odkrywamy właściwych niweczników przymiotowych; takim dowodem byłoby dopiero doświadczenie, wykazujące, że zapomocą przesączania przez woreczki kolodyonowe możemy oddzielić istotne niweczniki przymiotowe od banalnej Wassermannowskiej substancyi. Ponieważ nie posiadamy dotychczas żadnej metody, pozwalającej wykryć niweczniki przymiotowe, zwróciłem się więc do innej choroby, do świdrowicy królików; surowice tych zwierząt dają często dodatnią próbę Wassermanna (doświadczenia Landsteinera), z drugiej zaś strony zawierają substancye trypanobójcze, dające się z łatwością wykryć *in vitro* przy zmieszaniu surowicy z krwią, zawierającą świdrowce i substancyę uczulającą (»substance sensibilisatrice« Bordeta), którą udało nam się wraz z Levaditim([10]) wykryć u świnek morskich, zakażonych rozmaitymi gatunkami świdrowców (Nagana, Surra, Gambiense), zapomocą specyalnej metody przygotowania antygenu w formie zawiesiny świdrowców w fizyologicznym rozczynie soli.

Przygotowawszy więc dwa antygeny: jeden nieswoisty (alkoholowy wyciąg z wątroby płodu kiłowego, stale używany w Zakładzie Pasteura dla wykonania próby Wassermanna), i drugi swoisty (zawiesinę świdrowców w rozczynie soli kuchennej), poddałem surowice królików, zarażonych świdrowcami, na 10—15 dzień po zakażeniu, przesączeniu przez woreczki kolodyonowe. Surowicę przed przesączeniem, przesącz i resztę surowicy, pozostałej w woreczku, zarówno jak jedną surowicę normalną, poddano z jednej strony odczynowi Wassermanna (Landsteinera), z drugiej zaś — próbie Bordeta i Gengou.

Oto odpowiednia tablica.

Próba Bordet i Gengou.

Zawiesina świdrowców	Surowica królika Nr 70, zakażonego tryp. Nagana	Surowica przed przesączeniem	Przesącz	Reszta surowicy pozostałej w woreczku	Surowica królika normalnego
0,5	0,1 } 1/100	1 prawie całk.	13 całkowita	23 częściowa	33 całkowita
0,5	0,5 } 1/100	2 zero	14 całkowita	24 zero	34 id.
0,5	0,1 } 1/10	3 zero	15 częściowa	25 zero	35 id.
0,5	0,5 } 1/10	4 zero	16 zero	26 zero	36 id.
0,5	0,1	5 zero	17 zero	27 zero	37 id.
0,5	0,2	6 zero	18 zero	28 zero	38 id.
0,5	—	7 całkowita			
—	0,1 } 1/10	8 całkowita	19 całkowita	29 całkowita	39 id.
—	0,5 } 1/10	9 całkowita	20 całkowita	30 całkowita	40 id.
—	0,1	10 całkowita	21 całkowita	31 całkowita	41 id.
—	0,2	11 częściowa	22 całkowita	32 częściowa	42 id.
—	—	12 całkowita			

Próba Wassermanna.

Alkoholowy wyciąg wątroby kiłowej	Surowica królika Nr 70	Surowica przed przesączeniem	Przesącz	Reszta surowicy pozostałej w woreczku	Surowica królika normalnego
0,1	0,1 } 1/10	1 zero	6 całkowita	10 zero	14 całkowita
0,1	0,5 } 1/10	2 zero	7 całkowita	11 zero	15 całkowita
0,1	0,1	3 zero	8 całkowita	12 zero	16 całkowita
0,1	0,2	4 zero	9 całkowita	13 zero	17 całkowita
0,1	—	5 całkowita			

Doświadczenie to wskazuje, że zapomocą przesączenia przez błony kolodyonowe można oddzielić swoisty niewecznik, który wywołuje zjawisko Bordeta-Gengou w obecności antygenu świdrowcowego, od substancyi nieswoistej, dającej odczyn Wassermanna-Landsteinera w obecności lipoidów. Na wyżej przytoczonej tablicy spostrzegamy pewną różnicę pomiędzy siłą surowicy przed przesączeniem a przesączem; jednakże zjawiska tego nie należy objaśniać utratą substancyi uczulającej podczas przesączania, lecz tym faktem, że zawiesina świdrowców, jak zawiesina jakichkolwiek komórek, zawierających lipoidy, może wywołać także zjawisko Wassermanna, mamy więc tu do czynienia z sumą dwu substancyi: niewecznika Bordet-Gengou i nieswoistej substancyi Landsteinera (Wassermanna).

Że próba Wassermanna nie wykrywa substancyi, znajdujących się i w surowicach prawidłowych, lecz wzrastających ilościowo podczas pewnych spraw patologicznych, zdaje się dowodzić następujące doświadczenie: Poddawszy dwie prawidłowe ludzkie i kilka prawidłowych króliczych surowic przesączeniu przez woreczki kolodyonowe, starałem się w ten sposób przez zredukowanie surowicy w woreczku, wzbogacić ją w hypotetyczne substancye czynne; próby moje jednak w tym kierunku były bezowocne, nawet przy zredukowaniu surowicy 6—10 razy pierwotnej objętości.

Powyższe doświadczenia dowodzą, że próba Wassermanna w przymiocie nie wykrywa prawdziwych niweczników, skierowanych przeciwko krętkowi blademu; poza tem wskazują one, że hypoteza Weila i Brauna nie jest dopuszczalna, gdyż cytotoksyny, zarówno jak hemolizyny, powinny bez trudności przechodzić przez błony z kolodyum. W braku więc innej lepszej hypotezy, należy skłaniać się raczej ku fizyczno-chemicznej teoryi Levaditiego, podanej na początku niniejszej pracy.

Piśmiennictwo. 1) Levaditi i Marie. C. R. de la Société de Biologie. T. LXII, 1907, str. 872. — 2) Landsteiner, Müller i Poetzl. Wiener

Przyrząd do przesączania przez woreczek kolodyonowy zestawiałem w sposób następujący. Szerszą rurkę szklaną z przymocowanym u dołu woreczkiem kolodyonowym, zawiesza się w szerszej probówce zapomocą korka z waty. Rurkę z woreczkiem zamyka się u góry korkiem kauczukowym, przez który wprowadza się rurkę szklaną w formie litery T; u lewego ramienia tej rurki przymocowywałem manometr, u prawego zaś balonik kauczukowy. Płyn, poddawany przesączeniu, wlewa się do woreczka; ciśnienie, wywołane zapomocą naciskania balonika i mierzone zapomocą manometru, przesącza płyn do probowki.

klin. Wochenschr. 1907, Nr 50. — 3) Ciż sami. Wiener klin. Woch. 1907, Nr 46. — 4) Levaditi i Yamanouchi. C. R. Soc. de Biologie. T. LXIII, str. 740. — 5) Loc. cit. — 6) Eichelberg i Much. Medizinische Klinik. 1908, Nr 18. — 7) Wechselmann i Meier. Deutsche med. Woch. 1908, str. 1340. — 8) Weil i Braun Wiener klin. Woch. 1909. Nr 11. — 9) Togosumi. Wiener klin. Woch. 1909, Nr 21. — 10) Levaditi i Mutermilch. Zeitschr. für Immunitätsforschung. 1909, vol. V, fasc. 6.

Z pracowni Sanatoryum w Zakopanem.

Badania krwi wedle metody Arnetha wogóle, a w szczególności w gruźlicy.

Podali

K. Dłuski i M. Rozpędzihowski.

(Według wykładu na Zjeździe balneologów polskich w kwietniu 1909).

(Ciąg dalszy).

Wracamy do obrazu Arnetha. — Tu z góry musimy zwrócić uwagę na niektóre ważne punkta jego teoryi, na które zresztą sam kładzie nacisk, a to z tego względu, że w polemice, jaką ona wywołała, przeciwnicy nie uwzględnili dostatecznie zasadniczych myśli jej twórcy. — Arneth przedewszystkiem wyraźnie zaznacza, że swego obrazu prawidłowego nie uważa bynajmniej za niezmiennie stały. Przeciwnie, w prawidłowych nawet warunkach fizyologicznych obraz »neutrofilowy« może podlegać znacznym wahaniom. Tak bywa n. p. w okresie porodu, gdzie obraz Arnetha znacznie się zmienia przed, podczas lub po porodzie. Również bardzo zmiennym jest obraz ten u noworodków, gdzie pod wpływem drobnych bodźców, jak n. p. wyprysk na skórze, może znacznie przesunąć się na lewo. Na tę okoliczność kładzie mocny nacisk Żeleński. — Jako granicę takich wahań w warunkach prawidłowych przyjmuje Arneth $15^{0}/_{0}$. Tym sposobem prawidłowym jeszcze będzie obraz krwi, gdzie w I. i II. kl. znajdziemy $55^{0}/_{0}$, zamiast $40^{0}/_{0}$.

Dalej, stawiając jako zasadniczą cechę swego obrazu, przesuwanie się na lewo w stanach chorobowych [8]), wskutek znikania w walce ustroju z zakażeniem postaci najbardziej dojrzałych, znajdujących się w klasach wyższych, — zaznacza Arneth niejednokrotnie, że niema obowiązkowej równoległości między stopniem zakażenia ustroju, a stopniem przesunięcia się obrazu na lewo. Innemi słowy, każda choroba, niezależnie od jej ciężkości i rozmiarów zaburzeń w ustroju, ma swój właściwy obraz neutrofilowy. Zapewne, jest to słaba strona teoryi Arnetha, zawierająca sprzeczność z samemi zasadami, na których jest zbudowana. Logicznie bowiem wypada, że im większe zakażenie, tem silniej musi się bronić ustrój, a im silniej się broni, tem więcej musi stracić »regularnych żołnierzy«, t. j. dojrzałych, wielojądrzastych ciałek, tem samem zaś obraz musi znaczniej przesunąć się na lewo. Ale tę słabą stronę swej teoryi, tę swoistość neutrofilnego obrazu chorobowego Arneth wyraźnie podkreśla. Nie można mu więc robić zarzutu, że dzieje się inaczej, niżby wypadało z założenia teoryi Miecznikowa i z założenia samego autora, dotyczącego stopniowego rozwoju leukocytów »neutrofilnych«. Faktem jednak pozostaje, że zarówno w badaniach Arnetha, jak całego szeregu innych autorów, obraz »neutrofilny« w takich lekkich chorobach, jak n. p. odra lub różyczka, bywa znacznie więcej przesunięty na lewo, niż w takich wybitnie zakaźnych chorobach, jak błonica, płonica lub róża. Fakt ten jest dziwny, gdyż bezpośrednio zeń wypada, iż ciężkie zakażenia ustroju wywołują w układzie krwi zaburzenia lżejsze, niż lekkie zakażenia. Jest to paradoks. Są jeszcze bardziej słabe strony w teoryi Arnetha. Przyjmując bowiem tę »swoistość« obrazu chorobowego, niezależnie od stopnia »zakaźności« danej choroby powinnibyśmy konsekwentnie widzieć przesunięcie się na lewo lub na prawo, stosownie do polepszenia lub pogorszenia stanu chorego. Dalej, w miarę przebiegu choroby, w kierunku złym lub pomyślnym, powinnibyśmy znajdować pewną harmonię między stopniem pogorszenia lub polepszenia stanu chorobowego z jednej strony, a stopniem przesunięcia obrazu »neutrofilowego« na lewo lub na prawo z drugiej. Taki wniosek »a priori« wypada z teoryi Arnetha. Autor przyjmuje go »a posteriori«, jako wynik swych własnych badań w całym szeregu chorób zakaźnych, a w szczególności w gruźlicy, i na nim opiera wielce doniosłe pod względem klinicznym twierdzenie, a mianowicie: Przesunięcie się obrazu na lewo, — pomijając już jego znaczenie rozpoznawcze w przypadkach dobrego na pozór zdrowia, — ma wielkie znaczenie pod względem rokowania, gdyż, wedle autora, większe lub mniejsze w szeregu badań krwi przesuwanie się na lewo świadczy o ewentualnym gorszym lub lepszym przebiegu choroby. Jednem słowem, wedle Arnetha w tej samej chorobie zachodzi pewna równoległość i pewna harmonia między kierunkiem, jaki ona przyjmuje lub przyjmie, a wielkością zmian, jakie zachodzą w obrazie neutrofilowym. Swemu obrazowi »neutrofilowemu« przypisuje Arneth ważną rolę w rokowaniu. Na pytanie, czy tak jest, odpowiemy naszemi własnemi badaniami u gruźliczych. Tutaj pobieżnie chcielibyśmy zaznaczyć, że z szeregu badań różnych autorów, a nawet samego Arnetha wynika, iż takiej roli obrazowi Arnetha w zupełności przypisywać nie można, gdyż właśnie niema tej harmonii między klinicznym przebiegiem różnych chorób zakaźnych, a wahaniami w obrazie »neutrofilowym«, o jakiej mówi Arneth. Z dostępnego nam piśmiennictwa widzimy, że harmonia taka daje się stwierdzić chyba najwięcej w zakażeniach ginekologicznych i w zapaleniach wyrostka robaczkowego. Z bardzo ciekawej, opartej na licznych badaniach pracy Kothego wynika, że obraz Arnetha może istotnie służyć za wskaźnik dla przebiegu choroby, rokowania i sposobu leczenia. Kothe twierdzi, że jeśli w I. klasie ilość neutrofilów nie przekracza $16—20^{0}/_{0}$, to nawet przy leukocytozie 20—22.000 należy — wbrew panującym na podstawie teoryi Curschmanna poglądom — wstrzymać się od zabiegu chirurgicznego, gdyż przebieg choroby będzie pomyślnym. Twierdzenie swoje popiera Kothe faktami i liczbami. Tak samo ma się rzecz z zakażeniami ginekologicznemi. Szereg autorów, jak Wolff, Graefenberg, Bocheński, Kownatzki i inni, na podstawie swych licznych badań, dotyczących bardzo różno-

[8]) Z wyjątkiem tężca i porażenia Landryego, gdzie obraz jest prawidłowy, co Arneth tłómaczy szczególnem powinowactwem odnośnych toksyn do komórek nerwowych. Toksyny te pozostawiają układ krwi nietkniętym.

rodnego materyału, dochodzą do wniosku, że metoda Arnetha oddaje wielkie usługi pod względem rokowania w bardzo nawet powikłanych stanach chorobowych. Ponadto jednak autorowie ci uczynili niemal jednozgodnie bardzo ważne spostrzeżenie, że obok układu neutrofilowego, wielką rolę w rokowaniu odgrywa pojawienie się w większej ilości we krwi komórek eozynochłonnych i małych limfocytów. Pojawienie się tych postaci równorzędnie z polepszeniem układu neutrofilowego, wzgl. przesunięciem się obrazu na prawo ma rozstrzygać o pomyślnem rokowaniu. Autorowie kładą wielki nacisk na swe spostrzeżenie, widząc w niem niejako uzupełnienie teoryi Arnetha. Do tej sprawy jeszcze powrócimy.

Teraz przechodzimy do gruźlicy. Najpierw chcielibyśmy pokrótce wspomnieć, jak sprawa ta przedstawia się w świetle badań różnych autorów, a następnie samego Arnetha. Zarówno przeciwnicy, jak i zwolennicy Arnetha stwierdzają jednomyślnie, że obraz neutrofilowy ulega w gruźlicy mniejszemu lub większemu uszkodzeniu. Gdy się jednak bliżej rozpatrzy poszczególne postacie gruźlicy, to z badań tak jednych, jak i drugich, wyłania się wniosek, że właśnie niema tej harmonii między stopniem uszkodzenia układu neutrofilowego, a nasileniem zakażenia oraz przebiegiem sprawy chorobowej o jakiej mówi Arneth. Nie będziemy się wdawać w cały szereg szczegółów; przytoczymy tylko jaskrawsze przykłady z dostępnego nam piśmiennictwa. Flesch i Schossberger badając rozmaite postacie gruźlicy u dzieci, znajdują w względnie lekkich przypadkach przewlekłej gruźlicy płuc układ neutrofilowy mniej uszkodzony, niż np. w gruźliczem zapaleniu opon lub otrzewnej. W tych ostatnich przypadkach badania ich stwierdziły obraz Arnetha, albo zupełnie prawidłowy, albo do tegoż bardzo zbliżony (pamiętając, że granice prawidłowego obrazu wedle samego Arnetha mogą dochodzić do 55% w I i II klasie). I tak, znajdują oni w I i II kl. 54% w gruźliczem zapaleniu otrzewnej i 43% w gruźliczem zapaleniu opon. Jest to wynik zaiste paradoksalny! Arneth usiłuje wytłómaczyć prawidłowy obraz w gruźliczem zapaleniu opon tem, że jestto choroba przewlekła. Ale takie rozumowanie pozbawione jest pozytywnych zasad krytyki, gdyż gruźlica całego szeregu narządów i tkanek: płuc, gruczołów, stawów, kości i t. d. ma charakter przedewszystkiem przewlekły. Wśród zaś tych różnych postaci zapalenie opon należy — zaprzeczyć się nie da — chyba do najcięższych. Tak samo Pauliček znajdował w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc, powikłanej ostrem gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, które doprowadziło szybko do zejścia śmiertelnego, 51% w I i II kl na 8 godzin przed śmiercią. I ten wynik paradoksalny usiłuje wytłómaczyć Arneth, ale już innymi argumentami. Utrzymuje on, iż w ciągu dłuższego trwania gruźlicy płuc, zdołały narządy krwiotwórcze do tego stopnia wyćwiczyć się w swej czynności, że przy pojawieniu się zapalenia opon mózgowych »odpowiedziały zaledwie nieznacznem uszkodzeniem obrazu«, a następnie jeszcze przypuszcza, że gruźlica płuc i gruźlica opon mózgowych »mogą dla wywołania zmian w układzie krwi działać na siebie antagonistycznie«. Jest to rozumowanie całkowicie dowolne, ale przypuszczając nawet, wbrew wszelkim danym klinicznym, że Arneth może mieć słuszność, jak sobie wytłomaczyć przypadek Paulička, gdzie sekcya wykazała rozsianą gruźlicę w płucach, opłucnej, wątrobie, nerkach, jelitach i w gruczołach oskrzelowych, krezkowych i szyjnych i gdzie na 17 dni przed śmiercią znajdujemy 55% w I i II kl., na tydzień zaś 63% przy 9500 leukocytach, gdy u niegorączkujących gruźliczych Arnetha (gruźlica płuc) znajdujemy 72—88% w I i II kl.! Tymczasem zaś Arneth stawia jako stałe prawo dla gruźlicy, że w rozsianej gruźlicy prosówkowej, dla względów zrozumiałych, układ neutrofilowy musi doznawać najznaczniejszego uszkodzenia, przy znacznej leukopenii (2—3000), na skutek masowego niszczącego działania laseczników w samem łonie krwi.

Ale sprzeczności, jakie spotykamy u różnych autorów, dają się dostrzegać w badaniach krwi u gruźliczych, dokonanych przez samego Arnetha. Już w samem założeniu Arnetha widzimy sprzeczności. Raz powiada on, że gruźlica należy do chorób zakaźnych, gdzie zmiany układu neutrofilowego bywają minimalne i to z powodu przystosowania się ustroju do zarazka, tak że w żadnej innej chorobie ustrój nie może tak długo stawić czoła zakażeniu, względnie gorączce, jak właśnie w gruźlicy. Ta druga połowa zdania, jak wiadomo z kliniki, jest słuszną. Ale nawet i pierwsza mogłaby być słuszną, gdyby nie ta okoliczność, że Arneth niejednokrotnie wypowiada zdanie wręcz przeciwne, a mianowicie, że gruźlica należy do rzędu chorób wybitnie zakaźnych i wywołuje ogromne zmiany w układzie neutrofilnym[4]). Nie będziemy się wdawali w różne szczegóły, wychodzące poza ramy naszego sprawozdania. Zaznaczamy jednak pokrótce, że Arneth dzieli gruźlicę płuc, ze względu na zmiany swego obrazu, na 3 duże działy: 1) gruźlica prosówkowa, 2) postacie ostre lub podostre o szybkim przebiegu z wysoką gorączką, 3) postacie przewlekłe: *a*) bez gorączki, *b*) z dużemi jamami i z gorączką. O zmianach obrazu, jakie powinny zachodzić w gruźlicy prosówkowej, mówiliśmy już wyżej. O większem lub mniejszem uszkodzeniu układu neutrofilnego co do 2) i 3) rozstrzygają, wedle Arnetha, przedewszystkiem gorączka i zakażenie wtórne, u niegorączkujących zaś ilość wydzielanej ropnej plwociny, która pochłania odpowiednio znaczne ilości »neutrofilów«, od najstarszych, rzecz jasna, poczynając. Nie możemy rozstrzygać, czy istotnie ilości wydzielanej plwociny znajdują się w równoległości z przesunięciem obrazu na lewo, gdyż Arneth nie podaje odpowiednich liczb co do ilości plwociny. Natomiast rola gorączki przy uszkodzeniu obrazu neutrofilnego wydaje się nam w badaniach Arnetha zupełnie niejasną. Widzimy bowiem z zestawienia liczb Arnetha u niegorączkujących średnio 72—88% w I i II kl., u chorych zaś ze znaczną gorączką 75—95%. Różnice więc są tak nieznaczne, że o harmonii między nasileniem gorączki, a zmianami w obrazie chyba mówić nie można.

Sprzeczności zaś takie spotykamy nietylko w samem założeniu. Widzimy je w całym szeregu poszczególnych przypadków. Pozwolimy sobie przytoczyć między innymi dwa przykłady. Jeden dotyczy przewlekłej gruźlicy płuc, gdzie ciężkie powikłanie w postaci zapalenia ze zserowace-

[4]) Porównaj między innemi: »Die weissen neutr. Blutkörperchen etc.« (Jena 1904) str. 151—2 i »Die Lungenschwindsucht auf Grundlage klinischer und experimenteller hämatologischer Untersuchungen« in »Zeitschr. f. die Tuberkulose« Bd. 7. Str. 314.

niem (*pneumonia caseosa*) pozostało bez żadnego wpływu na obraz neutrofilny. Drugi zaś dotyczy bardzo daleko posuniętej sprawy, z dużemi jamami, gdzie na 4 dni przed śmiercią widzimy tylko 73% w I i II kl. Powinnibyśmy znaleść chyba znacznie więcej, skoro u gorączkujących wypada średnio, wedle Arnetha, 75—95%. Przykładów podobnych moglibyśmy przytoczyć więcej, ale i te wystarczają.

Ale to nie przeszkadza Arnethowi wysnuwać daleko idące wnioski prognostyczne w gruźlicy płuc na podstawie zachowania się obrazu neutrofilowego.

Zmiana obrazu na lepsze lub na gorsze ma być wedle Arnetha, niemal pewnym wskaźnikiem dla oryentowania się w przebiegu gruźlicy, służyć za pewną wskazówkę dla rokowania.

Twierdzenie takie, stojące w sprzeczności z wynikami jego własnych badań, odnosi Arneth nietylko do chorych, leczonych zwykłą metodą higieniczno-dyetetyczną, ale przedewszystkiem do chorych, leczonych tuberkuliną Kocha.

Istotnie, z badań Arnetha, Uhla i Rövera, którzy stosowali starą i nową tuberkulinę Kocha, oraz surowicę Marmorka, wypada, że u chorych, leczonych tymi swoistymi środkami, zachowanie się obrazu neutrofilowego jest w większej harmonii z przebiegiem choroby niż u chorych, leczonych tylko klimatycznie.

Natomiast badania Kauffmanna, u chorych leczonych surowicą Marmorka, wykazują rażące sprzeczności między przebiegiem choroby, a obrazem Arnetha. Sprawa więc nie jest jasną. Dla jej rozstrzygnięcia niezbędnym jest znacznie większy materyał, znacznie większa ilość badań nad chorymi, leczonymi środkami swoistymi, niż dotąd. Z dostępnego nam piśmiennictwa wypada, iż liczba chorych, badanych w tym kierunku, wynosi okrągło 100.

Przechodzimy do naszych własnych badań. Tu pozwolimy sobie zauważyć, iż przy ocenie jakości obrazu, w samej terminologii Arnetha spotykaliśmy dość wybitne niedokładności. Dla łatwiejszego więc oryentowania się w obrazach Arnetha, wprowadziliśmy naszą własną klasyfikacyę. Jeśli ilość neutrofilów w I i II kl. nie przekracza 55% — obraz będzie prawidłowy (zgodnie z Arnethem)

od 55% do 70% — przejściowy
od 70% do 85% — zły
powyżej 85% — bardzo zły.

Zaznaczamy z góry, że klasyfikacya ta nie potrafi odeprzeć zarzutu, iż jest dowolną, ale ułatwi nam ocenę naszych własnych przypadków i w ramach przyjętych przez nas liczb pozwoli lepiej zoryentować się w tej powikłanej sprawie. Zgodnie z taką klasyfikacyą, przyjęliśmy jeszcze odpowiednie liczby dla określenia stopnia pogorszeń lub polepszeń układu neutrofilowego w miarę przesuwania się obrazu na lewo lub na prawo. I tak małemu pogorszeniu lub polepszeniu będzie odpowiadało przesunięcie się obrazu na lewo lub na prawo w I i II kl. w granicach 5% do 15%, znacznemu pogorszeniu lub polepszeniu powyżej 15%.

Materyał nasz obejmuje, oprócz 10 zdrowych, 102 chorych, u których łączna ilość badań wynosi razem 205 i rozpada się wedle poszczególnych grup na następujące liczby:

1. grupa	46 chorych	— badanie	jednorazowe — badań	46
2. »	35 »	»	dwurazowe »	70
3. »	21 »	»	trzyrazowe i więcej »	89
Razem	102 chorych.		Ilość badań	205

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

M. Simmonds. **O gruźlicy narządu rodnego u kobiet.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. 1). Na podstawie dokładnych badań u 80 kobiet, u których przy sekcyi znaleziono różne stopnie gruźlicy narządu rodnego, przekonał się autor, że pierwotna gruźlica narządu rodnego występuje rzadko (4: 80). Najczęściej występuje gruźlica narządu rodnego u kobiet, u których istniały stare zmiany gruźlicze w innych narządach (75: 80). Z poszczególnych części narządu rodnego najczęściej zajęte bywają jajowody, bo w $^1/_4$ przypadków one same, a w $^2/_3$ równocześnie z macicą; macica sama zajęta była tylko w $^1/_8$ przypadków. Zdaje się więc, że szerzenie się choroby zachowuje częściej typ zstępujący z jajowodów na macicę, aniżeli przeciwnie. Za częstszem pierwotnem zajęciem jajowodów przemawia i to, że największe zmiany anatomiczne bywają przy gruźlicy jajowodów w ich części brzusznej, a coraz mniejsze w odcinkach, bliższych macicy. Spostrzeżenia te przemawiają dalej za tem, że zakażenie narządu rodnego występuje na drodze krwionośnej, czasem może przejść z otrzewnej, a najrzadziej z zewnątrz. Gruźlica macicy ogranicza się zwykle na trzon, nie przechodząc na błonę śluzową szyjki; również rzadko przechodzi ona na jajniki (3: 80). Ciąża przyspiesza szerzenie się choroby; bardzo często jednak gruźlica narządu rodnego staje się przyczyną bezdzietności. — Rokowanie jest niekorzystne, gdyż zmiany szybko postępują w głąb ścian, a nadto przez przejście na otrzewnę, wywołują w krótkim czasie zejście śmiertelne (20: 80). — Rozpoznanie możliwe jest często dopiero na podstawie badań drobnowidowych mas, otrzymanych przez wyskrobanie macicy, lub przeszczepiania na zwierzęta. Tam, gdzie podejrzane są jajowody, a macica wolna, można się w rozpoznaniu upewnić przez wykonanie nakłucia od strony pochwy i przeszczepienie otrzymanej treści na zwierzęta. Pewne dane można także otrzymać z wywiadów (dziedziczność, stan zdrowia u męża) i badania całego ustroju. — Leczenie jest zawsze operacyjne, o ile tylko ogólny stan ustroju na to pozwala; nawet gruźlica płuc lub otrzewnej nie stanowią przeciwwskazania. Jeżeli zmiany macicy są powierzchowne, wystarczy czasem dokładne wyskrobanie błony śluzowej z następowem leczeniem powierzchni rannej, które jednak dla kontroli należy od czasu do czasu powtórzyć. Jeżeli jednak gruźlica zajęła już głębsze warstwy i przy wyskrobaniu odchodzą masy serowate, należy usunąć całą macicę i to najlepiej z jajowodami, nawet jeżeliby się jajowody przy obmacaniu wydawały prawidłowe; wiadomo przecież, że w 85% gruźlica macicy łączy się z gruźlicą jajowodów. — Przy zajęciu tylko jajowodów należy je zawsze usuwać obustronnie, nawet jeżeliby tylko jeden był zmieniony; o ile jajniki okażą się prawidłowe, usuwać ich nie potrzeba. *E. Ehrenpreis.*

Doc. Lichtenstein. **Przyczynek do techniki operacyi Schauty przeciw wypadnięciom.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. II.). Autor starał się wyszukać przyczynę powstawania nawrotów po operacyi wypadnięć macicy i pochwy metodą Schauty. Dotychczasowe tłómaczenie, jakoby przyczyną miała tu być zanikła macica (*atrophia ut.*), która nie stanowiąc dostatecznej podpory dla pęcherza moczowego, wywołuje po pewnym czasie ponowny pochwowy uchyłek pęcherza (*cystocele*), jest niewystarczające, nadto tłómaczenie to wyłączyłoby od tej tak zresztą polecenia godnej operacyi wiele przypadków wypadnięć, tak częstych u kobiet starszych, u których zanik macicy prawie zawsze się zdarza. Dwa przypadki, które wkrótce po wykonaniu operacyi Schauty skończyły się śmiercią (zator tętnicy płucnej), dały autorowi po dokładnem zbadaniu anatomicznem podstawę do przypuszczenia, że w przypadkach nawrotu wypadnięć nie chodzi o zanik macicy, lecz raczej o pewne niedokładności w technice operacyjnej. I tak przekonał się, że nawrot pochwowego uchyłka pęche-

rza stoi najprawdopodobniej w związku z nagromadzeniem się krwi z jednej strony między macicą, a pęcherzem moczowym, a z drugiej między przednią ścianą pochwy, a macicą. Aby temu zapobiedz, radzi L. oddzielać pęcherz w warstwie łącznotkankowej, słabo unaczynionej, a więc o ile możności blizko cebulki moczowej, przyczem należy się starać o jak najskrupulatniejsze tamowanie krwi. Pęcherz moczowy należy ściślej ustalić na macicy i to nie jednym szwem, lecz kilkoma; prócz pewniejszego ustalenia w ten sposób pęcherza, uniemożliwi takie zeszycie przez ściśle przyleganie pęcherza do macicy nagromadzenie się krwi między niemi. Celem uniknięcia w końcu krwawień między pochwą a macicą, należy przy zaszyciu rany pochwowej przeprowadzić szwy przez samą macicę. *E. Ehrenpreis.*

Prof. Henkel. **O operacyjnem leczeniu znacznych przepuklin w linii środkowej brzucha.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. 3). O ile w lekkich przypadkach tych przepuklin wystarcza często dobrze dobrana opaska brzuszna, to tam, gdzie one dochodzą wielkich rozmiarów i wywołują znaczne dolegliwości, a nawet zupełną niezdolność do pracy, nie można się obejść bez operacyi. Chodzi tu zwykle o przepukliny, nabyte wskutek znacznego rozstępu mięśni prostych po porodach, a przedewszystkiem po źle prowadzonych połogach. Wychodząc z założenia, że przypadki te dotyczą najczęściej kobiet źle odżywionych, ze skąpą podściółką tłuszczową, u których cała ściana brzuszna, szczególnie w obrębie przepukliny, jest bardzo cienka, zaleca autor następującą metodę operacyjną: Odpowiednio do rozmiaru przepukliny cięcie poprzeczne przez jej środek aż do powięzi i utworzenie górnego i dolnego płatu skórno-tłuszczowego, przyczem najmniejsze nawet naczynia należy natychmiast podwiązać. Nastawiwszy następnie w obrębie utworzonej rany środkowe brzegi obu mm. prostych, przecina się przednią ścianę ich pochwy w odległości $^1/_2$—1 ctm od ich brzegu środkowego, w kierunku podłużnym, odpowiednio do długości całej przepukliny. Cięcia te, wykonane łukowato, łączą się ze sobą w górze i w dole. Teraz zeszywa się ze sobą jedwabiem najprzód środkowe brzegi przecięcia obu powięzi, na to katgutem brzuśce obu mięśni prostych, a nad nimi znowu jedwabiem zewnętrzne brzegi powięzi. W ten sposób utrzymana mięsista, dobrze odżywiona ściana, potrafi już uchronić przed nawrotem. Po zabiegu należy nosić opaskę brzuszną aż do utworzenia się silnej blizny w obrębie pola operacyjnego. Przy wyborze sposobu uśpienia należy pamiętać o możliwości następowych wymiotów po chloroformie i morfinie, i dlatego w niektórych przypadkach lepiej zastosować znieczulenie lędźwiowe tropakokainą. *E. Ehrenpreis.*

Dermatologia.

S. Kramsztyk. **W sprawie dyetetycznego leczenia wyprysku u dzieci.** (*Przegl. pedyatr.* T. I., Z. VI.). Ogólnie znana jest uporczywość przewlekłego wyprysku u niemowląt, który Czerny uważa za objaw »skazy wysiękowej«. Niepowodzenia w leczeniu tylko zewnętrznem zniewoliły tak pedyatrów, jak dermatologów do stosowania leczenia dyetetycznego, gdyż za przyczynę skarg uważano przekarmianie i złą przemianę materyi. Czerny zalecił dla tej przyczyny u niemowląt ograniczenie ilości mleka, które nie we wszystkich przypadkach daje wyniki pomyślne. Finkelstein zaś przypuszcza, że w przypadkach tego rodzaju wyprysku następuje zmniejszenie się ciążenia tłuszczu ku solom, wskutek czego nie cała sól podlega złożeniu w ustroju, lecz pozostaje pewna część patologiczna, która właśnie jest w związku z powstawaniem wyprysku. Stąd zaleca się więcej tłuszczu, a mniej soli. Autor na mocy spostrzeganych przez siebie w klinice Prof. Neumanna w Berlinie przypadków nie zgadza się z tem zapatrywaniem, a raczej sądzi, że, chociaż istnieje niewątpliwie wpływ soli na powstawanie wysięków, charakter wad ustrojowych w rodzaju skazy wysiękowej jest daleko bardziej złożony. Dlatego skłania się więcej do leczenia dyetetycznego Czernego, wyjątkowo tylko z ograniczeniem soli, a ze środków zewnętrznych zaleca okłady z octanu glinowego, zaś na wyprysk suchy maść tumenolową (5—10%). *Krzyształowicz.*

Potpeschnig. **Symetryczna zgorzel po płonicy.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1909, T. 96). Autor opisuje przypadek zgorzeli symetrycznej obu kończyn górnych po przebytej płonicy u dwuletniego chłopca, który zmarł wśród objawów posocznicy. Za przyczynę choroby uważa autor zmianę w ośrodkach nerwowych, a nie zgorzel, głównie z powodu symetryi, z jaką tu zgorzel wystąpiła, przypuszczając nerwicę naczyniową lub zaburzenia odżywcze nerwów. Co do związku zaś między płonicą, a zgorzelą symetryczną, stwierdza P., że płonica jest tu albo czynnikiem wywołującym zgorzel, która niejako drzemała w danym ustroju i czekała na jakiś bodziec, któryby ją zbudził, albo że zakażenie płonicze samo jest zdolne wywołać chorobę Raynauda. *Dr Weber.*

Fabry. **O brodawkowej postaci gruźlicy skóry spostrzeganej u górników w kopalniach węgla.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 35). Cierpienie, na które F. zwraca uwagę, występuje bardzo często u górników, jako choroba zawodowa. Cechuje je zawsze siedziba na grzbiecie rąk i przedramienia. Choroba rozpoczyna się rumieniem na skórze. Po pewnym czasie tworzą się brodawkowate narośle, rozszerzające się w postaci pierścieni, nieraz gojące się od środka. Choroba trwa w tym okresie nieraz miesiące i lata, poczem brodawki zaczynają się rozpadać, tworząc owrzodzenia. Badania drobnowidowe wykazują, że chodzi tu o gruźlicę skóry, lecz znacznie osłabioną (tuberkulide), a osłabienie to przypisuje F. pyłowi węglowemu. Co do sposobu powstawania choroby, to F. przypuszcza, że chodzi tu o samozakażenie. Górnicy, pracując w wązkich przestrzeniach, przy kaszlu i kichaniu usuwają wydzieliny stroną grzbietną ręki, która zwykle wskutek pracy jest w licznych miejscach skaleczona. Przypadków takich spostrzegał F. przeszło 200, a oprócz tego, rozesławszy zapytania do lekarzy górniczych, otrzymał zawiadomienie o 130 podobnych spostrzeżeniach. W porównaniu ze zwykłą gruźlicą skóry jest to sprawa łagodna. Najpewniejsze jest leczenie chirurgiczne. W początkach wycina F. ognisko i skórę zdrową zaszywa, gdy zaś zmiany są rozleglejsze, to po zamrożeniu danego miejsca ścina je płasko nożem, gdyż sprawa nie drąży w głąb. Prócz tego stosować można z korzyścią i inne sposoby leczenia, jak kąpiele ręczne po 10—30 minut w 10—20% sodzie, 0,5% nadmanganianie potasu, soli morskiej i t. p., a potem przypalanie (do tego używa F. zgłębnika owiniętego watą) 10% azotanem srebra, formaliną, kwasem karbolowym, sublimatem 1: 100 lub kryształkami nadmanganianu potasu. Także leczenie światłem i promieniami Röntgena, lub zamrażanie kwasem węglowym wiedzie do celu, lecz znacznie wolniej. W przypadkach tych zwykle także i w innych narządach, jak płucach, gruczołach i t. p. spotyka się zmiany gruźlicze, lecz niewielkiego stopnia. — W końcu zwraca się F. do kolegów, ordynujących w kopalniach, zwłaszcza węgla i soli, z prośbą o publikacye podobnych spostrzeżeń. *A.*

Büdinger. **Leczenie brodawek zapomocą zamrażania kelenem.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 37). Wprawdzie usuwanie brodawek nie jest rzeczą trudną i można je ostatecznie chirurgicznie usunąć, mimoto bardzo pożądany w leczeniu jest też sposób inny, któryby nie pozostawiał po sobie blizn, nie wymagał noszenia opatrunku, nie ranił sąsiedniej skóry (n. p. jak przy wypalaniu), nie był bolesny i dawał się w razie nawrotów zastosowywać. Przy chirurgicznem usuwaniu brodawek nieraz jesteśmy w kłopocie, n. p. u robotnika przy licznych brodawkach, gdzie trzeba się liczyć z tem, aby go nie uczynić na czas pewien niezdolnym do pracy. Otóż bardzo łatwo i pewnie dają się usuwać brodawki przez zamrażanie. Każdą brodawkę zamraża się chlorkiem etylu przez minutę. Postępując w ten sposób co drugi dzień, po 2—3 zamrażaniach osiągamy skutek, brodawka częścią odpada, a częścią kurczy się i znika, pozostawiając na pewien czas po sobie zaczerwienienie. Przy głębszych brodawkach odcina się sterczącą część, a resztę zamraża. — Bardzo często przy licznych brodawkach osiąga się także znakomity skutek, zwłaszcza u osób niedokrwistych, przez podawanie arsenu. *K.*

Wirz. **O wodnem leczeniu ubytków skóry.** (*Therap. Monatsh.* 1908, Nr 6). Przy ubytkach skóry stosuje W. od lat 15 z dobrym skutkiem sposób, podany dawniej przez Winternitza dla ran oparzelinowych, a polegający na mokrem traktowaniu rany. Miejsca oparzone pokrywał Winternitz płatkiem z mokrego płótna, który pozostawiał na stałe, a na to dopiero kładł zimne okłady, zmieniając je z początku bardzo często, co kilka minut, celem łagodzenia bolów, a potem rzadziej. Pod takim mokrym opatrunkiem rany goiły się bardzo szybko. Pęcherzy nie usuwał Winternitz nigdy, lecz nakłuwał i przykrywał mokrym opatrunkiem. Płatek płócienny na oparzonej skórze pozostawiał Winternitz nawet 8 dni bez zmiany. Wirz zmienia ten płatek co trzeci dzień, i przy oparzeniach z wyników tego leczenia jest bardzo zadowolony. Nawet przy głębszych ubytkach uzyskuje się szybkie gojenie się i pokrywanie naskórkiem, a blizny są podatne. Wogóle wyniki są lepsze, niż przy leczeniu maściami. Ten sam sposób stosuje też Wirz z dobrym wynikiem i przy rozległych ranach, wrzodach goleni i t. p. N. p. przy wrzodach goleni okoliczną skórę ochrania zapomocą pasty cynkowej, a na wrzód kładzie mokry opatrunek z sublimatu

1: 1000 i okłady, które chory zmienia sobie sam często, by opatrunek był zawsze wilgotny. *K.*

M. Oppenheim. **O przyczynie plam niebieskich** (*maculae coeruleae*). (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1909, T. 96). Na podstawie swych badań doszedł autor do następujących wniosków. Plamy niebieskawe, wywołane jedynie skutkiem nakłucia skóry przez mędoweszki, powstają przez wytworzenie się barwika rozpuszczalnego, który przenika wszystkie warstwy skóry. Barwik ten zaś tworzy się z połączenia się krwi ludzkiej z wydzielinami pasorzyta, który wydziela je w miejscu nakłucia w skórę. *Dr Weber.*

Chajes. **Leczenie chorób skóry świąd sprawiających zapomocą dziegciu z węgla kamiennego.** (*Dermatol. Zeitschr.* 1909, T. XVI. Z. 9). W ciągu 8 miesięcy leczył autor 64 chorych na rozmaite choroby skóry, ostre, przewlekłe i nieuleczalne. Sposób zastosowania dziegciu węglowego w leczeniu jest zupełnie prosty. Przed leczeniem poleca autor w tych przypadkach, w których cierpienie skóry połączone jest z silnym wysiękiem, dokładne oczyszczenie miejsc zmienionych zapomocą kąpieli, gdyż w przeciwnym razie pod powłoką dziegciu może nagromadzać się wydzielina. Następnie zapomocą pędzla szczecinowego, niezbyt twardego, nakłada się na miejsca chore jednostajnie grubą powłokę dziegciu. O ile nie można było u chorych przychodnich czekać przez 2—3 godzin na wyschnięcie dziegciu, stosowano luźno nałożony opatrunek z gazy, którą po wyschnięciu usuwano. W kilka minut po nasmarowaniu, albo natychmiast, sprawia dziegieć dotkliwe palenie, które jednak po kilkunastu minutach ustaje. W następnym dniu po nasmarowaniu przedstawia miejsce leczone brunatno-czarną suchą powierzchnię. Wraz z warstwą naskórka złuszcza się powłoka dziegciu, zmiany zaś chorobowe w postaci wykwitów pęcherzykowych lub guzkowych występują wtedy jako białawe lub różowawe ostro odgraniczone miejsca wśród brunatno zabarwionej powierzchni skóry. Na podstawie swoich spostrzeżeń uważa autor dziegieć, otrzymywany z węgla przy produkcyi gazu świetlnego, za więcej nadający się do zastosowania w leczeniu niektórych chorób, niż dziegieć drzewny. Dziegieć węglowy różni się od drzewnego w działaniu brakiem podrażnienia skóry, natomiast łagodzi świąd, usuwa obrzęk i zaczerwienienie, działa wysuszająco przy wypryskach sączących; przeciwwskazany jest przy zakażeniach skóry, gdyż pod powłoką dziegciu sprawa ropna może się rozszerzać. *Stopczański.*

Sand. **Czy trąd przenosi się bezpośrednio z człowieka na człowieka?**

Sticker G. **W sprawie etyologii trądu.** (*Monatschr f. prakt. Derm.* 1909, T. 49).

Sand broni zapatrywania, wypowiedzianego przez siebie w r. 1902, że zakażenie trądem następuje przeważnie nie przez bezpośrednie zetknięcie, na mocy spostrzeżeń u 1558 chorych, umieszczonych w zakładzie w Reitgjaerdet (Norwegia). Przedewszystkiem stwierdza, że trąd częstszy jest u mężczyzn, niż u kobiet (787: 434), co tłomaczy tem, że mężczyźni, żyjąc więcej poza domem, narażeni są przy pracy (rybołostwo) na zakażenie. Na 512 małżeństw między trędowatymi a zdrowymi stwierdzono tylko 17 razy trąd u obojga małżonków, a zatem w 97% małżeństw zakażenie nie nastąpiło. W małżeństwach, w których oboje małżonkowie byli chorzy, znaleziono 12·7% dzieci trędowatych, w tych zaś, w których jedno było trędowate — 6·6%; trędowaci ojcowie mieli 5% dzieci chorych, trędowate matki 10·5%. Te wszystkie dane przekonują autora, że trąd rozszerza się z reguły nie bezpośrednio z człowieka na człowieka, ale że najprawdopodobniej działają tu inne czynniki, i że jad przechodzi jakiś okres rozwoju poza ustrojem ludzkim, nim zakazi człowieka.

Sticker roztrząsa podobnie pytanie, czy prątek trądu rozwija się tylko w ustroju ludzkim, czy też istnieje gdzieś w przyrodzie poza ustrojem? Od najdawniejszych czasów istnieje ogólne przekonanie między ludem w Chinach, Japonii, Afryce, Brazylii, Grecyi i półn. Rosyi, że trąd powstaje po użyciu mięsa rybiego, przedewszystkiem jednak po równoczesnem spożywaniu ryb i mleka. Hutchinson jest jedynym autorem, który od początku przemawiał za zakażeniem mięsem rybiem; naturalnie nie wynika z tego, jakoby wszystkie ryby były przyczyną trądu. St. badał ryby, sprzedawane na targowisku w Bergen i stwierdził, że u wielu ryb znajdują się zmiany oczu, głowy i powłok zewnętrznych (owrzodzenia). Przy badaniu mikroskopowem wykazał S. w tych wykwitach obecność prątków, podobnych do tych. które znajdujemy w tkankach trędowatych, *Krzyształowicz.*

Bizard i Levy-Bing. **Grypa rtęciowa.** (*Annal. d. mal. vénér.* 1907, 7). Nazwą »grippe mercurielle« obejmują autorowie szereg objawów chorobowych, występujących pod wpływem rtęci u osobników szczególnie wrażliwych, chociaż dawki nie przekraczają zwyczajnie używanych. Objawy te jednak spostrzega się, w przeciwieństwie do innych oznak zatrucia rtęciowego, tylko po wstrzykiwaniach nierozpuszczalnych soli rtęciowych. Autorowie opisują 3 postacie: 1. asteniczną, której głównym objawem jest znużenie fizyczne i psychiczne; 2. gorączkową z podniesieniem ciepłoty i objawami ze strony przewodu pokarmowego; 3. właściwą grypę z lekką gorączką, ogólnem osłabieniem, bolem w klatce piersiowej i szybkiem, krótkiem, a bolesnem oddychaniem. Nierzadkie są w tej postaci objawy jelitowe i białko w moczu. Rokowanie jest zawsze pomyślne, ale leczenia rtęcią, szczególnie nierozpuszczalnemi solami, należy zaprzestać na dłuższy czas. *Krzyształowicz.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 22 września 1909.

Przewodniczący: K. Jasiński, sekretarz: J. Michalski.

1. Kol. Perlis przedstawił 28-letniego mężczyznę, który zachorował nagle. W dolnej części brzucha zjawiły się bardzo silne bole; wkrótce wystąpiły częste wymioty i zaparcie. Następnego dnia bole o charakterze kolki, bardzo znaczne i częste, ograniczyły się do okolicy prawego dołu biodrowego. Wymioty trwają nadal, brak wypróżnień i wiatrów. Badanie (3. dzień choroby) wykazało bardzo znaczną bębnicę, zniknięcie stłumienia wątroby i obecność znacznej ilości wolnego płynu w jamie brzusznej. Rozpoznanie: *Appendicitis perforativa.* W uśpieniu chloroformowem przy bardzo słabem tętnie i ciężkim stanie ogólnym otwarto jamę brzuszną w okolicy nadpachwinowej. Okolica kątnicy i wyrostek robaczkowy żadnych zmian nie wykazują. Z jamy brzusznej wylewa się sporo przezroczystego płynu surowiczego. Ranę w prawym dole biodrowym zaszyto szwem 3-piętrowym. Laparotomia w linii środkowej: bardzo znaczne wzdęcie okrężnicy poprzecznej i skręt pętli esowatej, która leży w prawej górnej części nadbrzusza. Pomimo rozkręcenia i odprowadzenia pętli esowatej wzdęcie nie ustępuje; nacięto przeto okrężnicę poprzeczną i po wypuszczeniu bardzo znacznej ilości gazów i treści płynnej, pętlę zaszyto szwem Lembert-Czernyego; 3-piętrowy szew ściany brzusznej. Przebieg pooperacyjny zupełnie zadowalniający. Od drugiego dnia wypróżnienia prawidłowe. 8. dnia szwy usunięto. Obie rany zagoiły się doraźnie. Po 2 tygodniach chory wyjechał na wieś. Błędne rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego miało pewne podstawy w wywiadach, chory bowiem przed kilku miesiącami zapadł przy objawach bolów w prawym dole biodrowym i sprawa chorobowa rozpoznana została wtedy przez lekarza ordynującego, jako zapalenie wyrostka. Obecny zaś stan i stwierdzenie wolnego płynu w jamie otrzewnej przy zapadzie, słabem tętnie i podniesionej ciepłocie (przed operacyą 38,2) również upoważniały do przyjęcia tegoż rozpoznania.

2. Kol. Trenkner pokazuje dziewczynkę, mającą rok i 10 miesięcy, z licznymi guzami w jamie brzusznej. Rozpoznanie: **Lymphosarcoma.**

3. Kol. Goldberg przedstawia dziecko z wrodzoną **wadą rozwojową:** szczeliną w kącie ust.

4. Kol. Goldman przedstawia: a) chorą, u której z przyczyny nowotworu złośliwego dokonana została **resekcya obojczyka i łopatki;** po operacyi wystąpiło porażenie prawego n. strzałkowego; c) chorą, u której z przyczyny **ropnia wątroby** wykonano laparotomię; c) chorą, którą operował, przypuszczając, iż chodzi o nowotwór wątroby; podczas operacyi pokazało się, iż był to **kilak.**

5. Kol. M. Cohn przedstawił chorą, u której z powodu zwężenia miednicy dokonano **hebosteotomii.** Ponieważ i po dokonaniu powyższego zabiegu płodu wydobyć nie było można — poród zakończono wymóżdżeniem.

6. W dyskusyi nad demonstracyą Nr 4. kol. Klozenberg przypuszcza, iż przyczyną porażenia nerwu strzałkowego był przerzut nowotworu.

W dyskusyi nad przypadkiem kol. Cohna przemawiał kol. Jasiński.

7. W końcu posiedzenia kol. Goldberg przedstawił preparat serca z krwawemi nacieczeniami, które zdaniem G. powstały wskutek urazu. *I. Michalski.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z d. 18 czerwca 1909.

Po zagajeniu przez wiceprezesa Dra Łazarewicza przedstawiają:

1) Dr Karwowski **rentgenogramy kilku kul, ukrytych w klatce piersiowej.**

2) Dr Jezierski **preparat** drobnowidowy **zarazków trądu** i fotografię chorego. W dyskusyi wspomina Dr Karwowski o leczeniu trądu »nastiną«.

3) Dr Łazarewicz kieszonkową torebkę do analiz Dra Friedmanna oraz maskę twarzowo-głowową Hackenbrucha.

4) Dr Falgowski wygłasza odczyt: **O wynikach badań cystoskopowych po operacyach ginekologicznych.** Prelegent w 53 przypadkach powikłań pęcherzowych po operacyach na częściach rodnych kobiecych badał pęcherz cystoskopem i doszedł do następujących wniosków. Trzy są powody zapaleń pęcherza po operacyi: 1) cewnikowanie, które wyjątkowo tylko bywa aseptyczne; dlatego należy nauczyć chore oddawać mocz w położeniu leżącem; 2) wadliwe anatomicznie przyszycie macicy; 3) nieczyste operacye. Liczby stwierdzone przez mówcę, świadczą, że niesłusznie operacyom pochwowym robi się zarzut, jakoby wywoływały łatwiej zakażenie pęcherza. Najczęściej zachodziło zapalenie szyjki pęcherza wskutek częstego cewnikowania. W jedenastu przypadkach stwierdził F. rozlane zapalenie (*cystitis diffusa*). Obrzęk pęcherza towarzyszył zazwyczaj zapaleniu szyjki pęcherza. Bardzo rzadkie było zapalenie miedniczki nerkowej, bo tylko w 2 przypadkach; natomiast nader często zdarzało się, rzadko zresztą rozpoznane, zapalenie opęcherzowe (*pericystitis*) (16 przypadków), któremu w 6 przypadkach towarzyszyły nacieki w miednicy. Załamanie moczowodu można było stwierdzić w dwóch przypadkach i to po rozrywaniu zrostów.

W dyskusyi zaznacza Dr Pomorski, że może przed operacyą już były cierpienia pęcherzowe u badanych kobiet. Operacye same najwyżej powodują krwawe wybroczyny w pęcherzu, które bardzo szybko się goją. Jeśli zachodziło zapalenie pęcherza, to musiał zajść błąd w cewnikowaniu. Dr Jezierski zapytuje, jak można rozpoznać zapalenie szyjki pęcherza? Dr Karwowski zapytuje, jaką rolę w przypadkach Dra Falgowskiego odgrywał prątek okrężnicy, oraz czy nie zaszedł przypadek inkrustacyi szwów w ścianie pęcherza. Dr Święcicki uważa operacyę Alexandra-Adama u osób, które jeszcze mogą rodzić, za niezupełnie obojętną. W pracy Spaeta opisano, że na 10 przypadków tej operacyi chore w 6 poroniły. Przy ciąży często zachodzą zaburzenia pęcherzowe, a także i miedniczkowe. Co do rozpoznania zagięć moczowodów, to należy być ostrożnym, by nie uważać prawidłowego wypuklenia za zagięcia. Dr Pomorski wspomina o przypadku, gdzie przy przepuklinie, operowanej przez siebie, naciął pęcherz w niej leżący. Mimo to obyło się bez zapalenia pęcherza. W innym znów przypadku wyjął macicę bez naruszenia pęcherza, a po 10 dniach pęcherz był pełen ropy, zawierającej prątki okrężnicy. Dr Gantkowski kładzie nacisk na przyzwyczajanie chorych do oddawania moczu w leżącej pozycyi. Dr Łazarewicz cewnikuje szklanym cewnikiem Fritscha. Co do zapaleń pęcherza, to przypuszcza, że chodzi nie o samo zakażenie, ale o zmiany w unerwieniu pęcherza, które wywołują brak sprawności i drugorzędnie osiedlenie się bakteryi. Podnosi to także Dr Święcicki. Niedowład można czasem usunąć przez wstrzyknięcie parafiny wokoło ujścia cewki. Mowca wspomina o modyfikacyi Edebohlsa operacyi Alexandra-Adama, t. j. skrócenie więzadeł przez nakłucie otrzewnej. Dr Łazarewicz wspomina, że niedowład pęcherza po operacyi można usunąć przez wlanie 20% borogliceryny do pęcherza zaraz po zabiegu, co wywołuje skurcz pęcherza. Sam spostrzegał niedowład u starszych i mniej inteligentnych chorych, oraz po znieczuleniu lędźwiowem. Wlewa 500—600 gr. wody borowej do pęcherza, co jest silnym bodźcem do wypróżnienia. Dr Falgowski zaznacza, że widocznie źle był zrozumiany, bo materyał jego składał się z 1200 chorych, a z tych tylko u 53 były zaburzenia pęcherzowe, które poddawał specyalnemu badaniu. Z bakteryi znajdował bardzo często prątki okrężnicy, prócz tego paciorkowce i t. p. Leczenie jest najdłuższe przy zapaleniu opęcherzowem. Co do operacyi Alexandra-Adama, to F. bierze ją w obronę; widział wiele kobiet, prawidłowo rodzących po tej operacyi. F. nie przypisuje tak wielkiej roli porażeniu pęcherza, ważniejsze są skaleczenia. Przy zapaleniu opęcherzowem należy dawać wielką ilość płynów i uważać na zlepy wkoło pęcherza. Dr Pomorski zaznacza, że jeśli cystoskopia wykazała granulacye i obrzęk pęcherzowy (*sed. bullosum*), to zmiany te są przewlekłe, a nie powstały po zabiegu. W końcu Dr Jezierski porusza sprawę przechodzenia bakteryi przez nerki i wyraża zdanie, że jeśli niema białka w moczu, to bakterye przeniknąć nerek nie mogą. Dr Święcicki uważa temat ten za bardzo ciekawy i prosi, by Dr Jezierski na temat gruźlicy nerek wygłosił następny odczyt. Przedkłada przy tej sposobności puszkę do wrzucania zapytań i tematów odczytów, według sposobu używanego w Szwajcaryi.

Nastąpiły sprawy zawodowe, w których zabierali głos Dr Święcicki i Dr Karwowski.

Zebranie z d. 17. września 1909.

Na wstępie wiceprezes Dr Łazarewicz poświęca słowa wspomnienia zmarłemu koledze ś. p. Dr Buskiemu, który aczkolwiek pracował w innym zakresie, był dobroczyńcą wszelkich instytucyi narodowych, a także i Pomocy koleżeńskiej, której był jakiś czas prezesem. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

1) Dr Łazarewicz przedstawia wydobyty przez siebie: **myoma lymphangiectaticum** u dziewicy, który wyjął sposobem Króniga. Tylna ściana macicy jedynie była wolna od narośli. — Dr Święcicki podnosi rzadkość podobnych przypadków, których opisy przypomina sobie w pracach Opitza i Pomorskiego.

2) Dr Jezierski wygłasza odczyt: **O gruźlicy nerek.** Choroba ta przydarza się częściej, niżby można przypuszczać, a zwłaszcza u kobiet. Omówiwszy objawy, przechodzi mowca do rozpoznania, które często jest bardzo trudne. Mianowicie trudno odróżnić w moczu laseczniki mastki. Ułatwia to metoda Forsella i Uhlenhutha. Metody Uhlenhutha J. jednak nie poleca, ponieważ tło zbyt jest niejasne. Wspomina potem o odkryciu Mucha, że ziarnowate zarazki gruźlicze nie są bynajmniej obumarłe, lecz przedstawiają tylko inną postać rozwojową, z której w hodowlach znów wyrastają prątki. Najpewniejszym środkiem rozpoznania jest szczepienie moczu morskim świnkom, zbadanym oczywiście przez poprzednie szczepienie tuberkuliną. Szczepienie w sutek zwierzęcia uważa J. za zbyt brutalne; można szczepić podskórnie koło pachwin, przyczem gruczoły nabrzmiewają i ulegają zmianom gruźliczym. Nie wystarczy jednak stwierdzić tylko istotę choroby, lecz należy także zbadać sprawność drugiej nerki. Służą do tego różne metody, mianowicie indygokarminowa, florydzynowa, mocznikowa, wreszcie kryoskopia. Odczyny oczne Calmetta i Koeppego i metoda elektryczna nie są jeszcze dość wypróbowane. Co do leczenia, to dzięki ulepszonym metodom rozpoznawczym wyniki są bardzo korzystne. Konserwatywnie używa się tuberkuliny i hetolu. — W dyskusyi zaznacza Dr Kapuściński, że według pracy Rolliego także i nerki bez białkomoczu przepuszczają zarazki przy durze. Dr Mieczkowski uważa leczenie zachowawcze w naszym klimacie za bezcelowe. Co do kryoskopii, to Kümmel uważa ją wraz z próbą indygokarminową za wystarczającą. Jeśli po kwadransie w moczu niema indygokarminu, to nerka jest chora. Dr Karwowski zwraca uwagę na trudności stwierdzenia, jaki jest stan drugiej nerki, gdy nie można cewnikować moczowodów i przytacza spostrzeżenia Zuckerkandla nerki o podzielonym moczowodzie, którego jedna część wydzielała prawidłowy, druga zmieniony mocz. Cewnikowanie zdrowego moczowodu uważa K. przy gruźlicy za przeciwwskazane. W niektórych przypadkach promienie Roentgena ułatwiły rozpoznanie. Radca Dr Panieński spostrzegał przypadek, gdzie pobyt w Egipcie bardzo korzystnie wpłynął na nerkę chorą. Metodę Uhlenhutha uważa P. za niepraktyczną. W końcu Dr Jezierski odpowiada na postawione zapytania.

3) Dr Gantkowski zdaje sprawę z pierwszego Zjazdu internistów polskich w Krakowie i streszcza wykłady Dr Rzętkowskiego, Dr Brudzińskiego, Dr Dłuskiego, Dr Krokiewicza, Dr Sokołowskiego, Dr Janczewskiego, Dr Brunnera, Prof. Dr Kleckiego, Dr Kozerskiego i Prof. Dr Jaworskiego. Mówca wyraża żal, że nasza dzielnica nietylko bardzo nielicznych wysłała

przedstawicieli, ale prócz jednego referatu mówcy, nie zdobyła się na żaden przyczynek do Zjazdu. Radzi zapraszać na nasze zebrania kolegów z Galicyi i Królestwa z wykładami, co popierają i inni koledzy.

4) Dr Jarnatowski referuje o międzynarodowym Zjeździe w Budapeszcie, na którym niestety nie uwzględniono dostatecznie komitetu polskiego. *Dr Adam Karwowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: z Krakowa: Dr Blassberg; z Tarnowa: Drowie Fränkel, Israel, Kowalski, Rogalski, Schützer, Silbiger, Trammer, Zbigniewicz; z Rzeszowa: Drowie Dornfest, Elsner, Herz, Koeppel, Kraus, Nieć, Strasser, Zagórski, Zimmermann; z Kolbuszowy: Dr Billig; z Jasła: Drowie Lanes i Potok; ze Lwowa: Doc. Dr Szumowski.

Ze Związku krajowego lekarzy. Grono lekarzy krakowskich wniosło do wydziału Związku pismo z prośbą o wyjaśnienie, czy prawdą jest, że przy powstającej w Krakowie »Lecznicy Związkowej« ma być otwarta poliklinika dla leczenia ambulatoryjnego zgłaszających się chorych.

Wydział Związku na skierowane w tej sprawie do Dyrekcyi »Lecznicy Związkowej« zapytanie otrzymał odpowiedź, którą niżej podaje do wiadomości Kolegów, celem rozproszenia ich obaw.

»Do Szanownego Związku krajowego lekarzy w Krakowie. W odpowiedzi na pismo z dnia 5. listopada b. r. L. 167/09 mam zaszczyt oświadczyć niniejszem, że *zupełnie nie jest zgodne z prawdą*, by przy Lecznicy Związkowej, spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w Krakowie, miała być otwarta *poliklinika*. W myśl brzmienia § 2. statutu Lecznicy »celem spółki jest wybudowanie, urządzenie i prowadzenie zakładu leczniczego w Krakowie i leczenie w nim chorych według najnowszych wymagań i zdobyczy wiedzy lekarskiej w zakresie wszystkich chorób z wyjątkiem zakaźnych i umysłowych«. W Lecznicy może umieszczać swych chorych każdy lekarz, stojący poza gronem udziałowców i leczyć ich, względnie wykonywać u nich wszelkie zabiegi operacyjne, — a udziałowcom przysługuje tylko prawo pierwszeństwa w umieszczaniu chorych. Wreszcie uważam za właściwe dodać dla zupełnie szczegółowego wyświetlenia sprawy, że w budynku lecznicy znajdują się obok pokojów dla chorych, obok przestrzeni operacyjnych podwójnych, t. j. dla zabiegów aseptycznych i obok administracyjnych urządzeń, także następujące zakłady: 1) zakład ortopedyczny; 2) zakład dla leczenia zachowawczego schorzeń ginekologicznych wraz z zakładem dla elektroterapii; 3) zakład dla cystoskopii; 4) zakład dla wodolecznictwa; 5) zakład rentgenowski; 6) pracownie. Wszystkie wymienione zakłady są urządzone wyłącznie w celu leczenia chorych, tak stale przebywających w Lecznicy, jakoteż skierowanych w celu leczenia przez udziałowców, względnie innych lekarzy, a niema nigdzie w Lecznicy urządzenia, gdzieby się bezpłatnie lub za jakiemś zniżonem wynagrodzeniem (honoraryum) udzielało komukolwiek porady lekarskiej. Słowem spółka lekarzy otworzy w najbliższym czasie »lecznicę«, odpowiadającą wymogom postępu i nauki, a nie żadną »poliklinikę«. Proszę przyjąć powyższe oświadczenie do łaskawej wiadomości i ewentualnego zużytkowania. W imieniu Dyrekcyi Lecznicy *Prof. Dr Stanisław Dobrowolski* m. p.

Wydział Związku krajowego lekarzy.

Sekretarz: *Weinsberg*. Prezes: *Wicherkiewicz*.

Walne zgromadzenie delegatów Związku państwowego org. lek. austr. w Wiedniu w d. 23. i 24. XI. zajmie się oprócz spraw administracyjnych (sprawozdania z czynności i stanu funduszów, wybory, przyjęcie do Związku organizacyi morawskiej, galicyjskiej i śląskiej, zatwierdzenie układu z organizacyą lekarzy-Czechów) następującymi przedmiotami: 1) Ubezpieczenie społeczne. 2) Projekt nowej ustawy karnej. 3) Stosunek lekarzy do Towarzystw ubezpieczeń na życie. 4) Opodatkowanie lekarzy. 5) Regulamin ogłaszania ostrzeżeń i bojkotów. 6) Kooptacya prezesa Wydziału wykonawczego Izb lekarskich do Wydziału Związku. 7) Wyzysk lekarzy kolei południowej. 8) Umowy z lekarzami ościennych państw na wypadek bojkotów. 9) Sprawa rezolucyi i memoryałów co do ubezpieczenia społecznego. 10) Kataster lekarzy. 11) Kontrakty lekarzy gminnych. 12) Reorganizacya Najwyższej Rady Zdrowia; powołanie do niej przedstawicieli lekarzy gminnych, kasowych i wolno praktykujących. 13) Sprawa ustawy epidemicznej i sanitarnej. 14) Sprawa lekarzy kolejowych na Bukowinie. 15) Praktyka prywatna lekarzy rządowych. 16) Mianowanie lekarzy-praktyków członkami krajowych Rad Zdrowia. 17) Sprawa techników dentystycznych. 18) Podatek od wód mineralnych. 19) Rachunki lekarskie. 20) Ogłaszanie sprawozdań z czynności prezydyum i organizacyi. *R.*

Cavete! Państwowy Związek org. lek. austr. ogłasza bojkot posady w kasie chorych Towarzystwa »Verband der Genossenschaftskrankenkassen Wiens« w Baden. Natomiast ustaje bojkot posad w Nassereith i Prein, gdzie Związek uzyskał spełnienie swych żądań. *R.*

Ankieta w sprawie ubezpieczenia społecznego odbyła się w Wiedniu 17. XI. b. r. za staraniem parlamentarnej komisyi dla ubezpieczenia społecznego pod przewodnictwem prezesa komisyi, posła Prof. Dra Buzka, z udziałem przedstawicieli ministerstwa spraw wewn., pracy i skarbu, oraz pracodawców, urzędników prywatnych i lekarzy. W ankiecie uczestniczył Dr Papée ze Lwowa. Przedstawiciele pracodawców i urzędników oświadczyli się za usunięciem wogóle wszelkiej granicy dochodu, dającej prawo do ubezpieczenia w kasach chorych, lekarze zaś — ze znanych powodów, — za ustanowieniem granicy 2400 kor., jak w projekcie rządowym. *R.*

Projekt samorządu miejskiego w Królestwie rozpatruje ze względu na sprawy sanitarne i higieniczno-społeczne Dr Józef Zawadzki w »Kuryerze warszawskim« (Nr 315 i nast.). W projekcie brak przekazania istniejących już szpitali organom samorządnym, jasnego sformułowania sprawy zwalczania nierządu i chorób wenerycznych; dalej projekt pozostawia władzom administracyjno-policyjnym nadzór sanitarny w zbyt szerokim zakresie. Zaletą zaś projektu jest oddanie w ręce samorządu sprawy środków żywności, organizacyi pomocy lekarskiej dla ludności i instytucyi dobroczynnych. *R.*

Doroczne sprawozdanie Związku lipskiego lekarzy niemieckich zawiera niektóre ciekawe szczegóły. Ilość członków wzrosła z 21.210 na 22.440, obejmuje zatem 93% ogółu lekarzy niemieckich. Przychody i rozchody wynosiły przeszło $1/_2$ miliona marek. Okrągło 25.000 posad obsadziło biuro pośrednictwa pracy, przy Związku istniejące. Walk z kasami i to na korzyść lekarzy stoczono w roku sprawozdawczym 107; żadnej nie przegrano. Ciężka walka w Kolonii, największa i najdonioślejsza z pośród wszystkich dotychczasowych, rozpoczęła się pierwszego lutego 1909. Związek kas chorych zdołał w całych Niemczech ledwo 50 renegatów nazbierać; mała to gromadka wobec przewagi uświadomionych i zorganizowanych lekarzy. Wielki kapitał i rząd stoją po stronie kas, ale niezrażeni tem lekarze trwają w walce, i już na setki tysięcy liczą się dobrowolne datki kolegów na popieranie walczących. A więc i tę próbę przetrwa Związek zwycięzko. — Dalej ważną czynnością Związku było wystąpienie przeciw nowemu projektowi ubezpieczenia społecznego w państwie niemieckiem. Projekt ten obejmuje 1793 paragrafów, 17 paragrafów odnosi się do stosunku lekarzy do kas chorych. Dla załatwienia i rozstrzygania sporów między lekarzami i kasami mają powstać trzy instancye: komisye pojednawcze (Einigungskomissionen), wydziały rozstrzygające (Schiedausschüsse) i izby rozstrzygające (Schiedskammern). Tylko w pierwszej instancyi mają lekarze równą ilość głosów z nie-lekarzami, natomiast w wyższych instancyach przeważają przedstawiciele kas, pracodawców i rządu tak, że lekarze są z góry skazani na łaskę nieprzychylnej większości. Orzeczenie izby orzekającej jest ostatecznem, niema więc od niego odwołania (§ 446) i ma znaczenie prawomocnego sądowego wyroku (§ 448). Orzeczenie takie może zmusić lekarza do wykonywania czynności lekarskich w określonym czasie, względnie do zapłacenia kasie odszkodowania (§ 449). Gdyby sporne strony nie chciały się pogodzić i gdyby przez trwanie strejku cierpieli z braku pomocy lekarskiej członkowie kasy, wtedy może centralna władza krajowa zarządzić wydanie wyroku przez izbę rozstrzygającą, a do wyroku tego ma zastosowanie §§ 448 i 449. Nieważne są umowy, w którychby zamieszczono punkt, że strony zrzekają się prawa odwołania do wydziału lub izby rozstrzygającej. Niedopuszczalne jest honorowe dochodzenie wobec lekarza, dentysty lub aptekarza za odwołanie się do wydziału lub izby rozstrzygającej, lub za poddanie się ich orzeczeniu (§ 456). Z początkiem maja wydał Związek w tej sprawie okólnik do wszystkich lekarzy w Niemczech. Wszystkie stowarzyszenia lekarskie

uchwaliły bardzo ostre rezolucye przeciw projektowi. Obecnie podpisują zorganizowani lekarze oświadczenie, że odmawiają wszelkiego udziału w prowadzeniu i przeprowadzeniu projektu i że zaniechają wszelkich czynności w kasach chorych, jeśliby przepisy o służbie lekarskiej w kasach uzyskały moc ustawy według obecnego lub podobnego projektu; dalej obowiązują się lekarze traktować chorych kasowych tak samo, jak prywatnych, nie wystawiać im żadnych świadectw dla kas chorych, jakoteż przy zapisywaniu leków żadnych przepisów kasowych nie przestrzegać. — W odpowiedzi na to kongres niemieckich kas chorych powziął uchwałę, domagającą się ni mniej, ni więcej, tylko »żeby lekarze, którzy dotąd w kasach pracowali, byli obowiązani, za opłatą najniższej taksy lekarskiej, leczyć także w razie sporów członków kas chorych i ich rodzinę. Na lekarzy, którzyby wzdragali się to uczynić, należy nakładać kary pieniężne, a gdyby lekarz trwał w uporze, lub gdyby odmówił pomocy ciężko choremu, należy mu odebrać dyplom«. — Równocześnie i pośród lekarzy kas chorych znaleźli się niezadowoleni z akcyi Związku lipskiego i utworzyli w maju 1909 przeciw Związkowi lipskiemu — Związek państwowy lekarzy niemieckich. Związek ten jednakże przyczynił się tylko do tem świetniejszego zadokumentowania się potężnej jedności lekarzy niemieckich. Z końcem czerwca zebrał się »Wiec lekarzy niemieckich» w Lubece. Oddziałem gospodarczym Wiecu jest Związek lipski. Że i rządowi niemieckiemu nie obojętnym był ten wiec, dowodzi tego fakt, że v. Bethmann-Hollweg (obecny kanclerz państwa) nadesłał do przewodniczącego rodzaj komentarza do owych przez lekarzy najgoręcej zwalczanych paragrafów projektu, w celu uspokojenia jeszcze w ostatniej chwili obaw stanu lekarskiego. Wiec jednak przekazał cały ten elaborat rządowy wydziałowi gospodarczemu, t. j. Związkowi lipskiemu, jako materyał do memoryału do rządu. Na wiecu po referacie, skierowanym przeciw projektowi rządowemu, zabrał głos Dr Reichel, jeden ze znanych przeciwników akcyi Związku lipskiego i ku ogólnemu niemałemu zdziwieniu przyłączył się bez zastrzeżeń do referatu. Eo ipso zgłosił swą upadłość »Związek państwowy lekarzy niemieckich«. Z przeróżnych oznak można wnosić, że projekt rządowy ulegnie zmianie na korzyść lekarzy. Mimoto Związek lipski nie zasypia sprawy i czyni dalsze przygotowania do walki. *Stahr.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 31. X. do 6. XI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † 3 (w tem obcych 4 † 1), płonicy 34 † 4 (3 † —), odry 184 † 7 (— † —), duru brzusznego 8 † 2 (3 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. XI. do 13. XI. zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 4 † —), płonicy 7 † 1 (5 † —), odry 2, duru brzusznego 7 † 1 (7 † —), róży 1. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 17. X. do 30. X. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 27 † 5, odry 14, płonicy 36 † 3, róży 25, błonicy 9 † 2, duru brzusznego 26 † 9, duru plamistego 6 † 2, duru powrotnego 3, grypy 5, czerwonki 2 † 1. (*Gaz. lek.* Nr 46).

---

† Dr Edward Korniłowicz.

Zmarły 15. listopada b. r. w 61. roku życia Dr Edward Korniłowicz był jednym z najwybitniejszych przedstawicieli psychiatryi wśród starszego pokolenia lekarzy warszawskich.

Urodzony w Twerze, nauki gimnazyalne przebył w Kownie i w Warszawie, studya lekarskie w Warszawie. Ukończywszy medycynę w r. 1874, był przez lat 5 ordynatorem kliniki psychiatrycznej uniwersytetu warszawskiego, poczem w r. 1878 został mianowany kierownikiem oddziału psychiatrycznego w wojskowym szpitalu ujazdowskim w Warszawie; na tem stanowisku dosłużył się wysokiej rangi. W najszerszych kołach lekarzy i społeczeństwa cieszył się wielkiem uznaniem i szacunkiem dla swej głębokiej wiedzy, gorliwej pracy i zalet charakteru.

W ruchu piśmienniczym, naukowym i społecznym brał żywy udział. Należał do grona wydawców »Gazety lekarskiej« od jej założenia, był jednym z założycieli »Towarzystwa opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi« i uczestniczył czynnie w przygotowaniu I Zjazdu neurologów i psychiatrów polskich. Drukiem ogłosił m. i.: »Kilka przypadków obłędu pijackiego« (1880), »Przyczynek do wpływu leczniczego ostrych cierpień gorączkowych na choroby umysłowe« (1881), »Psychoza powstała pod wpływem zatrucia jadem tyfusu brzusznego« (1882), »Paralysis agitans«, »Dwa przypadki pląsawicy połowicznej« (1883), »O barwieniu ciał w mózgu i rdzeniu kręgowym« (1884).

Smierć ś. p. Dra Korniłowicza jest poważną stratą na wszystkich polach, na których działalność Jego zaznaczała się pomyślnymi wynikami.

---

† Dr Stanisław Cięglewicz.

Z niezbyt licznego grona tych lekarzy, którzy uciążliwą czynność praktyczną na prowincyi umieją pogodzić z działalnością piśmienniczą i społeczną, ubył dzielny pracownik.

Urodzony w Jaśle w r. 1850, ukończył Dr Stanisław Cięglewicz gimnazyum w Tarnowie, a studya lekarskie w Krakowie, gdzie w r. 1876 uzyskał dyplom doktorski. Osiadłszy w mieście rodzinnem, gdzie objął stanowisko lekarza miejskiego i gdzie był aż do r. 1881 lekarzem szpitala miejscowego, zdobył sobie rychło wzięcie wśród ludności całej okolicy. Nabytem doświadczeniem dzielił się z ogółem kolegów, ogłaszając drukiem już począwszy od r. 1877 szereg prac w »Przeglądzie lekarskim«. Ogłosił m. i.: Sprawozdanie ze szpitala jasielskiego i przyczynki do sprawy przepuklin (1877), »Smierć nagła w rekonwalescencyi po dyfteryi« (1878), »W sprawie wątpliwości w orzeczeniach sądowo-lekarskich« (1892), »Lecznicze działanie ichtyolu w nieżytowem zapaleniu błony śluzowej krtani« (1898), »Kilka spostrzeżeń kazuistycznych nad kiłą trzeciorzędną« (1901).

W trudnych naszych warunkach odnawia się zastęp działaczy, szerzej pojmujących swe obowiązki i zadania, zbyt powoli, toteż zgon jednego z kroczących w pierwszym szeregu wytwarza nieprędko zapełniającą się lukę.

Wiadomości bieżące.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Delegacya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości, że **XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich** odbędzie się **w r. 1911 w Krakowie.** Prezydyum komitetu gospodarczego Zjazdu tworzą: Prof. Dr Julian Nowak, prezes, Prof. Dr Walery Jaworski i Prof. Dr Edward Janczewski, wiceprezesi, Prof. Dr Stanisław Dobrowolski, skarbnik, Prof. Dr Ludwik Bruner, sekretarz generalny.

Kraków, dnia 20. listopada 1909.

Sekretarz: *Ciechanowski.* Prezes Delegacyi: *Merunowicz.*

Kraków. Kursa dla lekarzy na Wydziale lekarskim U. J. rozpoczną się 2. XII. b. r. Koledzy, zamierzający uczestniczyć w kursach, zechcą nadesłać zgłoszenia ile możności **niezwłocznie** pod adresem Prof. Ciechanowskiego (Wielopole 4), Prof. Dobrowolskiego (Podwale 2) lub Prof. Krzyształowicza (Basztowa 6), ze względu na niektóre kursa o ograniczonej liczbie uczestników.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 17. XI. 1909 posiedzenie, na którem toczyły się rozprawy na temat »Grunta pofortyfikacyjne i Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego«. Na posiedzeniu byli obecni: krajowy referent sanitarny r. dw. Dr Merunowicz, wiceprezydenci miasta Dr Szarski i st. r. Sare, poseł Prof. Sikorski, radca bud. m. inż. Kłeczek, liczni lekarze i technicy i przedstawiciele prasy. Sprawę przedstawiali Prof. Dr Nowak, radca Kłeczek, Dr Janiszewski i Prof. Sikorski. Dalszą dyskusyę odłożono na następne posiedzenie.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie WP. Drowi Bogdanikowi za ofiarowane bibliotece książki. Bibliotekarz: *Dr Blassberg.*

— Na walnem zgromadzeniu Towarzystwa stomatologów polskich d. 9. XI. wybrani zostali: Prof. Dr Łepkowski prezesem, Dr Merunowicz wiceprezesem, Dr Sędzielowski skarbnikiem, Dr Josse sekretarzem, Dr Steinberg, Dr Praetzel, Dr Mirtenbaum i p. Jachimowicz członkami Wydziału.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« zawiadamia, że z powodu bezrobocia introligatorskiego ukaże się kalendarz z druku nie 20-go, lecz z końcem listopada.

Lwów. Na posiedzeniu Wydziału Izby lek. wsch.-gal. w d. 11. X. 1909 rozdzielono dla wdów 17 zapomóg po 100 kor. z funduszów, nadesłanych ze Związku Towarzystw lekarskich, uchwalono zwołać ankietę w sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej lekarzy okręgowych, uchwalono poprzeć protest lekarzy kolei południowej przeciw bezpłatnemu leczeniu rodzin urzędników, rozpatrzono i zaopiniowano wnioski, przedstawione przez inne Izby Wiecowi Izb lekarskich, oraz załatwiono szereg spraw drobniejszych. — W d. 21. X. 1909 odbył Wydział Izby wspólnie z Wydziałem Związku lek. okręgowych przy udziale R. dw. Dra Merunowicza i prezydenta Izby lek. zach. gal. posiedzenie w sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych; po wyczerpujących obradach uchwalono wnieść w tej sprawie memoryał do Wydziału kraj. i do Namiestnictwa.

— Wydział Izby lekarskiej wsch.-gal. uchwalił na posiedzeniu d. 27. X. 1909 ogłosić w dziennikach komunikat w sprawie podwyższenia honoraryów; zaopiniował rachunki 3 lekarzy; polecił delegatowi, wybranemu na Wiec Izb w osobie Dra Festenburga, oświadczyć się na Wiecu w sprawie ubezpieczenia społecznego za ograniczeniem ubezpieczenia w kasach chorych do płac poniżej 2400 kor. rocznie, za stworzeniem komisyi ugodowej między kasami a lekarzami, za stworzeniem komisyi kontraktowych z ingerencyą Izb, za systemizowaniem katedr medycyny społecznej i za wciągnięciem do ubezpieczenia ludności wiejskiej, a w sprawie specyfików przeciw opodatkowaniu ich na fundusz zapomogowy lekarzy, w Wydziale wykonawczym Izb zaś poruszyć upośledzenie Galicyi w Najwyższej Radzie Zdrowia i bronić postulatu co do udziału Izb w tej Radzie, uchwalił w sprawie posady lekarza miejskiego w Starym Samborze zebrać informacye, podobnież w sprawie spoczynku niedzielnego w zakładach dentystyczno-lekarskich; wydał opinię w sprawie 2 aptek; uznał za bezprzedmiotowe doniesienie na Dra N. w N. o wydanie rzekomo fałszywych świadectw; uchwalił na wniosek Dra Mikołajskiego na osobnem posiedzeniu zbadać przyczyny niepowodzenia dotychczasowej akcyi w sprawie organizacyi lekarzy w Galicyi i obmyśleć lepsze dla niej warunki; przyjął na rzecz wdów i sierót po lekarzach dar Dra Gruszkiewicza z Tarnopola w kwocie 178 kor. 90 hal.

— Liczba prenumeratorów pisma lekarskiego w języku esperanto »Voco de kuracistoj«, wydawanego przez Dra Mikołajskiego, przekroczyła 1000, z czego na Polaków przypada około 100.

Warszawa. W ciągu pierwszego roku istnienia sanatoryum ludowego w Rudce leczyło się w niem 248 chorych przez 22.265 dni. Poprawę osiągnięto u 75% leczonych.

— Magistrat projektuje przytułek położniczy przy ul. Karowej na 35 łóżek kosztem 126.360 rb.

— Wyszedł z druku zeszyt 210. »Odczytów klinicznych«, zawierający rozprawę Dra Alfreda Sokołowskiego: »Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej«.

Z różnych stron. W Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu mają być począwszy od bieżącego roku szk. wprowadzone egzamina wstępne.

— Wielkie wzburzenie w Niemczech wywołało mianowanie niejakiego Dra Kleina, znanego »lekarza naturalnego« i przeciwnika nauki medycyny wogóle, profesorem uniwersytetu. Dr Klein należy do tych, którzy twierdzą, że bakteryologia, anatomia patologiczna i t. p. nie mają racyi bytu, leczenie surowicami jest oszukiwaniem ludzi i t. p. I taki człowiek przemawiać będzie obecnie z katedry! *X.*

— Jakie stosunki panują na wydziałach lekarskich w Austryi, dowodzi okoliczność, że dotąd nie można znaleść kandydata na katedrę okulistyki w Wiedniu po śmierci profesora Schnabla. Nic w tem dziwnego, skoro rząd wcale nie zamierza nietylko budowy nowej kliniki, ale nawet adaptowania obecnej. *X.*

— Kollegium lekarskie w Hamburgu przestrzega przed t. zw. proszkami menstruacyjnymi, które ukazały się w handlu pod różnemi nazwami, jak: femina, mimosa, nikongi, geisha, japano, katamenien, regina, tabor i t. p. Proszki te składają się poprostu ze sproszkowanego rumianku rzymskiego i kosztują 3—5 marek! *X.*

Mianowani: Doc. Dr Loewi z Wiednia profesorem farmakologii w Gracu; Doc. Dr Wiechowski nadzw. profesorem farmakologii w Pradze (na wydziale niemieckim); Dr Cocq profesorem położnictwa w Brukseli.

Zmarli: okulista Doc. Natanson w Moskwie, ginekolog Prof. Reynolds w Bostonie, ginekolog Prof. Lindfors w Upsali, patolog b. Prof. Mayet w Lyonie;

Dr Feliks Sylwestrowicz, lekarz miejski w Mińsku litewskim, w 46 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 24. listopada 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym dalsze rozprawy na temat: »Grunta pofortyfikacyjne i Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego«.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie od 2—23. grudnia 1909.

Wyjaśnień udzielają i zgłoszenia przyjmują Prof. Ciechanowski (Wielopole 4), Prof. Dobrowolski (Podwale 2), i Prof. Krzyształowicz (Basztowa 6).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26. listopada do 2. grudnia 1909.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dnie powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się we środę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakteryj chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Nowak wspólnie z asystentami Dr Szymanowskim i Dr Rajchmanem: Praktyczny kurs bakteryologii: 1) Dyagnostyka bakteryologiczna chorób zakaźnych. 2) Metodyka serodyagnostyczna: aglutynacya, odchylenie komplementu (odczyn Wassermanna i t. p.), opsoniny. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 koron. Najmniej 5 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Mięsowicz: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej (Kopernika 15) w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej (Kopernika 15). 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mające. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz wspólnie z asystentem Dr Landauem: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5-6 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika; ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8—10 rano. Czesne 20 kor. Najmniej 5 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem Dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5—7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od $8^{1}/_{2}$ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 15 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami Dr Cetnarowskim, Przybylskim i Schlankiem: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Prof. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9. Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10. Dermatologie i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.
Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
Chirurgia (Prof. Rutkowski) codz. prócz sobót.
9—10. Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11. Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.
10—11. Położnictwo (Prof. Dobrowolski) codz.
10—12. Pedyatrya (Prof. Lewkowicz). Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—1. Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki.
12—1. Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona. | Medycyna wewn. (Doc. Mięsowicz, Doc. Latkowski) 4 godz. tyg.
3—5. Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
4—5. Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6. Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6. Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid) codz.
4—5. Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
5—7. Badania laryngol. (Prof. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—8. Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) wtorki, czwartki.
Pora popołudn. na razie nie oznaczona. | Wziernikowanie oka.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Feolathan. Dr E. Schwarz, sekund. w »Allg. Krankenh.« w Wiedniu, poleca w Oesterr. Aerzte-Ztg 1909. Nr 19. gorąco ten przetwór żelaza (wyrobu firmy Goedecke i Sp. Berlin). S. uważa go za najłatwiej rozpuszczalny i najzdolniejszy do asymilacyi przetwór żelaza, a to wskutek połączenia ferro-ammonium z kwasem mlecznym. Przetwór ten nie zawiera białka, w przeciwstawieniu do licznych innych organicznych przetworów żelaza. Białka unikano z powodu, że przy wprowadzaniu do ustroju żelaza organicznego zawierającego białko, żelazo dopiero zaczyna wówczas swe działanie, gdy ustrój przez czynność trawienną odszczepił białko. Tej niepotrzebnej i nieproduktywnej pracy odszczepiania chciano przy podawaniu »Feolathanu« ustrojowi zaoszczędzić.

Liczne doświadczenia Schwarza stwierdzają obok zdolności łatwego wessania się także i to, że żołądek i jelita dobrze przetwór ten znoszą. Apetyt utrzymywał się, ciężar ciała podnosił się. Feolathan znosili dobrze tacy chorzy, u których inne przetwory żelaza sprawiały dolegliwości. Objawów ubocznych nigdy nie spostrzegano.

Sposób podania: pigułki 3 razy dziennie 2—3. Jestto sposób zażywania, dla chorych milszy aniżeli w płynie, przyczem zawsze zachodzi obawa uszkodzenia zębów. *Dr. W.*

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.

Gastrosan Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych **objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym** z ich następstwami, przy **dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania** i przy **nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.**

Unguentum Heyden Do **dyskretnych wcierek rtęci;** nadaje się szczególniej dla **kobiet, dzieci** i do **peryodycznego leczenia się.** Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g.

Ichthynat, ammonium ichthynatum Heyden, z tyrolskiego węgla rybnego, o wiele tańszy od ichtyolu.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 c

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 G. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 123

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Przeciw

nieżytom narządów oddechowych wyłącznie

światowej sławy 51

Gleichenbergskie źródła Emma i Konstantin.

Pomiędzy wszystkimi niezliczonymi, w handlu znajdującymi się środkami przeczyszczającymi żaden chyba nie został tak łatwo i szybko wprowadzony, jak



KALIFORNIJSKI

SYRUP FIGOWY

„CALIFIG"

nazwa prawnie strzeżona

który przez swą nieszkodliwość, pewne i łagodne działanie może być panom lekarzom jako ulubiony także w praktyce kobiecej i dziecięcej

przyjemny środek przeczyszczający

polecany. Sposób użycia przy każdej flaszce. 255 a

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kor. 3. — za $^1/_1$ fl., Kor. 2. — za $^1/_2$ fl.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 86 Clerkenwell Road.

Próbki dla lekarzy bezpłatnie i opłatnie.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

PEPSYNA ACIDOLOWA

zupełnie stała, znakomicie działająca.

Przetwory kwasu solnego z pepsyną.

Siła I. i II.

Karton z 50 pastylkami po 0·5 gr.

BROMLECITHIN

zastępuje przetwory żelaziste przy niedokrewności.

Dawka: dziennie 2×3 pigułki.

Flaszki z 50 i 100 pigułkami po 0, 1 gr. bromlecithin. 9 c

BOROVERTIN

środek odkażający mocz.

TANOCOL

środek ściągający jelitowy.

BROMOCOLL

środek przeciw padaczce.

PERUOL

środek przeciw świerzbowi.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation Pharmac. Abteilg. Berlin S. O. 36.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, niezycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05. wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE



EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne: 208



Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — **Do nabycia we wszystkich aptekach.**

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.



MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum"**. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki **dla Panów Lekarzy** gratis i franco, **przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.**

Fabryka chemiczna Drów R. Scheublégo i A. Hochstettera, Tribuswinkel, Austrya Dolna,

poleca łaskawej uwadze PP. lekarzy, preparat swój: 296

Salimentol, ester mentolowy kwasu salicylowego, płyn prawie bezwonny i bez smaku, stosowany wewnętrznie i zewnętrznie w wypadkach: zapalenia stawów, rwy kulszowej, postrzału, neuralgii, gośćca, wewnętrznie także jako antisepticum jelitowe w wypadkach biegunki, wzdęcia itp.

Dla PP. lekarzy próbki i literatura w języku polskim bezpłatnie.

Skład główny dla Galicyi i Królestwa Polskiego Dr A. Zarewicz, Wiedeń I. Ballgasse 6.

POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ ✱ POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ" PIOTRA MIKOLASCHA

wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca ustalonej sławy **WINA LECZNICZE** przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych



JÓZEF GORECKI

PREMIOWANA FABRYKA 229

SIATEK, MEBLI, KONSTRUKCYI ŻELAZNYCH I WYROBÓW ORNAMENTALNYCH KUTYCH

W KRAKOWIE, UL. ŚW. WAWRZYŃCA L. 26.

Poleca się do wykonania po najtańszych cenach: Wszelkich siatek maszynowych i ręcznych, służących do ogrodzeń, ochron raf, betonów, materyałów sprężynowych i t. p. — Mebli żelaznych i mosiężnych tanich i wykwintnych do urządzeń lekarskich, szpitali, klinik, internatów i ogrodów. — Konstrukcyi dachów, schodów żelaznych w różnych systemach, pawilonów, werand, markiz, okien, bram i portali. — Wyrobów artystycznych z żelaza, miedzi i bronzu kutych, jak wszelkich krat, balustrad, balkonów, ogrodzeń, krzyży, wieńców i kwiatów, świeczników, latarń i kandelabrów i t. p. — Drut kolczasty i wzdętochrony do ratowania bydła.

Magazyn własny we fabryce przy ulicy św. Wawrzyńca Nr 26.

Adres listów i telegramów wyraźnie:

JÓZEF GORECKI — KRAKÓW. Telefon Nr. 277.

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY

Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości w krzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organów żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMES VICHY-ETAT Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — **Wyrób własny i skład główny w aptece**

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

MENTHOSALAN „JAHR"

nacieranie ból uśmierzające, do zewnętrznego użytku.

Menthosalan Jahr działa skutecznie jako nacieranie przy bólach reumatycznych, bólach gośćcowych, ischias, łamaniu w stawach, nerwobólach, migrenie itp.

Menthosalan Jahr jest przetworem w formie maści i w przeciwieństwie do innych wcierań zawierających często amoniak lub inne składniki drażniące, jest przy wcieraniu łagodnym i posiada przyjemny zapach, przez co wpływa korzystnie na ustrój pacyenta. **Jest zupełnie nieszkodliwym i działa nawet przy uporczywych i zastarzałych cierpieniach z dobrym skutkiem.**

Cena 1 tuby: Kor. 1·20. 215 d

Rp. Menthosalan »Jahr« tab. orig.

Wyrób i główny skład

w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.

Składy prawie we wszystkich aptekach.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

Rok I. 193 **Rok I.**

Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny

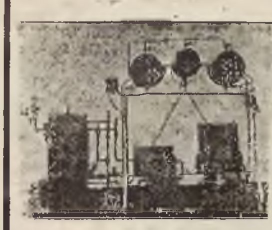
dwumiesięcznik, wychodzi w zeszytach objętości 6—8 arkuszy druku, pod redakcyą Dra **Antoniego Leśniowskiego.**

Prenumeratę przyjmuje **wydawca Dr Czesław Stankiewicz, Warszawa, Złota 3.** 193

Rocznie **Rb 6,** z przesyłką **Rb. 7.**



Kto zamierza zakupić postępowe, pewnie funkcyonujące urządzenia do sterylizacyi i desinfekcyi każdej wielkości, łączone bez nitu meble operacyjne i do sal chorych, wszystkie artykuły do potrzeb laboratoryjnych, ręcznie wyrabiane narzędzia chirurgiczne (wykaz nowości J), przyrządy i przybory diagnostyczne (wykaz nowości D), urządzenia do inhalacyi i leczenia elektrycznością, uniwersalne stoły operacyjne według prof. de Quervain, wszelkie artykuły do pielęgnowania chorych i higieniczne tylko pierwszej jakości, niech zażąda wpierw **cenników i kosztorysów** od firmy



M. SCHAERER, A. G., Bern (Szwajcarya)

Filie w Brüssel i Lausanne. **Filie w Brüssel i Lausanne.**

Źródło centralne dla wszelkich potrzeb lekarskich.

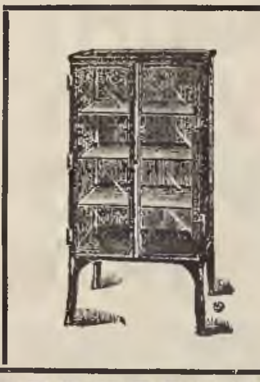


Nasz katalog Nr 112. »Techniczne urządzenie postępowego zakładu leczniczego« wyszedł i jest do rozporządzenia panów lekarzy, jakoteż inne nasze wykazy szczegółowe jako to:

Katalog główny 1.000 stronic, 20.000 rycin.

Katalog artykułów do pielęgnowania chorych, przeszło 100 stronic. Bezpłatnie i opłatnie.

Prosimy żądać naszych specyalnych wykazów nowości chirurgicznych i diagnotycznych. 213



Zastępca na Galicyę i Bukowinę: pan Leo Isenberg, Kraków.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 27. listopada 1909. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Dalsze uwagi o wydawaniu orzeczeń lekarskich w sprawach t. zw. wypadkowych [1]).

Napisał

Dr Bronisław Skałkowski,

lekarz Zakładu ubezpieczenia robotników dla Galicyi i Bukowiny we Lwowie.

Olbrzymi wprost materyał spraw, t. zw. »wypadkowych«, mnożących się z roku na rok, wymagałby dokładnego opracowania z rozmaitego punktu widzenia, to jednak przechodzi siły jednego człowieka. Nie sądzę jednak, aby kilka uwag, które mi się nasuwają, jako długoletniemu lekarzowi Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków dla Galicyi i Bukowiny, popartych »aktami« i podanych do wiadomości szerszego ogółu kolegów, nie zasługiwało na pobieżne choćby zapoznanie się z niemi.

Dziś coraz szerszy ogół lekarzy jest wciągnięty do wydawania opinii w sprawach wypadkowych, czy to w charakterze lekarzy rządowych, miejskich i gminnych, sądowych lub znawców.

Szereg lat, jakie spędziłem w zakładzie lwowskim, dał mi możność poznania przebiegu samychże okaleczeń jako sprawy chorobowej, w rozmaitych odstępach czasu, jak również wyniku rozmaitych zabiegów leczniczych, rozmaicie stosowanych. Naturalnie nie może być mowy o tak zwanej obserwacyi klinicznej, choć z drugiej strony podnieść i zaznaczyć muszę, że widzieć można przypadki chorobowe, szczególnie w ich późniejszym okresie, w jakim się ich na klinice nigdy nie widziało. Przypadki bowiem kliniczne z natury rzeczy po niejakim czasie usuwają się z pod obserwacyi.

Co się tyczy środków leczniczych, to na pierwszem miejscu musimy postawić czas. Co nie było możliwe przed rokiem, staje się pewnem po latach. Mógłbym wprawdzie w nieskończoność mnożyć opisy przypadków, jakie się przez moje ręce przesunęły, obecnie bowiem wszystkie sprawy wypadkowe prędzej czy później przechodzą przez moje ręce, jako stałego i jedynego lekarza zakładu ubezpieczenia; jednakże starałem się wybrać takie tylko, które przedewszystkiem pod względem lekarskim budzą pewne zainteresowanie. Drugim względem było przedstawienie takich wypadków, których przebieg całkiem był niespodziewany, gdzie małe stosunkowo przyczyny wielkie wywołały skutki i odwrotnie, gdzie wielkie urazy dla sprawności narządu pozostały bez następstw.

Dla stwierdzenia symulacyi lub tylko agrawacyi szerokie nasuwałoby się pole. Niestety z przykrością podniosę, że na kilkanaście tysięcy wypadków, jakie badałem, tylko 2, wyraźnie dwóch uszkodzonych znalazłem, którzy na sprawę renty zapatrywali się uczciwie. Dwa razy tylko usłyszałem: »Chwała Bogu, jestem zdrów zupełnie, renta była mi pomocą, ale wolę pracować!« Przecież to straszny stosunek; od czasu wprowadzenia renty za wypadki urazowe, jak to już i inni autorowie stwierdzili, żadne złamanie kości nie chce się goić, każde choćby najlżejsze stłuczenie latami całemi pozostaje bolesne, każdy najlżejszy wstrząs ciała pozostawia po sobie nerwicę urazową. Adwokaci doskonale znają te ciągłe bole głowy, niemożność spania na lewym boku, drżenie rąk i ten wewnętrzny strach, który tym wszystkim fanatykom pracy nie daje pracować, tak jakby to oni chcieli i potrafili! Jak to wiem z ust jednego z referentów spraw wypadkowych kolejowych w Wiedniu, najwięcej tak zwanych nerwic urazowych z całej Austryi dostarcza Galicya. Czy jednak sami lekarze nie mają przypisać sobie winy, że takie stosunki nastały, nie chcę być sędzią; podniosę tylko, że zatracono pojęcie tego, czem właściwie powinno być świadectwo lekarskie. Zatracono pojęcie, że powinno ono być dokumentem publicznym stwierdzającym prawdę i tylko prawdę, naturalnie podaną według sumienia każdego i jego wiedzy (nach seinem besten Wissen und Gewissen), a nie jakimś dokumentem, wydawanym z grzeczności lub nieraz za marne honoraryum. To też doszło do tego, że władze, tak jak banki na weksle, patrzą się na świadectwa lekarskie, jakim są opatrzone podpisem, a niektórych całkiem nie przyjmują. Ale sprawa ta ma także inną stronę. Zapominają ci lekarze, którzy, czasem wiedzeni nie chęcią zysku materyalnego, tylko jakimś źle pojętym altruizmem, z całą łatwością wystawiają takie świadectwa, nie odpowiadające istotnemu stanowi rzeczy, że zamiast przysługi, jakiej się od nich żąda, w gruncie rzeczy stają się przyczyną ruiny moralnej, a potem i fizycznej uszkodzonego osobnika.

Sprawa przyznawania rent wypadkowych, jest już o tyle dawną, że posiada pewną historyę, która wymaga wyciągnięcia pewnych nauk na przyszłość. Nie wiem, jak jest w innych krajach; ale co do naszej ludności, to jest ona stanowczo nie pouczona co do treści i zastosowania samej ustawy o odszkodowaniu za wypadki. Nie chodzi m

[1] Porównaj »Przegląd lekarski« 1906. Nr 41.

zupełnie o siebie samego, jako lekarza zakładu, który jest zasypywany listami z pogróżkami za zniżenie lub zamknięcie renty. Uszkodzony, który pobierał długi czas rentę wysoką, nie odpowiadającą jego zdolności do pracy, jeżeli widzi, że ta renta została zniżona lub zamknięta, nie mając z nikim osobiście do czynienia, tylko z lekarzem, bo wszystko inne dzieje się pisemnie, uważa lekarza za swego osobistego wroga i zieje do niego nienawiścią. Murarz, któremu swojego czasu upadła cegła na ramię, który swego czasu pobierał rentę »jako niezdolny do pracy«, co wreszcie odpowiadało danym stosunkom, po roku, dwóch lub trzech, zależy to od administracyi i jej sprawności, zostaje wezwany do oględzin. Jeżeli on po tych oględzinach zostanie uznany za zupełnie zdrowego (jakim jest już wtedy rzeczywiście), to uważa lekarza, bo tylko tego zna, za swego osobistego wroga. Nie mogę sobie też inaczej wytłómaczyć groźby takiego człowieka, który zapowiadał memu furmanowi, że mnie uśmierci, podając powód w następujących słowach: »A czemu twój pan, który może to zrobić, nie podpisał, abym ja mógł rentę brać? A co, czy to jego pieniądze? Niechby był podpisał, a ja byłbym brał«. Tu już nie wchodzę w pojęcie ewangieliczne »moje« — »twoje«, ale ludzie, którzy należą do warstwy tych, którzy mogą kiedyś jakąś rentę pobierać, muszą być przedewszystkiem uświadomieni. Nie rozumiem tego uświadomienia w pojęciu socyalistycznem. Ale jeżeli cała ustawa jest postępem na tle życia socyalnego, muszą być także zachowane pewne warunki w stosunku do ludzi, którzy z niej korzystają.

Praktycznie rzecz biorąc, aby się długo nie rozpisywać, zdaniem mojem na każdej rezolucyi, przesyłanej przez Zakład, powinno być na ostatniej stronicy umieszczone tak zwane »pouczenie«. Jeżeli na policach ubezpieczeń od ognia, wypadków, na wypadek śmierci, są takie pouczenia, nie widzę powodu, aby takie same nie miały się znajdować na rezolucyach Zakładu ubezpieczenia od wypadków w sprawie rent.

Przedewszystkiem ubezpieczeni muszą być pouczeni, że renta, jaką pobierają, nie jest wygraną na loteryi, lecz w myśl ustawy jest wynagrodzeniem za stratę, którą ktoś ponosi z powodu doznanego wypadku; że nie jest także wynagrodzeniem za odniesiony ból, nie jest więc »nawiązką«. Powinni być dalej pouczeni, że renta nie jest w zasadzie stałą, tylko w miarę możności zarobkowania może być zmienioną, że nie jest ona wynagrodzeniem za lenistwo. Dużo bowiem ludzi z umysłu, choć mogą pracować nie pracuje, bojąc się, aby im renty nie zamknięto.

To też zamykanie renty na podstawie dochodzeń i stwierdzonego zarobku, który może nawet być czasem wyższy, niż swego czasu pobierany, nie jest mojem zdaniem rzeczą słuszną. Ze stanowiska lekarskiego, jeżeli ktoś stracił kilka członków końcowych u palców, to jest bądź cobądź kaleką. Są czasem stosunki tego rodzaju, że uszkodzony w tej samej fabryce, gdzie doznał uszkodzenia, dostanie dalej zajęcie, a nawet pobiera ten sam zarobek. A jednak robotnik, mając kilka krótszych palców, jest mniej zdolny do pracy, tem więcej, że nie zawsze będzie mógł znaleźć tę pracę, do której nawykł i przy której skrócenie palców jest dla niego prawie obojętne.

Na podstawie długoletniej obserwacyi stwierdziłem, że zamykanie nieznacznej renty, którą ktoś pobierał, tylko na podstawie listy płatniczej, jest u osobnika notorycznie okaleczałego w zasadzie rzeczą nieetyczną, a przedewszystkiem niepraktyczną. Taki bowiem uszkodzony, wezwany do Lwowa celem zbadania, bardzo często aż z zachodniej Galicyi, powoduje dla Zakładu koszta podróży, które nieraz wynoszą jednorazowo tyle, ile wynosi cała jego roczna renta.

Jeżeli renta ze stanowiska lekarskiego czy to skutkiem nabrania wprawy, czy też skutkiem innego osądzenia niezdolności do pracy, zostanie zniżona, w takim razie uszkodzony albo wytacza proces, nawiasem mówiąc bardzo często wygrywany, albo zgłasza się do ponownych oględzin lekarskich, podając, że mu się pogorszyło. W takich przypadkach radziłbym Zakładowi trzymać się zasady »quieta non movere«.

Pouczenie, o którem wyżej wspomniałem, musiałoby iść w tym kierunku, że ustawa nie przewiduje zarobkowania w pewnym wyłącznym fachu; ktoś kto stracił nogę nie może być np. listonoszem, ale może być doskonałym woźnicą

Zredagowanie takiego pouczenia na drukach, wychodzących z Zakładu ubezpieczenia, powinno być dokonane przez znawców prawa wspólnie z lekarzem Zakładu. Pouczenie takie uważam za bardzo ważne.

Następnie sprawy wypadkowe powinny być traktowane ze strony urzędów politycznych, jako nagłe. Istnieje pod tym względem jakiś przepis, ale na papierze. Do załatwienia przychodzą nieraz akta po trzech latach, nieraz i później, kiedy uszkodzony, o ile chodzi o lżejsze urazy, zapomniał już o swojem uszkodzeniu, kiedy nagle zjawia się nieraz poważna suma jako wynagrodzenie za doznany wypadek. Te okoliczności uczą wprost ludność wyzyskiwania każdego choćby najmniejszego wypadku w celach finansowych, a byłoby to niemożliwem, gdyby sprawy wypadkowe były traktowane jako pilne, gdyż wtedy każdy wypadek zostałby sprowadzony do właściwych rozmiarów, co uniemożliwiałoby spekulacyę na rentę.

W innych wypadkach, a mam tu na myśli szczególnie wypadki kolejowe, które odszkodowuje osobne Towarzystwo »Berufsgenossenschaftliche Unfallversicherungsanstalt«, płacące daleko wyższe procenta, uszkodzony z powodu najmniejszego uszkodzenia przestaje pracować i »choruje« cały rok, pobierając równocześnie i rentę i pobory służbowe. Jeżeli taki uszkodzony jest rzeczywiście chorym, to renta wspólnie z pensyą może mu do końca życia wystarczyć na zupełnie porządne utrzymanie. Jeżeli jednak chodziło o spekulacyą i spodziewana renta nie zostanie przyznana, rozpoczyna się nieraz prawdziwa tragedya. Takiego człowieka do służby nie przyjmują, bo wychodzą z zapatrywania, że kto dla bagateli rok chorował, musi być mniej zdolnym do pracy. Rozpoczynają się procesy drogie i denerwujące. Chodzi zwykle o stwierdzenie objawów chorobowych czysto podmiotowej natury, bolów i zawrotów głowy. Uszkodzony, gdyby był wrócił do pracy byłby dawno już odzyskał zdolność do niej, a tak proces staje się przyczyną prawdziwej neurastenii, a okoliczności, które uszkodzony sam sobie stworzył, są przyczyną tragicznych nieraz stosunków.

Poniżej podaję historye nietyle chorób, jak przebiegu wypadków z opisami stanu chorobowego, jak się on w da-

nej chwili przedstawiał. Są one podane tak, jak z biegiem czasu do zaopiniowania się przedstawiały, nie można tedy szukać jakiegoś systemu w ich ugrupowaniu. Są one jednak zdaniem mojem dość ciekawe pod względem etyologii, przebiegu, końcowych wyników, szczególnie co do sprawności uszkodzonych części i ogólnej zdolności do zarobkowania.

1) Iwan F. 21.012 P.

Kiedy I. F. wyjechał dnia 6. VII. 1903 ze żniwiarką w pole, spłoszyły się konie i wpadły w bramę, skutkiem czego F. został do niej przyciśnięty, kalecząc sobie twarz i nogę.

Pierwsze badanie zostało dokonane 26. stycznia 1904 r.

St. ob.: Lewa kończyna dolna zgięta w kolanie z powodu przykurczenia części uda i goleni po stronie zewnętrznej. Przyczyną przykurczenia są dwa obrażenia części miękkich w $^1/_3$ środkowej części uda, blizna podłużna 20 ctm długa, a do 10 ctm szeroka, której dnem są warstwy miękkie stwardniałe i nieprzesuwalne; powierzchnia jej pokryta jest tkanką ziarninową ropiejącą; w $^1/_3$ środkowej części goleni blizna do 15 ctm długa, do 8 ctm szeroka dno również stwardniałe i mało przesuwalne, powierzchnia już gładka, lecz pozbawiona naskórka, w górnej części ropień bolesny. Odrętwienie kończyny, bolesność i przykurczenie wyłączają wszelkie ruchy, możliwość chodu i stania.

Okres leczenia trwa dalej.

W marcu 1904 stwierdzono zmniejszenie się przykurczenia w kolanie i zmniejszenie powierzchni ran ropiejących. W czerwcu 1904 uszkodzony nie miał jeszcze wygojonych blizn, jednak już chodził i spełniał nawet czynności pomocnika w handlu Proświty.

Stan podobny w czerwcu 1905, gdyż na ranie uda znajduje się miejsce wielkości dłoni dziecka niewygojone, chód sztywny. F. skarży się na ból rwący i ciągnący w nodze lewej, utrudnienie chodzenia i stania, 80% niezdolności.

W czerwcu 1906 badanie we Lwowie stwierdza bliznę po stronie zewnętrznej lewego uda, biegnącą przez całą długość, szeroką, w środku rozpadłą, pokrytą częściowo strupem, częściowo ropiejącą. Podobne blizny częściowo zrośnięte na zewnętrznej stronie goleni.

Cała goleń lewa w porównaniu z prawą skutkiem nacisku blizn obrzękła, szczególnie występuje obrzęk na stopie. Ruchy w kolanie i stawie skokowym nie ograniczone — 50%.

W lipcu 1908 zarządził zarząd powtórne badanie, jakkolwiek w orzeczeniu z czerwca 1906 dalsze polepszenie uznano za nieprawdopodobne.

St. pr.: Na lewem udzie i goleni blizny szerokości dłoni o charakterze blizn starych, zrośnięte z mięśniami, częścią białawe, częścią pigmentowane. Na goleni obrzęk części miękkich, co dowodzi, że warunki cyrkulacyjne skutkiem zbliznowacenia skóry na wielkim obszarze nie są wyrównane; twierdzenie przeto uszkodzonego, że dłużej chodzić nie może, jest wiarogodne. Całkiem niespodziewanie wystąpiło wygojenie środkowej części rozpadłej blizny, tak że obecnie niema jątrzących się miejsc. Ponieważ rozległe blizny są trwałe — 25% stałej niezdolności do pracy.

2) Wasyl F. 32.057/0, lat 27.

Niosąc 12. X. 1906 kloc pod gater, pośliznął się i upadł, przyczem kloc padł mu na lewe ramię. W ten sposób odniósł niepowikłane złamanie kości ramieniowej.

W krótkim czasie nastąpiło zrośnięcie się odłamków przez wytworzenie bardzo grubej i silnej kostnicy; jedynie oś kości ramieniowej pozostała łukowato zgiętą, tworząc kabłąk, tak że pierwsze wrażenie było bardzo niekorzystne. Tymczasem dokładniejsze oględziny stwierdziły, że ruchomość barku i łokcia jest prawidłowa, muskulatura jędrna i silnie rozwinięta; wybitne odciski na dłoni dowodziły, że F. posługuje się nią w znacznym zakresie. Rentę stosunkowo znaczną, bo 300 koron rocznie, stara się uszkodzony zamienić już w roku 1907 na jednorazową odprawę. Okoliczność ta, jak wiem z doświadczenia, jest ważna: jest ona prawie identyczna z powrotem do zupełnego zdrowia. Uszkodzony taki czuje się zdolnym do pracy, nie chce pobierać poborów inwalida, tylko otrzymać odrazu większy kapitał i nim obracać. Jednorazowa odprawa dla poddanych austryackich nie istnieje i nie wchodzę w to, czy nie należałoby w tym kierunku ustawę zmienić, lecz zdaniem mojem z korzyścią dla obu stron byłoby udzielenie w pewnych warunkach jednorazowej odprawy. Przy rozprawie sądowej oddalono powoda z żądaniem skargi, gdyż pobierał rentę wyższą, niż ją znawca sądowy przyjął odpowiednio do jego niezdolności do pracy. Obecnie wstrzymano wysyłkę renty, gdyż F. poszedł za zarobkiem na Węgry. Nie ulega wątpliwości, że szukając pracy poza domem, musi się czuć do wszelkich robót zdolnym.

Przypadek powyższy poucza, że nie tyle anatomiczne zniekształcenie ręki lub nogi daje miarę dla ocenienia zdolności do pracy, jak raczej sprawność czynnościowa danej kończyny, która może być zupełnie dobra mimo zniekształcenia. Rozwój mięśni, ruchomość stawów, odciski na skórze podeszwy lub dłoni, brak zaburzeń w ciepłocie kończyny, brak zasinień, obrzęków, wyprysków na skórze, znieczulenie na dotyk, ciepło i zimno i t. d., są okolicznościami, wedle których można wnosić o czynnościowej sprawności uszkodzonej kończyny.

(Dok. nast.).

Z pracowni Sanatoryum w Zakopanem.

Badania krwi wedle metody Arnetha wogóle, a w szczególności w gruźlicy.

Podali

K. Dłuski i M. Rozpędzihowski.

(Według wykładu na Zjeździe balneologów polskich w kwietniu 1909).

(Dokończenie).

Przechodzimy do rozpatrzenia poszczególnych grup. W grupie pierwszej mamy: 20 chorych w I okresie Turbana
10 » » II » »
16 » » III » »

Z liczby 20 chorych w I okresie otrzymaliśmy następujące wyniki: u 11 obrazy prawidłowe, u 7 przejściowe, u 2: jeden zły, jeden bardzo zły obraz. Rozpatrując bliżej naszych chorych, widzimy u 11 chorych z prawidłowymi obrazami zgodność między stanem choroby, a obrazem Arnetha. Tę samą zgodność, pomimo »przejściowego« obrazu, możemy jeszcze stwierdzić u następnych 7, skoro zważymy, że pomimo nieznacznych zmian w płucach, mają oni różne poboczne powikłania, jak gruźlica krtani, ropiejące gruczoły na szyi itd., które mogły wywrzeć wpływ szkodliwy na układ krwi. Wreszcie u jednego z dwóch chorych obraz zły (78% w I i II kl.), pomimo minimalnych zmian w płucach dałby się wytłómaczyć istnieniem — po odbytej przed kilkoma miesiącami operacyi — przetoki ropno-kałowej, z obfitą od czasu do czasu wydzieliną, której towarzyszyły wzniesienia ciepłoty do 38° i wyżej. Paradoksalnym natomiast jest wynik u ostatniego chorego w I okresie, mającego 55% w I i 45% w II kl., a którego stan ogólny był wyśmienity, ciepłota zupełnie prawidłowa, sprawa zaś w płucach ograniczała się do nieznacznych zmian oddechowych w szczytach. Chory ten, jako neurastenik, zajęty ciągle rozmyślaniami nad swem zdrowiem, przybył z własnej inicyatywy do sanatoryum, z zamiarem poddania się badaniu dla określenia stanu płuc. Podczas 10 dniowego pobytu badaliśmy go parę razy, sądząc, że może następne badania wykryją jakieś poważniejsze zmiany w płucach, ale nic nowego nie dostrzegliśmy i poradziliśmy mu zakład opuścić. W przypuszczeniu, że może u chorego są jakieś głębsze, nie dające się wykryć na razie, ogniska gruźlicze, — których istnienie, jak twierdzi Arneth, zły obraz neutrofilny do pewnego stopnia przepowiada — w 6 mie-

sięcy po wyjeździe z Sanatoryum prosiliśmy chorego listownie, aby dał się zbadać w Krakowie przez jednego z znaszych bardzo znanych specyalistów. Przysłany nam wynik badania płuc jest zupełnie zgodny z dawnemi naszemi. Taki specyalnie bardzo zły obraz, będący w rażącej sprzeczności z teoryą Arnetha, na razie wytłomaczyć się nie da.

U 10 chorych w II okresie znajdujemy: 3 obrazy prawidłowe, 5 przejściowych i 2 złe. Zestawiając te obrazy ze stanami poszczególnych chorych, możemy stwierdzić względną harmonię między jednymi a drugimi. To samo da się powiedzieć o 14 chorych z całej ilości 16 w III okresie. Znajdujemy bowiem: 10 złych i 4 bardzo złe, co zupełnie odpowiada naszym badaniom klinicznym, a zwłaszcza mając na względzie 4 ostatnie obrazy (85—92% w I i II kl.). Dotyczyły one bowiem chorych z bardzo posuniętą sprawą płucną, z dużemi jamami, wysoką gorączką i silnem wyniszczeniem całego ustroju. Dwaj z nich wkrótce po badaniu zmarli. Natomiast u 2 pozostałych chorych spotykamy wyraźną sprzeczność. U jednego znaleźliśmy pomimo znacznych zmian w płucach i upartej gorączki 65% w I i II kl. Taki zaś wynik, wedle Arnetha, dawałby podstawę do jakiej takiej nadziei w rokowaniu; tymczasem chory we 2 miesiące po badaniu zmarł. A jeszcze bardziej zdumiewającym jest obraz u drugiego. Zaraz po przybyciu do zakładu, na podstawie całego szeregu objawów rozpoznaliśmy u tego chorego gruźlicę prosówkową, która też w ciągu kilkunastu dni doprowadziła do śmierci. Tymczasem badanie dokonane na 10 dni przed śmiercią stwierdziło obraz »przejściowy«, a mianowicie: 69% w I i II kl. przy 11400 leukocytach. Widzimy więc, że gruźlica prosówkowa — jak to już zauważyliśmy przy rozpatrywaniu badań innych autorów — daje obrazy wcale nieodpowiadające teoryi Arnetha. Przytem w danym przypadku zamiast leukopenii spotykamy w niej nieznaczną hyperleukocytozę, która zgodnie z normą Arnetha, wypada już wcale pokaźnie, skoro zważymy, że przyjmuje on, jako ilość fizyologicznie prawidłową 6000 leukocytów.

Przechodząc do badań dwurazowych, pragniemy zauważyć, iż same przez się odgrywają one, dla oceny teoryi Arnetha, ważniejszą rolę niż jednorazowe, gdyż pozwalają porównać zmiany w układzie neutrofilów w związku z przebiegiem sprawy chorobowej. Badania te były dokonane w odstępach czasu od 2 do 6 miesięcy i dotyczą, jak wyżej zaznaczyliśmy, 35 chorych, z których: 5 chorych w I okresie, 13 w II okresie, i 17 w III okresie.

Ponieważ już poprzednio omówiliśmy dostatecznie sprawę zgodności lub niezgodności obrazu Arnetha ze stanem chorobowym, więc o obrazach »zgodnych« mówić nie będziemy, pozostawiając ogólnikowe omówienie jej w ostatecznych wnioskach. Tu zatrzymamy się tylko nad bardziej ciekawymi obrazami »niezgodnymi«.

Wśród 5 chorych I okresu znajdujemy tylko raz jeden wyraźną niezgodność, a mianowicie u chorej, 18-letniej dziewczyny, która po kilkomiesięcznym pobycie w Sanatoryum doznała znacznej poprawy, w 2 zaś obrazach krwi, w odstępie 3½ miesięcznym, nie znajdujemy prawie żadnej zmiany na lepsze, gdyż ilość 67% (I i II kl.) zmienia się tylko na 62%. Zauważyć nadto musimy, uwzględniając szczegółowo stan ogólny i stan płuc, że pierwszy obraz powinien był być znacznie lepszym. Tymczasem różni się on tylko o 2% od obrazu u chorego na gruźlicę prosówkową (o którym było wyżej), gdzie na 10 dni przed śmiercią spotykamy 69% w I i II kl. W grupie 13 chorych w II okresie znaleźliśmy u 10 zgodność, mniejszą lub większą, u 3 zaś stwierdziliśmy brak tej zgodności. Poświęcimy im parę słów. Mamy tu najpierw chorą, mającą lat 46, która po kilkumiesięcznem leczeniu doznała znacznej poprawy stanu płuc i stanu ogólnego, a tymczasem w obrazie Arnetha widzimy przesunięcie się na lewo tylko o 2% (84%—82%). Wprawdzie na wytłómaczenie takiego obrazu dałaby się przytoczyć ta okoliczność, iż chora od szeregu lat cierpi na kamicę żółciową, której przy zaostrzeniach towarzyszą gorączki. Być więc może, iż przyczyny szukać trzeba w zakażeniu ustroju ze strony dróg żółciowych, gdyż znaczna poprawa w płucach, przy znacznym przybytku wagi, nie może zgoła usprawiedliwiać »złego« układu neutrofilnego. Jeżeli jednak w danym przypadku można znaleźć okoliczności usprawiedliwiające, to o następnym z rzędu chorym w żadnym razie powiedzieć tego nie można. U niego również znajdujemy znakomitą poprawę płuc, stanu ogólnego, przybytek wagi o 11 kg., zupełną utratę gorączki. Tymczasem pierwszy obraz dał nam 57% (I i II kl.), a drugi w 2 miesiące po pierwszym na szczycie poprawy 72% (I i II kl.). Takie przesunięcie o 15% na lewo jest z punktu widzenia teoryi Arnetha zupełnie niezrozumiałe. Również, choć w mniejszym stopniu, niezrozumiałe będzie zachowanie się układu neutrofilnego u trzeciej chorej, która przybyła do zakładu z niewielkiemi zmianami w prawym szczycie, większemi w lewym górnym płacie i w stanie podgorączkowym. Obraz krwi wykazywał 70% (w I i II kl.). Początkowy przebieg leczenia był pomyślny. Wkrótce jednak nastąpił radykalny zwrot ku gorszemu: wysokie gorączki (39—40%), odczyn dwuazowy i gruźlicze zmiany nerek (białko i prątki Kocha w moczu). I w chwili takiego pogorszenia otrzymujemy obraz z 73%, t. j. takie minimalne przesunięcie się na lewo, które zgoła nie odpowiada całemu obrazowi klinicznemu.

Co się tyczy 17 chorych w III okresie, to u 11 znajdujemy zgodność, więc mówić o nich nie będziemy. Rozpatrzymy pokrótce pozostałych sześciu. Z tej liczby u trzech chorych, u których nastąpiła wybitna poprawa stanu płuc i stanu ogólnego przy zupełnej utracie gorączki, widzimy przesunięcie się obrazu na lewo lub na prawo tak minimalne (1%—2%), że o zmianie na lepsze mówić nie możemy, gdyż jest to istotnie »status quo«. Przytaczamy liczby: 66%—67%, 59%—60% i 73%—71%. U czwartej chorej, która zmarła wśród objawów gruźlicy prosówkowej, a nadto miała gruźlicze zmiany nerek, dwa badania stwierdziły następujące obrazy: 64% i 68%. Komentować tego obrazu nie będziemy, gdyż o gruźlicy prosówkowej wyżej mówiliśmy.

Pozostają jeszcze 2 przypadki. U jednego chorego który doznał wyraźnej poprawy, obraz krwi pogorszył się a mianowicie: 73% (I i II kl.) przy pierwszem badaniu, 83% przy drugiem. U drugiego zaś, gdzie nastąpiło znaczne pogorszenie stanu płuc i stanu ogólnego, przy stałe, gorączce, obraz krwi poprawił się o 14% (78%—64%).

Przechodzimy wreszcie do badań, dokonanych u 21 chorych trzy razy i więcej. U trzech chorych w I okresie znajdujemy zgodność, więc znów mówić o niej nie bę-

dziemy, wspomnimy tylko nawiasowo, że u jednego chorego wybitna poprawa płuc i stanu ogólnego znalazła swój wyraz w polepszeniu układu neutrofilnego o 17%. Wśród 11 chorych II okresu znajdujemy 9 wyników zgodnych z przebiegiem choroby w jednym lub drugim kierunku. A nawet jako jaskrawy przykład takiej zgodności możemy wspomnieć o jednym chorym, którego stan, po przebyciu ciężkich i długotrwałych powikłań w płucach i opłucnej, znakomicie się poprawił, obraz zaś krwi w ciągu 9 miesięcy przesunął się o 35% na prawo (85% [w I i II kl.] — 50%). Natomiast należy podkreślić niezgodność u dwóch chorych. U jednego z nich po kilkumiesięcznym pobycie w zakładzie nastąpiła wyraźna poprawa i to trwała (jak nam wiadomo z przysłanych listownie wiadomości). Obraz zaś krwi pozostał zły (79% przy badaniu pierwszem — 80% przy trzeciem badaniu). Drugi chory przybył do Zakładu w bardzo ciężkim stanie, z wysokiemi gorączkami do 39·5°, miał obfity krwotok i t. d. Później stan chorego znakomicie się poprawił, chory utracił gorączkę, przybrał $5^1/_2$ kg, na wadze i t. d. Tymczasem obraz krwi przy badaniu pierwszem podczas ciężkiego stanu chorego wynosił 85%. Trzecie zaś badanie, dokonane w 6 tygodni od chwili ciągłego trwania polepszenia, stwierdziło tylko 80%. Polepszenie »małe« obrazu krwi wcale nie odpowiada olbrzymiemu polepszeniu klinicznemu.

Pozostaje nam jeszcze 7 chorych w III okresie. Z tych u 5 widzimy zgodność, a nawet u jednego bardzo znaczną, gdyż przy wybitnem pogorszeniu się stanu chorego (utworzenie się dużych jam z gorączką wyniszczającą) widzimy pogorszenie się obrazu neutrofilnego w ciągu 2 miesięcy o 27% (63%—90%). Pozostaje więc niezgodność u dwóch chorych. U jednego przy ogromnem pogorszeniu się stanu płuc i stanu ogólnego i przy powikłaniu sprawy płucnej w postaci gruźliczego zapalenia opon, które doprowadziło w ciągu 2 tygodni do zejścia śmiertelnego, widzimy pogorszenie tylko o 10%, a mielibyśmy prawo oczekiwać 20—30%. U drugiego zaś chorego, który przybył do Sanatoryum w ciężkim stanie, wysoko gorączkował, przebył groźną odmę piersiową — będącą jednak początkiem następnej poprawy, utrzymującej się przy ciepłocie prawidłowej lub lekko podgorączkowej 4 miesiące — widzimy następujące wyniki: pierwsze badanie na 2 miesiące przed pojawieniem się odmy i podczas wysokich gorączek wynosi 73% (I i II kl.), — drugie badanie dokonane w chwili, gdy przeszło od 2 miesięcy trwał niezmiennie stan poprawy, dało 87%. Liczby te mówią same za siebie.

Przechodzimy na zakończenie do streszczenia wyników naszych badań.

W badaniach tych, jakeśmy to na wstępie mówili, chodziło nam głównie o to, czy obok niedostatecznych metod badania w gruźlicy, ze względu na rokowanie i oryentowanie się w jej przebiegu, zarówno w cięższych, jak i lżejszych formach, nie znajdziemy w badaniach krwi metodą Arnetha nowego środka, dającego większą rękojmię pewności w tym kierunku. Z drugiej strony chcieliśmy przekonać się, czy istotnie w sprawie tak »par excellence« swoistej, jak gruźlica, zachodzą zmiany w wielokształtności jąder w znaczeniu Arnetha, a wyrażające się w sprowadzeniu zróżniczkowanej figury jądrowej pod wpływem bodźców chorobotwórczych do formy prostszej, wskutek gromadnego znikania form pierwszych, dojrzalszych, a pojawiania się drugich, — młodszych.

Opierając się na badaniu 102 chorych, możemy potwierdzić zdanie Arnetha, że sprawy chorobowe, a w danym razie gruźlica, sprowadzają w prawidłowym układzie krwi takie zmiany, jakich ani razu nie spotkaliśmy u 10 klinicznie za zdrowych uważanych ludzi. W ten więc sposób potwierdzałaby się pewna i stała prawidłowość w kształcie jąder w pewnych fizyologicznych lub chorobowych warunkach. Do takiego przekonania doprowadza nas ogólne objęcie wszystkich wypadków. Jeżeli jednak rozpatrywać je będziemy szczegółowo, to musimy zaznaczyć, że na 102 zbadanych chorych u 3 stan krwi niezupełnie zgadzał się ze stanem klinicznym, u 13 zaś chorych widzieliśmy krańcowo sprzeczne z klinicznym przebiegiem sprawy chorobowej wyniki badań układu neutrofilowego. Omówiliśmy przypadki te szczegółowo na innem miejscu, tu więc ich nie powtarzamy. Zaznaczamy tylko ogólne wyniki. Wobec tej bądź cobądź nieznacznej liczby stwierdzonych niezgodności, musimy przyznać, że w podstawach metody Arnetha muszą leżeć fakty prawdziwe, nie możemy bowiem 86 zgodnych wyników odnosić do przypadkowego zbiegu okoliczności. Z drugiej strony jednak, badania nasze nie upoważniają nas do wysnuwania tak daleko idących wniosków, jakie wysnuwa Arneth, który upatruje w układzie krwi nietylko określony sprawdzian dla stanu obecnego danego chorego, ale i niezawodny wskaźnik dla rokowania. Usprawiedliwienia bowiem dla takiego twierdzenia w tak ścisłej i określonej formie, jak u Arnetha, w naszych przypadkach nie widzieliśmy. Być może, iż częstsze i wielokrotnie u jednego i tego samego chorego przeprowadzone badania i to w dodatku na bardzo dużym materyale chorych, dostarczyłyby nam podobnych przykładów. Związane z metodą Arnetha — wymagającą dość dużego nakładu pracy — trudności techniczne nie pozwoliły nam na to. Wniosków więc swoich, dotyczących prognostycznego znaczenia metody, stanowczo i pewnie wypowiedzieć nie możemy. Natomiast przeświadczenie, oparte na własnym, bądź cobądź dość licznym materyale, doprowadza nas do wniosku, że w sprawach chorobowych istotnie zachodzi przyczynowy związek między czynnikami chorobotwórczymi z jednej, a układem neutrofilnym krwi z drugiej strony. Związek ten jednak nie wydaje się nam dotąd dostatecznie określonym. Być może, iż brakuje jeszcze pewnych pośrednich ogniw w tym łańcuchu przyczyn i skutków. Z badań różnych przytoczonych przez nas autorów widzimy, że choroby zakaźne, wpływając na układ neutrofilowy, wpływają jednocześnie i na inne gatunki białych krwinek, jakoteż i na ciałka czerwone. Dotykają one jednem słowem układu krwi w różnorodnych jego częściach składowych, a więc nietylko jednych neutrofilów. Myśl tę zresztą wypowiada kilkakrotnie sam Arneth, zwłaszcza z powodu swych badań nad rakiem i doświadczeń nad zwierzętami. Wypada więc, że nietylko neutrofile zaangażowane są w walce ustroju z zakażeniem i intoksykacyą, a stąd dalszy wniosek, że badanie innych form ciałek białych, a także czerwonych, mogłoby metodę Arnetha u-

doskonalić i uzupełnić. Własnego jednak doświadczenia w tym kierunku nam brak.

W olbrzymiej większości przypadków (86 na 102), jakeśmy to już wyżej omówili, widzieliśmy zgodność zachowania się obrazu Arnetha z przebiegiem choroby, wyrażającym się bądź to w polepszeniu bądź w pogorszeniu stanu zdrowia danego chorego. Zauważyć jednak powinniśmy, że na ogół biorąc, polepszenia i pogorszenia układu krwi, pozostawały niejako w tyle za takiemiż zmianami w stanie chorych, t. j. odbywały się one cokolwiek wolniej i w zakresie nieco mniejszym, niżby się tego, opierając się na objawach klinicznych, spodziewać było można.

Nie możemy wreszcie nie zwrócić uwagi na fakt, że najcharakterystyczniejsze i najwybitniejsze zaburzenia w układzie krwi widzieliśmy u chorych z powikłaniami gruźlicą jelit. Natomiast u chorych, dotkniętych gruźlicą prosówkową i gruźliczem zapaleniem opon mózgowych widzimy wbrew oczekiwaniom obrazy krwi niezbyt znacznie uszkodzone.

Zarówno z naszych przypadków, jak i z przypadków innych autorów, którzy nie stwierdzili również zgodności obrazu krwi w gruźlicy prosówkowej i gruźliczem zapaleniu opon, możemy wnosić, że szczególnie w tych powikłaniach zachodzą jakieś odmienne swoiste sprawy, które w sposób niedostateczny odbijają się na życiu komórek neutrofilnych.

Pomimo pewnych braków, jakie ma metoda Arnetha, uważamy ją za zdolną do oddania poważnych usług w szeregu złożonych zagadnień, związanych z kliniką gruźlicy. Aczkolwiek w wątpliwych przypadkach rozstrzygającemi są, jak dotąd, objawy kliniczne, to jednak badania krwi metodą Arnetha nadają objawom klinicznym cechę większej pewności i służą dla nich niejako za uzupełnienie.

Niemałą przeto zasługę przyznajemy Arnethowi, że pierwszy, dzięki swej pomysłowości, odwrócił oczy wszystkich od dotychczas przyjętej metody odsetkowego obliczania każdego gatunku krwinek białych, mającej w zastosowaniu klinicznem na ogół podrzędne znaczenie.

Być może, że zawodowi hematologowie wiele mają do zarzucenia zasadom metody Arnetha, opartym, jak sam autor zaznacza, na hypotetycznych podstawach. Być może, że z biegiem czasu pod wpływem nowych badań i nowego oświetlenia faktów, dotychczas poznanych, metoda ta ulegnie licznym zmianom. Nie uszczupli to jednak w niczem zasług badacza, odkrywającego nowe horyzonty, metodzie jego zaś nada jeszcze poważniejsze znaczenie [1]).

Piśmiennictwo. 1) J. Arneth. »Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infektionskrankheiten«. (Monographie). Jena 1904. — 2) Tenże. »Zum Verhalten der neutrophilen Leukozyten bei Infektionskrankheiten«. Münch. med. Woch. 1904. Nr 25. — 3) Tenże. »Die agonale Leukocytoze«. Mün. med. Woch. 1904. Nr 27. — 4) Tenże »Experimentelle Untersuchungen zum Verhalten der weissen (und roten) Blutkörperchen bei Infektions- und Intoxikationsversuchen, sowie nach Einverleibung von Eiweisskörpern und Heilseris«. Zeits. f. klin. Med. 1905. Bd. 57, und Münch. med. Woch. 1904. Nr 45. — 5) Tenże. Die »kachektische« Leukocytose; Verhalten der neutrophilen Leukocyten bei Carcinom. Zeit. f. klin. Med. 1904. Bd. 54. — 6) Tenże. »Blutuntersuchungen bei der Tuberculose der Lungen und bei der Tuberculinkur«. Münch. med. Wochs. 1905. Nr 12. — 7) Tenże. »Die Lungenschwindsucht auf Grundlage klinischer und experimenteller hämatologischer Untersuchungen«. Zeitschr. f. Tub. Bd. VII. Heft 4. u. 5. — 8) Tenże. »Erwiderung zu Hiller's: Beiträge zur Morfologie der neutrofilen Leukozyten und ihrer klinischen Bedeutung«. Folia Haemat. 1905. Nr 3. — 9) Tenże. »Zu meinen Blutuntersuchungen (Nachprüfungen, einige weitere Beiträge) Erwiderung zu Flesch u. Schossberger«. Deut. Arch. f. klin. Med. 1906. Bd. 87. — 10) Tenże. a) »H. Pollitzers Anschaungen über die Kernbeschaffenheit der neutr. Leukozyt. unter normalen u pathologischen Verhältnissen«. Wien. med. Woch. 1907. Nr 9. u. 10. b) »Entgegnung zu H. Pollitzer: zu Arneth's Verschiebung etc. etc« Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 94. c) »Zu H. Pollitzer: Beiträge zur Morphologie und Biologie etc. etc.« Folia Haemat, 1908. Bd. VI. — 11) Tenże »Zu Paulicek: zur qualitativen Blutuntersuchung nach der von Arneth angegebenen Methode«. Folia Haemat. Supplement. 1907 Nr 2. — 12) Tenże. a) »Entgegnung zu Bourmoff und Brugsch: Das neutr. Blutbild bei Infektionskrankheiten«. Zeitschr f klin. Med. Bd 64. b) »Das neutr. Blutbild bei Infektionskrakheiten« Gegenerwiderung zur Antwort von Th. Brugsch etc.» Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 66. Heft 1. u. 2. — 13) Tenże. »Diagnose und Therapie der Anämien«. 1907. Würzburg. Stuber. — 14) Tenże. »Die Leukozytoze in der Schwangerschaft, während und nach Geburt und die Leukozytose der Neugeborenen«. Arch. f. Gynakol. 1907. Bd. 74. Heft 1. — 15) K. Bocheński: »Znaczenie badania krwi w przypadkach zakażenia gnilnego z uwzględnieniem neutrofilnego obrazu i bakteryologicznego badania krwi«. Lwow. Tyg. lek. 1908. Nr 45—48 (incl.). — 16) O. Burkard. „Das neutrophile Blutbild im physiologischen u. pathologischen Wochenbette und seine Veränderungen unter der Streptokokkenserumwirkung«. Arch. f. Gynäkol. 1907. Bd. 80. Heft 3. — 17) Th. Bourmoff u. Th. Brugsch. »Das neutrophile Blutbild bei Infektionskrankheiten«. Zeitsch. f. klin. Med. 1907. Bd. 63. H. 5 u. 6. — 18) Th. Brugsch. »Das neutr. Blutbild bei Infektions krankheiten« eine Antwort auf Arneth's Entgegnung etc. etc.« Zeitsch. f. klin. Med. Bd. 64. — 19) R. Dunger. »Das Verhalten der Leukozyten bei intravenösem Collargolinjektionen und seine klinische Bedeutung«. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1907. Bd. 91. — 20) Esser. »Das neutrophile Blutbild beim natürliche und künstlich ernährten Säugling«. Münch. m. Woch. 1906. Nr 34. — 21) M. Franke. »Über den Einfluss der Röntgenstrahlen auf den Verlauf der Leukämie (mit besonderer Berücksichtigung der Blutbefunde)«. Wien. klin. Woch. 1905. Nr 33. — 22) Flesch und A. Schossberger. »Die Veränderungen des neutrophilen Blutbildes bei Infectionskrankheiten«. Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1905. Bd 62. Heft 3 N. F. — 23) Ciżsami. »Die Veranderungen des neutr. Blutbildes im Inkubationsstadium von Masern. Ibidem. 1906. Bd. 64 Hft. 3. N. F. — 24) C. Funck. »Zum Verständniss der Besserung der Leukämie durch interkurrente Infektion«. Berl. klin. Woch. 1906. Nr 40. — 25) E. Gräfenberg. »Die prognostische Bedeutung der morphologischen Blutelemente bei puerperalen Erkrankungen«. Arch. f. Gynäkol. 1908. Bd. 85. Heft 2 — 26) E. Grawitz. »Klinische Pathologie des Blutes«. 1908. — 27) F. Hiller. »Beiträge zur Morphologie der neutrophilen Leukozyten und ihrer klinischen Bedeutung«. Folia Haematol. 1905. Nr 2.— Pappenheim. »Einige Bemerkungen zu vorstehendem Artikel». Ibidem. — 28) Kownatzki. »Blutuntersuchungen bei Puerperalfieber«. Beiträge zur Geburtshilfe u Gynäk.«. 1906. Bd. 10 Heft 2. — 29) Kaufmann. »Unsere Erfahrungen mit Serum Marmorek«. Beitr. zur klin. der Tub. Bd. XI.— 30) Kothe. »Das neutrophile Blutbild im Frühstadium der akuten Appendicitis«. Berl klin. Woch. 1908. Nr 36. — 31) St. Lewinson. »Spostrzeżenia nad neutrofilowymi leukocytami w niektórych sprawach chorobowych«. Pamiętnik. Tow. lek. Warsz. 1908. T. 104. — 32) H. Pollitzer. »Über Arneth's Verschiebung des neutrophilen Blutbildes«. Wien. med. Woch. 1906. Nr 18 u 19. — 33) Tenże. »Zu Arneth's Verschiebung des neutr. Blutbildes«. Deut. Arch. f. klin. Med. 1907. Bd. 93. Heft 1 u. 2. — 34) Tenże. Beiträge zur Morphologie und Biologie der neutrophilen Leukozyten«. Zeitschrift f. Heilkunde 1907. — 35) E. Paulicek. »Zur qualitativen Blutuntersuchung nach der von Arneth augegebenen Methode«. Folia Haemat. 1907. Nr 6. — 36) F. Orland. »Beiträge zur Untersuchung des neutrophilen Blutbildes beim gesunden u. kranken Säugling«. Inaug. Disser. Bonn 1907/8. — 37) Röver. »Über 25 mit Marmorek's Serum behandelte Fälle von Tuberkulose«. Beitr. z. klin. der Tub. 1906. Bd. V. — 38) N. Schneider. »Über das Verhalten des Blutes im Verlaufe einer kruppösen Pneumonie bei einem Kranken mit Polycythaemia myelopathica bei welchem die Milz früher exstirpiert wurde«. Wien. klin Woch 1907. Nr 27. — 39) Uhl. »Über die neutrophilen Leukozyten bei der specifischen Therapie der Lungentuberculose«. Beitr. z. klin. der Tub. 1906. p 249 — 40) Fr. Weidenreich. »Beiträge zur Kenntniss der granulierten Leukozyten«. Archiv. f. mikrosk. Anatomie 1908. Bd. 72. — 41) J. W. Wolff. »Die Kernzahl der Neutrophilen, ein diagnostisches Hilfsmittel bei Eiterungen des weiblichen Ge-

[1]) Artykuł niniejszy jest streszczeniem obszernej pracy, która wyjdzie w całości z początkiem r. 1910 w »Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«.

schlechtsapparates«. Heidelberg 1906. — 42) T. Żeleński. »O znaczeniu klinicznem neutrofilnego obrazu krwi, ze szczególnem uwzględnieniem stosunków w wieku niemowlęcym«. Przegl. lek. 1906. Nr 29—33.

Oceny i sprawozdania.

Dr Fr. Giedroyć: **Z dziejów higieny w dawnej Polsce. Wodociągi i kanały miejskie.** (Rzecz drukowana w »Przeglądzie historycznym«). Warszawa 1910. Str. 117.

Z radością i wdzięcznością bierzemy do ręki każdą nową monografię, którą Dr Giedroyć wzbogaca nasze piśmiennictwo z zakresu dziejów medycyny i higieny w Polsce. Każda rozprawa pracowitego badacza źródeł historycznych przynosi bowiem cały szereg nieznanych albo mało znanych faktów i rzuca światło na coraz nową stronę naszej dawnej kultury, o ile ona przejawiała się na polu nauk lekarskich i higieny. A właśnie badania historyczne w tym względzie leżały u nas do niedawna odłogiem i szczególnie dawał się odczuwać brak pracowników, którzyby poświęcali się badaniu źródeł. Dr Giedroyć ma tę wielką zasługę, że ten kierunek, zaniedbany od szeregu lat, wznowił i przykładem swoim zachęcił innych. Po piętnastu latach pracy może też Dr Giedroyć z dumą obejrzeć się na bogaty swój dorobek naukowy, wśród którego są rzeczy drobne i wielkie, ulotne szkice i poważne monografie, ale niema rzeczy słabych, a jest coraz więcej rzeczy wartości pierwszorzędnej, w miarę, jak działalność badacza mężnieje, opierając się na coraz lepszem opanowaniu materyału i metody.

Badając dzieje urządzeń higienicznych naszych miast, zdołał Dr Giedroyć odszukać znacznie więcej wiadomości o wodociągach, aniżeli o kanalizacyi. Kanały były w miastach dawnej Polski przeznaczone wyłącznie do ścieku wód, nie wolno przeto było ich zanieczyszczać, ani łączyć z nimi ustępów; bywały do nich wpuszczane jedynie rynsztoki. Treść kanałów wyprowadzano poza miasto i wpuszczano do rzeki. O kanalizacyę troszczyły się miasta polskie już w czasach stosunkowo bardzo dawnych; zapiski archiwalne w tym przedmiocie spotyka się już w wieku XIV. Kanały główne budowały miasta przeważnie kosztem własnym, nad budową kanałów bocznych, domowych, czuwał biegły (geometra). Można więc, pomimo dość skąpych wiadomości, które o kanalizacyi dotrwały do nas z owych czasów, wnosić, że urządzenie to stało w miastach dawnej Polski na wcale wysokim stopniu.

Niema zaś najmniejszej wątpliwości, że sprawa zaopatrzenia w wodę była za czasów polskich w miastach naszych rozwiązana daleko powszechniej, niż obecnie. W tym zakresie z dawnej naszej kultury pozostały albo tylko ruiny, albo nawet ślad został już tylko w dawnych dokumentach i dzisiaj trzeba wszystko zaczynać od początku. A mają wodociągi miejskie w dawnej Polsce niemałą przeszłość, skoro już w r. 1461 pozwala król Kazimierz Jagiellończyk Krosnu urządzić wodociągi na wzór i n n y c h miast Rzpltej, gdzie widocznie dawniej już istniały. Już w końcu w. XIII urządziły sobie wodociągi klasztory Dominikanów w Krakowie i Poznaniu; w końcu w. XIV urządza Kraków wodociągi, które w r. 1443 obejmowały już całe miasto; największy ruch na tem polu rozwinął się w pierwszej połowie w. XVI. nietylko w większych, ale i pomniejszych miastach. Wodociągi te planowali i budowali biegli zawodowcy, których Dr Giedroyć wylicza cały szereg, a wśród których, rzecz ciekawa, znajduje się także nasz genialny Kopernik, widocznie prócz astronomii, matematyki i medycyny, znakomicie znający technikę, skoro budował podobno wodociągi w wielu miastach pruskich. Dla nadzoru i napraw wodociągów opłacały miasta stałych rurmistrzów. Przy urządzaniu wodociągów główną rolę odgrywał brak dostatecznej ilości wody w mieście na potrzeby gospodarcze i browarniane, oraz na wypadek pożaru; względy zdrowia miały, jak się zdaje, znaczenie uboczne, chociaż np. z aktów m. Pilzna i Krakowa (1618) wynika, że niekiedy miano je także na oku. Rozpatrzenie, skąd wodę brano, doprowadza Dra Giedroycia również do wniosku, że niekiedy kierowano się względami zdrowia przy wyborze źródła, ale że przeważnie niewiele na to zwracano uwagi. Urządzenie wodociągów bywało rozmaite, niekiedy bardzo kosztowne, gdy wypadło wodę podnosić w górę (pompy, koła skrzynczaste) do zbiornika. Z »rurmuzów« prowadziły wodę rury drewniane (wyjątkowo spiżowe — w Drohobyczu), prawie zawsze podziemne, nietylko do studni miejskich, ale z reguły także do domów prywatnych, łaźni, browarów. Za użycie wody pobierano opłatę; toteż znajdowali się przedsiębiorcy, budujący wodociągi dla miasta, a potem ściągający sobie należność z zyskiem z owych opłat. Częściej budowali jednak mieszczanie wodociągi kosztem własnym, zaciągając niekiedy na budowę pożyczki. Ale bywali też obywatelskim duchem przejęci dobroczyńcy miast, fundatorowie wodociągów: przechowały się nazwiska Piotra Bembenka w Ciężkowicach, Iwaszka we Lwowie, Stanisława Tureckiego i kanonika Sulisława w Płocku, Narsesa w Kamieńcu, Dra Bartolana w Sandomierzu. O późniejszych losach wodociągów niewiele dochowało się wiadomości; niektóre spłonęły, większość zniszczała podczas nawały szwedzkiej za Jana Kazimierza i później.

Czytając, że miasta nasze zdobyły się niegdyś na »urządzenia, któremi obecnie jeszcze nie wszystkie stolice mogą się poszczycić, że urządzenia te nieraz służyły nietylko ku wygodzie, lecz bywały wprost »ozdobą« miast polskich«, że istniały nawet w takich, dziś podupadłych miasteczkach, jak Ciężkowice, Czchów, Opatów, Proszowice, Wiślica i w. i., niełatwo obronić się niejednej smutnej refleksyi o zniszczałym w tylu kierunkach, a częściej — pięścią najeźdzcy zniszczonym dawniejszym naszym dorobku kulturalnym. *Z.*

Prof. Dr Ludwik Bruner. **Ewolucya materyi, zarys nauki o promieniotwórczości.** Kraków 1909. Nakładem Kółka matematyczno-fizycznego uczniów Uniw. Jag. — Cena 3 kor.

W dobie dzisiejszej, kiedy nowe odkrycia w zakresie promieniotwórczości poczynają naukom biologicznym i lekarskim otwierać dalekie horyzonty, musi także każdego lekarza zaciekawiać świat zjawisk promieniotwórczych i wnioski, jakie z nich wysnuwa nauka. Pożądaną sposobność do zapoznania się ze współczesnym stanem tej sprawy daje książka Prof. Brunera, powstała z wykładów, wygłoszonych w ubiegłem półroczu zimowem w Uniwersytecie Jagiellońskim, a przeznaczona »dla szerokiego ogółu osób, interesujących się postępami nauk przyrodniczych«. Istotnie jasne i dostępne przedstawienie zawilszych nawet zagadnień radiochemii, pozwala każdemu czytelnikowi, obeznanemu ogólnie z naukami przyrodniczemi, odnieść z przestudyowania dzieła Prof. Brunera zamierzone korzyści w zupełności, a żywy — przy zachowaniu całej ścisłości naukowej — tok wykładu, utrzymuje uwagę czytelnika w ciągłem napięciu i sprawia, że dzieło czyta się bez znużenia i z rzeczywistą przyjemnością. Kto miał sposobność słuchać świetnych wykładów w tym przedmiocie, wygłoszonych przez Prof. Brunera w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem i na I. Zjeździe internistów polskich, powita z radością dzieło, które wykłady te w pamięci jego odświeży i uprzytomni mu wszystkie ich zalety; ci zaś, dla których książka będzie nowością, a którzy w niej szukać będą łatwego zapoznania się z zasadami radiochemii współczesnej, nie zawiodą się w oczekiwaniach i po przeczytaniu książki z pewnością potwierdzą, że zaleca się ona sama.

Przedmiot wykładu ujął autor w 7 rozdziałów: 1) Wstęp. Odkrycie zjawisk promieniotwórczych. 2) Zjawiska przewodzenia elektryczności w gazach. 3) Rad (rozdział ten zawiera niezmiernie ciekawe wiadomości o prawach rozkładu ciał promieniotwórczych i o produktach rozkładu radu). 4) Energetyka przemian promieniotwórczych. 5) Szeregi promieniotwórcze toru i aktynu. 6) Rozpowszechnienie radu w przyrodzie (w atmosferze, wodach źródlanych, skałach). Znaczenie radu dla zjawisk kosmicznych. 7) Promieniotwórczość zwykłych pierwiastków. — Niepodobna tu oczywiście kusić się nawet o pobieżne naszkicowanie bogatej treści książki; w żadnym przypadku nie dałoby ono wyobrażenia o pożytku, jaki z przeczytania z samego dzieła odniosą ci, którzy je ujmą w rękę. *R.*

Alfred Sokołowski: **Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej.** Odczyty kliniczne. Serya XVIII. Zeszyt 6. Warszawa 1909. Str. 35.

W zwięzłej, a treściwej formie porusza autor, zaszczytnie znany w piśmiennictwie lekarskiem całego świata, najbardziej palące, a dotąd jeszcze nie rozstrzygnięte ostatecznie zagadnienia z dziedziny rozpoznawania poczynającej się gruźlicy płuc i jej postaci ukrytych, oraz stosowania obecnych metod leczniczych, biorąc za punkt wyjścia nietylko interes chorego, ale przedewszystkiem dobro całego ogółu. — Uzbrojony w bogate osobiste doświadczenie, podaje nam autor cały szereg klinicznych danych dla różniczkowego rozpoznania poczynającej się gruźlicy od niektórych postaci zapalenia wsierdzia (*endocarditis subacuta*) lub podostro przebiegającego zapalenia miedniczek nerkowych lub wreszcie zmian ropnych narządów płciowych u kobiet. Tu

pierwsze miejsce, obok różnych klinicznych objawów, wyznacza autor skrycie przebiegającej gorączce, o niewielkich nasileniach południowych lub wieczornych do 37·1—37·5°. Z tego zaś wynika, przy przypuszczeniu sprawy gruźliczej, konieczność systematycznego przynajmniej w ciągu tygodnia mierzenia ciepłoty 3—4 razy dziennie. Z kolei dotyka autor niektórych szczegółów badania fizycznego, uważając — i słusznie — że niewielkie zmiany opukowe, jak również i osłuchowe nie mogą ostatecznie sprawy rozpoznania rozstrzygnąć; ważniejszem jest tu baczne spostrzeganie chorego i zestawienie całokształtu klinicznych objawów. Jednocześnie należy posługiwać się nowszemi metodami, a mianowicie promieniami Röntgena, które pomimo zachodzących pomyłek »wykrywają niejednokrotnie — powiada autor — złogi i to nieraz bardzo małe w szczytach lub innych częściach płuc, niedostępne dla innych metod badania fizycznego«. Większe w tym względzie znaczenie przypisuje autor metodzie skórnej v. Pirqueta, a zwłaszcza ocznej Calmetta. — Odrzucając metodę starej szkoły Kocha, jako nie zawsze bezpieczną dla chorego, a przytem w wynikach niepewną (80% zdrowych młodych żołnierzy oddziaływało na starą tuberkulinę), poleca autor metodę Calmetta jako »niezwykle ważny środek rozpoznawczy w wątpliwych przypadkach gruźlicy płuc i innych narządów«, zwłaszcza u osobników młodych i u starszych dzieci. Ale i ta metoda, choć pewniejsza od metody opsoninowej Wrighta lub od metody uchylenia komplementu Bordeta i Gengou, lub wreszcie od najnowszej metody Calmetta (zastosowanie jadu Cobry), ostatecznie rozstrzygać nie może. »Jedynie przez zastosowanie — powiada autor — wszystkich dostępnych nam dzisiaj metod i krytyczną ich ocenę« można w każdym poszczególnym przypadku rozpoznać poczynającą się gruźlicę. — Taką samą drogą należy podążać do rozpoznawania utajonych postaci gruźlicy płuc (postać rozedmowa, zwykła włóknista, rzekomo — blednicza i inne), opisanych już przed 18 laty przez autora, gdy w piśmiennictwie lekarskiem niewiele o nich wiedziano. — Również gruntownie, jak sprawę wczesnego rozpoznawania gruźlicy, rozpatruje autor współczesne metody lecznicze, wyrażając ubolewanie, że »o ile dyagnostyka zrobiła w ostatnich czasach istotne postępy, to niestety o terapii można właściwie powiedzieć rzecz wręcz przeciwną, — wstąpiliśmy w okres prawdziwego chaosu«. Tak zwane »specyfiki« przeciwgruźlicze są przedmiotem bezlitośnej krytyki autora, zwłaszcza ze względu na handlowo-przemysłową ich stronę. Przynoszą one korzyść ich twórcom, a szkodzą chorym przez ujemne działanie uboczne, najczęściej na narząd trawienia. W dzisiejszym stanie wiedzy najlepsze wyniki daje leczenie sanatoryjne i prowadzona na szeroką skalę przez państwo i społeczeństwo akcya higieniczno-sanitarna, mająca na celu zapobieganie rozszerzaniu się gruźlicy; za dowód zaś skuteczności tej akcyi służyć może zmniejszenie się śmiertelności z gruźlicy w Anglii i Niemczech. Ale i te środki, choć racyonalne, wobec ogromu zła, wyrządzanego przez gruźlicę, nie są jeszcze dostateczne, jeźli rozpatrzyć dokładniej statystykę trwałych wyników leczenia higieniczno-dyetetycznego. Autor, rozpatrując wszechstronnie tę sprawę, dochodzi do wniosku, że »problemat leczenia i powstrzymania rozwiniętej już gruźlicy dotąd rozstrzygnięty nie jest«. Uznając całą trudność tego problematu, przyczynę widzi autor głównie w tem, że zarówno sprawa przyrodzonej odporności ustroju wobec gruźlicy, jakoteż sprawa sztucznego uodpornienia przeciw gruźlicy ze stanowiska naukowego dotąd nie jest rozwiązana. Rozwiązana jednak być powinna na drodze badań naukowych. Zapowiedzią w tym względzie — po dawnej erze niefortunnych prób Kocha i jego szkoły — są podjęte na nowo na wielką skalę w wielu pracowniach naukowych poszukiwania w dziedzinie swoistego leczenia gruźlicy i stosowanie coraz szersze, wedle różnych metod, licznych przetworów swoistych w sanatoryach i klinikach. Skreśliwszy bardzo jasno zasady uodpornienia biernego i czynnego przeciw gruźlicy, poddaje autor słusznej krytyce zbytni entuzyazm zwolenników szkoły Kocha, którzy uważają sprawę swoistego leczenia gruźlicy już dziś za rozstrzygniętą. Z drugiej jednak strony, widząc w całym szeregu przypadków własnych, jakoteż i innych poważnych klinicystów, dodatnie wyniki stosowania rozmaitych tuberkulin, jak Beranecka, Jacobsa, Denysa i in., dochodzi autor do wniosku, że usiłowania te po długich i mozolnych próbach rokują, — choć może jeszcze nie w bliskiej przyszłości, — powodzenie. »Akta sprawy nie są jeszcze zamknięte«, — powiada autor, ale na tej drodze oczekuje on »rozwiązania tego niezwykle zawiłego problematu«. W końcu swej wielce ciekawej rozprawy omawia autor pokrótce różne zabiegi chirurgiczne w gruźlicy płuc, jak resekcya chorych części płuca, resekcya żeber, wreszcie sztuczna odma piersiowa, i dochodzi do wniosku, że stanowią one w leczeniu *ultima ratio* po bezskutecznem wyczerpaniu wszelkich dotychczasowych metod leczniczych.

Zastanawiając się nad całą treścią tej pracy, śmiało powiedzieć można, że chyba trudno lepiej wywiązać się z zadania, poruszającego najnowsze zagadnienia czysto naukowe w związku z zagadnieniami klinicznemi, i to w sprawie tak złożonej, jak gruźlica. A przytem cechuje rozprawę wykład jasny, który w sposób prosty i przejrzysty przedstawia czytelnikowi najbardziej zawikłane pytania. Monografia Dra Sokołowskiego powinna znaleść się w ręku każdego lekarza, interesującego się temi dwoma arcyważnemi zagadnieniami: wczesne rozpoznanie i racyonalne leczenie gruźlicy. *Kazimierz Dłuski.*

Dr Hans Elsner: **Lehrbuch der Magenkrankheiten für Aerzte und Studierende.** S. Karger, Berlin 1909.

Podręcznik Elsnera, ucznia Boasa, jest dla piśmiennictwa nabytkiem bardzo pożytecznym. Napisany zwięźle, ale wyczerpująco i jasno, daje dokładny obraz dzisiejszego stanu nauki o chorobach żołądka, uwzględnia najnowsze zdobycze: rentgenologię, badanie zaczynów i t. p. Wielką zaletę książki stanowi doskonale zestawiona literatura, przyczem nasi autorzy zostali wiernie przytoczeni i źródła wskazane.

Dzieło zasługiwałoby na przekład polski.

J. Maybaum (Łódź).

V. Chlumsky: **Ucebnice o prikládáni obvazuv.** (Nauka zakładania opatrunków). Praha 1909.

Podręcznikowi Chlumskyego należałaby się wzmianka w »Przeglądzie lekarskim« już choćby z tego względu, że jest ona poniekąd utrwaleniem polskich wykładów autora na wszechnicy krakowskiej, obecnie przez niego wyzyskanych na użytek jego rodaków. Ale ważniejszym jest wzgląd, że godzi się zwrócić uwagę na podręcznik, napisany jędrnie i jasno, objaśniony mnóstwem (171) doskonałych rycin, który, jako wydany w języku słowiańskim, mógłby bez zbyt wielkich trudności zastąpić w rękach uczącej się młodzieży podobne podręczniki niemieckie. Może też autor, rozporządzając już rycinami, wyda go i po polsku, coby było jeszcze pożądańsze, choć może nie tak łatwe, jak wydanie książki w Czechach, gdzie Akademia Umiejętności, rozporządzając funduszem Dra Sichy, obficie wspiera wydawnictwa lekarskie, nawet w zakresie podręczników praktycznych.

Z.

Zapiski lecznicze, nowe leki i przetwory.

Syrup »Vesicurin«. Brunatny płyn, składający się z urotropiny, salicylu, kozłka, goryczki i ziół używanych w cierpieniach dróg moczowych.

Tabletki »Haemostan« składają się z *Extract. hydrast fluid.*, *Extract. Gossypii sicc.*, *Extract. hamamelid.* 0.03, *Chinin mur.* 0·001, *Pulv. rad hydrast.* 0·09.

Calmyren (pigułki przeciw histeryi, neurastenii i t. p.) składają się z kozłka, pepsyny, chininy, kamfory i kondurango.

Rhome (tabletki przeciw zaburzeniom płciowym) składają się ze strychniny, yohimbiny i fosforu.

Anorrhal (czopki przeciw wypryskom, swędzeniu, pęknięciom stolca i krwawnicom) mają skład następujący: nadnerczyna, sozojodol, *extr. hamamel.*, ałun, cynk i gliceryna.

Turiopin (pastylki przeciw krztuścowi i nieżytom), *past. turionum pini.*

Eukeria, angielski jedwab do czyszczenia zębów.

Contratussin = *Extract. thymi* (Bayer).

Digastrin: cytrynian magnezyi z pepsyną. *A.*

W zapaleniu nagminnem opon mózgowordzeniowych okazała się skuteczną surowica przeciwmeningokokowa. W Austryi sprowadzać ją można z instytutu seroterapeutycznego w Wiedniu (IX. Zimmermanngasse 3). *R.*

Przeciwko bolom przeszywającym, przełomom żołądkowo-kiszkowym i przypadłościom pęcherzowym przy wiądzie rdzenia okazują się często podług Müllera skuteczne śródmięśniowe wstrzykiwania 1 cm³ rozczynu: Rp. *Thiosinamin, Glycerin aa* 10,0, *Natr. salicyl.* 20,0, *Aq. dest. ad* 100,0. Czasem z rozczynu wypadają kryształki i wtedy należy płyn przed użyciem ogrzać. (*Med. Klinik*, Nr 21). *A.*

Przeciwko migrenie poleca Martinet następujący proszek: Rp. *Acid. citric.* 0,05, *Coffeini.* 0,1, *Antipyrin* 1,0. Doda-

tek kwasu cytrynowego usuwa szkodliwe działanie na błonę śluzową żołądka. (*Presse méd.* 13. III.). *A.*

Wyciąg móżdżku owcy okazał się według Pagea bardzo skutecznym w leczeniu chorób nerwowych, zwłaszcza neurastenii, melancholii i t. p. Wyciąg ten, nazwany cereprosin, wstrzykuje się codziennie przez 6—8 tygodni. (*Akad. lek.* Paryż, 18. III. b. r.). *A.*

Przy cuchnieniu z ust i zakaźnych cierpieniach jamy ustnej poleca Kopp pastylki »formamint« do żucia (i wypluwania) lub też do płukań (10 tabletek na litr wody). (*Therap. Monatsh.* Nr 5). *A.*

Wydalenie pęcherzyka żółciowego ze stolcem spostrzegał Leonardi. Chory cierpiał od dłuższego czasu na przypadłości wątrobowe i nagle wśród wymiotów, omdlewań, kolek i biegunek oddał ze stolcem cały (?) pęcherzyk żółciowy. (*Gaz. d. Osp.* Nr. 31, 1909). *A.*

Purgen (fenolftaleina) nie jest według Gillettea trujący nawet w wielkich dawkach. W przypadku spostrzeganym przez G. trzechletnie dziecko spożyło 25 tabletek, t. j. 1·5 grm purgenu bez żadnych cięższych następstw. (*Journ. of. Amer. med. Ass.* T. 51). *A.*

Nową pożywkę dla odróżnienia prątków durowych (agar z zielenią chinową) podał Werbitzki. Pożywka ta wstrzymuje rozwój prątka okrężnicy, a na rozwój durowych prątków działa korzystnie. (*Arch. f. Hyg.* 69. II). *A.*

Nowy kieszonkowy przyrząd do faradyzacyi podał Braendli z Bazylei. Nadaje się on szczególnie dla lekarza praktycznego. Waży 700 grm i kosztuje około 80 koron (firma Braendli-Bazylea). (*Med. Klinik,* Nr 20). *A.*

Wygodny zbiór najpotrzebniejszych przyrządów dla lekarza podał Lederle. Stetoskop jest zarazem wziernikiem, t. j. płytka służy za lustro, a w drugim końcu znajdują się trzy wzierniki uszne, schowane pod pukadłem. Młotek do pukania służy za szpatułkę i ma w środku lancet do szczepienia. (*Med. Klinik,* Nr 25). *A.*

Modyfikacyę przyrządu Esbacha, dozwalającą na obliczanie ilości białka w przeciągu 2—6 minut, podał Dr Kwilecki z Wrocławia. (*Münch. med. Wochs.,* Nr 26). *A.*

Okresowy białkomocz ortostatyczny wystąpić może podług Mayera także jednostronnie po urazie. (*Zeitschr. f. gyn. Ur.* I. 4). *A.*

Dla chorych na cukrzycę poleca Cahal sporządzanie chleba w następujący sposób: Na kilogram chleba bierze się 400 grm mąki orzechowej, 200 pszennej, 12 grm sody i 6 grm *acid. tartaricum* i zarabia z wodą na ciasto. 100 gramów tego chleba zawiera około 15 grm węglowodanów, gdy chleb zwykły zawiera ich 60 grm. Nadto chleb Cahala zawiera tłuszcz i białko. (*Spitalul,* Nr 3). *A.*

Przy dychawicy oskrzelowej wśród napadu poleca Goldscheider: kąpiele świetlne, ew. gorące powietrze, naświetlania rentgenowskie, a także ciepłą wannę i zimne tusze brzucha i karku. Poza napadem; prócz leczenia higienicznego: przyrząd Waldenburga, Tobolda i t. p., gimnastyka oddechu (Hughes), fotele oddechowe Strümplla, Steinhoffa i t. p., elastyczny gorset Schreibera, a zwłaszcza elektryczny fotel oddechowy Bogheaua. (*Zeitschr. f. diät. u. ph. Ter.* XIII. 3). *A.*

Celem wstrzymania napadu dychawicy oskrzelowej poleca Jagil podskórne wstrzykiwania adrenaliny (0,5 cm³ rozczynu 1: 1000). (*Berl. klin. Wochs.* Nr 13). *A.*

Przy zapaleniu oskrzeli polecają **balsam peruwiański:** Rp. *Balsam peruv. 6,0, Myrrhae 10,0, Extr. opii 2,0. Mfpil.* Nr 150. S. 2 do 6 pigułek dziennie. (*Rif. med.* Nr 3). *A.*

W początkach grypy poleca Ross co dwie godziny aż do spadku ciepłoty podawać chorym po 10 kropli olejku cynamonowego w wodzie. (*Presse méd.* 13. II. 1909). *A.*

Promienie rentgenowskie oddają podług Schillinga znakomite usługi w leczeniu przewlekłego zapalenia oskrzeli, dychawicy oskrzelowej i rozszerzenia oskrzeli. S. otrzymał w 25% wyleczenie, a w 50% poprawę, trwającą do roku i dłużej. (*22. Zjazd med. wewn.* Wiesbaden). *A.*

Wyrostek barkowy podług Kuthyego przy gruźlicy płucnej jednostronnej pozostaje przy wdechu wyraźnie w tyle lub wcale się nie porusza. K. spostrzegał ten objaw bardzo często i nadaje mu nawet nazwę: »Acromialsymptom bei Lungentuberkulose«. (*Zft. f. Tub.* XIV. 3). *A.*

Dla odkażenia brudnej bielizny suchotników zalecają Roepke i Busch moczenie jej przez 12 (bielizna zwykła z łóżka) do 24 godzin (chustki do spluwania) w 2% rozczynie surowego lizoformu. Moczenie to nadaje się do odkażania brudnej bielizny przed oddaniem do prania. (*Zft. f. Tub.* XIV. 3). *A.*

Śródżylne stosowanie środków sercowych nie jest podług Mayora wolne od niebezpieczeństw i stosować je należy tylko w razie wybitnych wskazań, t. j. przy nagłej niedomodze serca tam, gdzie niema czasu na stosowanie innych środków lub też tam, gdzie te już nie skutkują. Bardzo źle znoszą to leczenie chorzy z przewlekłem zapaleniem nerek i zmianami w mięśniu i naczyniach serca. Gdy pierwsze wstrzyknięcie nie skutkuje, nie należy go nigdy powtarzać. Działanie strofantusa jest za mało obliczalne i lepiej już stosować digalen. (*Soc. d. thérap.* Paryż, 24. III. 1909). *A.*

Napary naparstnicy ulegają, jak wiadomo, bardzo rychło zepsuciu. Focke starał się wyszukać środek, zapomocą którego możnaby trwałość naparu podnieść bez popsucia smaku. Najodpowiedniejszy okazał się dodatek 5% alkoholu. Ewentualnie celem zobojętnienia (u ludzi z podrażnionym żołądkiem) dodaje 0,02 sody. (*Med. Klinik* Nr 25). *A.*

Miesienie wibracyjne poleca Plate przy nerwowych i organicznych schorzeniach serca. (*Zeitft. f. diät. u. ph. Th.* XIII—2). *A.*

Pęknięcie prawego przedsionka serca, stwierdzone dopiero przy sekcyi, spostrzegał Kugel u 44-letniego robotnika, który wśród pracy stracił nagle przy dźwiganiu ciężaru przytomność. Śmierć nastąpiła dopiero w 42 godzin. Chory odzyskał rychło przytomność, ale tętno nie powróciło. Gdyby się dało rozpoznać pęknięcie, to operacya, a było na nią dość czasu, możeby mogła uratować chorego. (*Prager med. Wochs.* 1909, Nr 21). *A.*

Związek liczby ciałek białych z ciśnieniem krwi przy różnych położeniach ciała wykazują Heyderthal i Hasselbach. Tak n. p. przy zmianie położenia leżącego na stojące zjawia się chwilowe zmniejszenie się liczby ciałek białych, a przy położeniu się zwiększenie. U chorych na serce zmiany te są nie typowe, a czasem odwrotne. Krótkie bieganie wywołuje także krótkotrwałe zwiększenie się ilości ciałek białych. Zmiany te w ilości ciałek białych odnieść należy do wahań ciśnienia krwi, które n. p. przy wstawaniu opada, przy położeniu się podnosi się i t. p. (*Hospit.* Nr 11). *A.*

Sztucznie wywołana pełnokrwistość nie wywołuje podług Hessa u zwierząt, nawet przy długiem trwaniu, przerostu serca. Pełnokrwistość tę wywołać można śródżylnemi wstrzykiwaniami, przyczem okazuje się, że fizyologiczny rozczyn soli kuchennej znika ze krwi bardzo szybko, dłużej pozostaje już rozczyn żelatyny, a najdłużej przelana krew pokrewna. (*Arch. f. klin. Med.* 95. V—VI). *A.*

Limfocytoza wysięku opłucnego, zwłaszcza przy braku gorączki, przemawia po wyłączeniu gruźlicy według Prof. Schlesingera bardzo za nowotworem płuc lub opłucnej. (*Tow. med. wewn. i dziec.* Wiedeń). *A.*

Niebezpieczeństwo rozwlekania płonicy przez wyleczonych podniósł Preisich na posiedzeniu budapeszteńskiego Towarzystwa lekarskiego; to między innemi jest przyczyną, że płonica w dużych miastach, zwłaszcza tam, gdzie są szpitale, nie wygasa prawie nigdy. Zakażenie to odbywa się głównie z błony śluzowej, gdzie drobnoustroje przebywają bardzo długo. O ile w domach prywatnych, gdzie występują tylko pojedyncze przypadki płonicy, ta możność roznoszenia zakażenia po wyleczeniu jest bardzo mała, o tyle w szpitalu jest ona bardzo wielka, albowiem wyleczeni przyjmują zarazki od nowo przybyłych i roznosić je mogą po mieście, zwłaszcza, jak to zauważył Deutsch, jeżeli zapadną na nieżyt nosa. Z tego też powodu P. jest tego zdania, że ozdrowieńców należy już w 3. tygodniu oddzielać w szpitalu od świeżo przybyłych chorych i następnie trzymać ich osobno przez 2 tygodnie. W szpitalach zakaźnych powinny być podług P. salki dla świeżo przyjętych chorych, skąd po upływie 3 tygodni w razie zdrowienia, wyleczeni przeniesieni być powinni na sale ogólne, a ozdrowieńcy z powikłaniami na osobne salki, a dopiero po zupełnem wyzdrowieniu na 2 tygodnie do sali ozdrowieńców. *X.*

Korzystny wpływ czerwonego światła przy odrze spostrzegał Simionescu i poleca też umieszczać chorych, o ile możności w czerwono malowanych pokojach, a okna zasłaniać czerwonemi firankami. (*Pr. med.* 1908, Nr 63). *A.*

Fosfor podług Schabada działa w krzywicy w ten sposób, że przyspiesza wchłanianie do ustroju soli wapniowych, a wstrzymuje ich wydzielanie się z moczem i kałem. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 67). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 27. X. 1909

Przewodniczy kol. Damski. Obecnych członków 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący wita jako gościa kol. Bylinę z Kijowa.

3) Kol. Eisenberg przedstawił **nowy sposób barwienia krętka bladego.** (Rzecz będzie drukowana w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: Kol. Gertler zaznacza, że po przeczytaniu krótkiej wzmianki o zastosowaniu tuszu do badań bakteryologicznych przez Burriego, zabrał się do tych badań. Do badań swych używał zwykłego tuszu wyrobu krajowego fabryki Karmańskiego. Jednak tusz ten nie był czysty, gdyż zawierał cienkie laseczniki. Chcąc je usunąć, wyjałowił G. tusz w kociołku w ciepłocie 120°C; sposób ten okazał się jednak niepraktycznym, gdyż istota kleista, wchodząca w skład tuszu, ulegała rozkładowi i powstawały kłaczki, widoczne przy badaniu drobnowidowem. Dlatego mowca odstąpił od tego sposobu wyjałowienia i zamiast tego dodaje na 30 kropli tuszu jedną kroplę 40% formaliny. Nadzwyczajna łatwość i szybkość sporządzania preparatu, polegająca na roztarciu bakteryi w kropli tuszu, zamiast w wodzie wyjałowionej i lekkiem osuszeniu nad płomieniem, nadaje tej metodzie szczególną wartość dla badań bakteryologicznych. Dla wyszukania krętków powinien być preparat cienki, ale dla bakteryi, których grubości z góry nie znamy, lepszy jest preparat roztarty w sposób zwyczajny igłą lub pętlą platynową, gdyż otrzymujemy tusz o różnej grubości i w pewnych okolicach preparatu wychodzą bakterye bardzo pięknie i jasno na tle ciemnem lub jasnem. Nadto preparaty, sporządzane tuszem, możemy oznaczyć literami, lub liczbami, rozprowadzając odpowiednio tusz, co ułatwia bardzo oryentowanie się podczas kontrolowania poszczególnych kolonii, wyrosłych na danej pożywce. Metoda ta nadaje się bardzo dobrze do szukania drobnoustrojów we krwi, znajdujących się poza ciałkami, nie nadaje się natomiast do szukania drobnoustrojów, zawartych w ciałkach białych, np. dwoinek wiewiórowych lub dwoinek zapalenia opon mózgowych. Metoda ta mogłaby oddać usługi przy wykrywaniu wałeczków podczas badania osadu moczu. W końcu przedstawia mowca szereg preparatów bakteryi w tuszu. (Streszczenie własne).

Kol. Eisenberg, przedstawiając praktycznie wykonanie metody tuszowej, zaznacza, że przestrzegałby przed tą metodą szczególnie przy badaniu tworów większych, jak np. ciałka krwi.

4) Kol. Eisenberg przedstawia preparat z plwociny chorego gruźliczego, która badana po raz trzeci od roku pokazuje stale ułożenie bakteryi w mniejszych lub większych kępach lub warkoczach (podobnie jak w osadzie moczowym lub hodowlach sztucznych), natomiast dość rzadko bakterye odosobnione. Chory przytem mimo tej wydatnej hodowli naturalnej w płucach do niedawna miał się względnie bardzo dobrze, przy wadze ciała około 80 kg., zgodnie z tem, co dawniej już E. miał sposobność zaznaczać. Dotychczasowe sposoby badania plwociny nie dają nam dokładnego wyobrażenia o naturalnym układzie bakteryi w plwocinie, rozcierając bowiem lepką plwocinę, układ ten po części niszczymy. Tylko czasem spotykamy różnice tak uderzające, jak z jednej strony wielką ilość bakteryi, jednostajnie rozsianą po całym preparacie, z drugiej obraz taki, jak dziś przedstawiony. Dla lepszego zachowania naturalnego układu bakteryi próbował E. ze skutkiem robić preparaty grube (choć niejednostajnie się odbarwiające), możliwie mało rozcierając plwocinę. Sposób najprostszy barwienia życiowego (witalnego) plwociny nieroztartej nie da się niestety zastosować z powodu niedostatecznego przenikania barwików w śluz i z powodu osobliwych własności barwnych bakteryi gruźliczych. (Streszczenie własne).

5) Doc. Latkowski wygłosił wykład: **O raku narządów wewnętrznych ze stanowiska klinicznego.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: Kol. Borzęcki przypomina, że kiła, zwłaszcza w trzecim okresie, może mieć związek etyologiczny z rakiem, a mianowicie przy t. zw. *leukoplakia linguae* wzgl. *buccalis.* Dalszym czynnikiem etyologicznym przy tej chorobie jest palenie tytoniu.

Prof. Bujwid. Obok nazwiska Dra Wehra, polskiego lekarza, który jeden z pierwszych, a może pierwszy, dowiódł przeszczepialności raka, należałoby postawić nazwisko Chałubińskiego, który postawił teoryę, że nadmierne odżywianie pokarmem mięsnym stanowi bardzo ważny czynnik, pobudzający rozwój nowotworu. Na przykładach swoich chorych przedstawiał Chałubiński niejednokrotnie skutki zmiany dyety mięsnej na roślinną, które wyrażały się w powstrzymaniu na długie lata już rozwiniętego raka nawet bez zabiegów operacyjnych. Teorya ta uzyskuje wielkie prawdopobieństwo w doświadczeniach nowszych czasów. Co do surowic, to mowca zaznacza, że nie spodziewa się skutków dobrych leczenia surowicą, jak i w innych chorobach przewlekłych. Anaphylaxis, czy, jak ją mowca nazywa, »nadczulica«, silnie przeszkadza w stosowaniu surowic w takich przypadkach. Dlatego też nie da się prawdopodobnie uzyskać surowicy przeciwrakowej, przeciwgruźliczej i t. p. (Streszczenie własne).

Kol. Eisenberg co do poglądów Chałubińskiego, podniesionych przez Prof. Bujwida, zaznacza, że niektóre nowsze prace doświadczalne nad rakiem również bardzo podkreślają znaczenie odżywiania dla rozwoju nowotworów. I tak Ehrlich znalazł, że rak myszy, przeszczepiony na blizko z nią spokrewnionego szczura, po krótkim poronnym wzroście zanika; dla wytłómaczenia tego zjawiska przypuszcza E., że do rozwoju i odżywienia nowotworu potrzebne jest pewne ciało, w dostatecznej ilości dostarczane i nowotworzone przez ustrój myszy, a znajdujące się tylko w małej ilości w ustroju szczura. Gdy początkowy wzrost nowotworu tę małą ilość wyczerpie, wzrost ustaje, a nowotwór zaczyna się rozpadać. Tę odporność szczura przeciw rakowi myszy nazywa tedy E. odpornością przez wygłodzenie (*athreptische Immunität*). W jeszcze bliższym związku z dodatnim wpływem odżywiania jarskiego na występowanie raka pozostają ogłoszone niedawno badania Moreschiego, które wykazały, że, o ile szczepione mięsakiem myszy żywić dostatnio, nowotwory rozrastają się szybko i szeroko, waga myszy wzrasta, ale dzięki bujaniu mięsaka, o ile zaś żywić je niedostatecznie, to wprawdzie waga ich spada, ale nowotwór rozwija się powoli i nieznacznie, a myszy takie żyją dłużej, niż odżywiane dostatnio. O ile zaś tak niedostatecznie żywić myszy przed zaszczepieniem nowotworu, to mięsak rozwija się bardzo słabo lub nie rozwija się wcale. Być może, że odżywianie jarskie jest właśnie takiem odżywianiem głodowem i że stąd u jego zwolenników, o ile spostrzeżenie Chałubińskiego jest słuszne, nowotwory złośliwe rzadziej się rozwijają. (Streszczenie własne).

Kol. Latkowski sądzi, że związek kiły z rakiem zachodzi może czasami. Co do związku dny i nadmiernego żywienia z rakiem, to prelegent go nie znajdował.

Kol. Dawid Hirsch zwraca uwagę na dawny sposób różniczkowania raka i gruźlicy płuc, mianowicie, iż przy raku krwawa plwocina ma być ciemniejsza. Mowca zwraca uwagę na związek raka z gruźlicą.

Kol. Latkowski zaznacza, że przy omawianiu raka płuc wspomniał o krwioplucіu, sądzi jednak, że objaw ten większego znaczenia rozpoznawczego niema. Związku między gruźlicą a rakiem mowca nie dostrzega. Sekretarz: *Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXXI. posiedzenie naukowe d. 12. listopada 1909.

I. Kol. Prof. Mars przedstawia:

a) Chorą, u której przed 2 laty wyskrobano macicę z powodu krwotoków macicy **przy raku szyjki.** U chorej tej wykonał M. **wycięcie macicy** wraz z naciekłem przymaciczem **sposobem Wertheima.** Obecnie w 1½ roku po zabiegu chora ma się dobrze; z nowotworu nie można nawet śladów wykazać. Prelegent zestawia 48 dokonanych w klinice swej operacyi Wertheima; wyniki były różne, w każdym razie jednak, na ogół biorąc, zabieg Wertheima należy uważać za najkorzystniejszy.

Dyskusya: Kol. Skałkowski nie jest zwolennikiem operacyi Wertheima, a zdanie swe opiera między innemi na dużej statystyce Otta. Kol. Prof. Rydygier uważa operacyę Wertheima za jedynie dziś korzystną. Jedna z jego chorych żyje już 4 lata i ma się zupełnie dobrze. Wynik zależy w znacznej części od dokładności wykonania operacyi.

b) Prof. Mars przedstawia preparat włókniaków macicy, a pod jednym z nich ognisko wielkości 20 halerzy, nerko-

wate, o utkaniu **mięśniako-gruczolaka** (*adenomyoma*); nowotwór to bardzo rzadki, prawdopodobnie pochodzący z ciałka Wolfa. W dyskusyi podnosi kol. Prof. Kučera rzadkość tego rodzaju nowotworów, a co do pochodzenia przedstawionego nowotworu, to sądzi, że pochodzi on z pierwocin przyjajnika (*paroophoron*).

II. Kol. Orzechowski przedstawia *a)* chorą z guzami mózgu. Chora od roku gorzej widzi, od 4 tygodni zaniewidziała zupełnie. Ze strony ucha parestezye słuchowe, jak n. p. hukanie. Badanie stwierdza zanik nerwu wzrokowego, zaburzenia słuchowe pochodzenia ośrodkowego. Pewne zaburzenia w odruchach. We krwi 8·6% ciałek eozynochłonnych. Obecnie zniedołężnienie umysłowe stale postępujące, przy chodzeniu uczucie padania, od tygodnia po raz pierwszy nudności, bole głowy i zawroty. Ze względu na prześwietlanie i postęp objawów należy rozpoznać **guz mózgu uciskający na wzgórki czworacze**, zamykający wodociąg Sylwiusza, z następowem wodogłowiem. Być może, że guzy są dwa: jeden powierzchowny ciałek czworaczych, a więc może w nasadzie, drugi w przysadce mózgowej. *b)* Chorą l. 16, która przed 3 miesiącami nagle dostała bolów głowy w okolicy czołowej prawej, nudności, hukania w lewem uchu; przed miesiącem pogorszenie wzroku. Badanie stwierdza zapalenie nerwów wzrokowych, obniżenie czucia bolu po stronie prawej, powiększenie siodełka kości klinowej (Roentgen). Objawy z czasem stale się potęgowały, dziś chora zupełnie nie widzi, podmiotowo jednak czuje się zresztą obecnie dobrze. Nie wyłączając surowiczego zapalenia opon mózgowych, trzeba jednak przyjąć obecność **guza mózgu**, o siedzibie na razie nieokreślonej. *c)* Chorą 30-letnią, która od czasu ostatniego porodu (ma 6 dzieci) zaczęła szybko znacznie tyć i okazywać nieprawidłowości umysłowe. Obecnie sprawia chora wrażenie niedołęstwa umysłowego euforycznego. Na oko prawe od pewnego czasu widzi gorzej, na lewem niedowidzenie połowicze. Prócz szeregu innych objawów we krwi 8% ciałek eozynochłonnych. Prelegent sądzi, że w danym przypadku rozwija się **guz przysadki mózgowej.**

Dyskusya: Kol. W. Ziembicki, który przeprowadzał systematyczne badania krwi w przypadkach nowotworów mózgu z oddz. kol. Orzechowskiego, a także i w przedstawionych przypadkach, podnosi eozynofilię tam, gdzie jest podejrzenie co do guzów przysadki; jest to może w związku ze zmniejszeniem się liczby komórek eozynochłonnych w samej przysadce, jakie znajdował Fischer przy podawaniu wyciągów z jąder w przypadkach olbrzymiości (*gigantismus*). Kol. Doc. Zalewski omawia bardzo dokładnie badanie narządu słuchowego, przeprowadzone w drugim przypadku i dochodzi do wniosku, że zajęte są tylko drogi *n. cochlearis*, a siedlisko porażenia jest poza rdzeniem przedłużonym. Kol. Prof. Rydygier dziękuje prelegentowi za piękne przypadki operacyjne z zakresu guzów mózgu.

III. Kol. M. Selzer: **O odczynie Cammidgea.** S. omawia sposoby rozpoznania zmian czynnościowych trzustki, wartość i sposób wykonania odczynu Cammidgea. W jego badaniach 19 razy odczyn był dodatni; w dwóch przypadkach znaleziono zmiany w trzustce. S. sądzi, że odczyn ten nie jest wcale charakterystyczny dla schorzeń trzustki.

W dyskusyi podnosi kol. Moraczewski, że dodatnie wyniki, znalezione u ludzi zdrowych, mogą być skutkiem chwilowego nieprawidłowego wydzielania. Kol. Hornowski badał sekcyjnie dwa przypadki, w których był dodatni odczyn Cammidgea i w obu znalazł zmiany w trzustce; zaznacza, że klinicysta nie może rozstrzygnąć, czy trzustka była zmieniona, co wyjaśnić może dopiero badanie drobnowidowe. *Nowicki.*

Z wycieczki lekarskiej na południe.

I.

Ateny, dnia 10. XI. 1909.

Druga naukowa wycieczka lekarska, urządzona staraniem lekarzy zdrojowych w Karlsbadzie, Maryenbadzie i Franzensbadzie, udała się dotąd znakomicie. Na pokładzie wytwornie urządzonego parowca »Talia« wypłynęło z portu tryesteńskiego grono, złożone z 114 osób, w tem 40 pań; lekarzy jest 56, Polaków 31 z Galicyi i Królestwa Polskiego. Po zwiedzeniu wykopalisk w Delfach, starożytnej siedzibie Apollina pytyjskiego i Akrokoryntu, tudzież starego Koryntu, — przepłynęliśmy w dniu 8. listopada przez kanał, wykopany w r. 1893, łączący zatokę koryncką z zatoką egejską i wieczorem dnia 8. listopada stanęliśmy w porcie Pireus. Nazajutrz zwiedzaliśmy słynne Akropolis z ruinami świątyni wzniesionych przez Periklesa, oraz ruiny świątyni boga i opiekuna sztuki lekarskiej Asklepiosa, a nazajutrz oprowadzani przez profesorów Wydziału lekarskiego w Atenach, zwiedziliśmy nowo wybudowane zakłady, które powstanie swe i nowożytne urządzenia zawdzięczają ofiarności bogatych obywateli greckich. Szczególną uwagę naszą zajął jeszcze do użytku publicznego nie oddany, ale całkiem już gotowy szpital o 300 łóżkach, — przeznaczony dla chorób skórnych i wenerycznych.

Prof. dermatologii Protopoulos, który będzie zarazem dyrektorem tego zakładu, oprowadził grono lekarzy po tym szpitalu, który co do urządzeń i zasad higieny odpowiada wszelkim wymogom. Sale po 25 łóżek w liczbie 8, — przeznaczone dla kobiet, mają swe łazienki, umywalnie, wodociągi, a wszystko zaopatrzone w marmurowe stoły, półki, bo góry okoliczne dostarczają taniego, śnieżno-białego marmuru. Ogrody i terasy otaczają ten zakład, a z każdej strony odsłaniają się prześliczne widoki na Akropolis i inne wzgórza, dominujące ponad pięknemi, czystemi Atenami. Na piętrze szpitala znajdują się separatki dla mężczyzn po 2 lub 3 łóżka, odpowiednio urządzone; sal wielkich dla mężczyzn niema.

Również zwiedzaliśmy rodzaj polikliniki »Evangelismas«, zbudowanej przed 25 laty przez dom królewski grecki i zostający pod szczególną opieką królowej. Wszelkie nowożytne urządzenia, zakład rentgenowski, odpowiednie sale operacyjne, przekonały nas, że i grecka medycyna nie pozostaje w tyle poza postępami wiedzy lekarskiej.

Popołudniu tegoż dnia urządzili lekarze greccy zebranie dla nas w prześlicznym hotelu Akteon w Falleronie tuż pod Atenami nad rozkosznie położoną przystanią morską z urządzeniami kąpielowemi, a to w zamian za bankiet, wydany dla nich dnia poprzedniego na pokładzie naszego parowca.

Dr Ferdynand Obtułowicz.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Związku krajowego lekarzy zwrócił się z prośbą do sześciu posłów galicyjskich, należących do komisyi parlamentarnej dla ubezpieczenia społecznego, o poparcie interesów ekonomicznych lekarzy. W szczególności prosił wydział posłów o niedopuszczenie do tego, by granicę rocznych dochodów dla obowiązku ubezpieczenia podnieść z 2400 K., jak to normuje przedłożenie rządowe, do 3600 K., albo nawet znieść wszelką granicę, jak tego się domagają niektóre czynniki, zgoła lekarzom nieprzyjazne. *W.*

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: Drowie Bujniewicz, Jabłoński i Teller, wszyscy z Rzeszowa. *W.*

Związek państwowy organizacyi lek. austr. ogłasza energiczne wezwanie do wszystkich lekarzy, aby wobec zamachu na same podstawy ich bytu, przygotowywanego przez przeciwników rządowego projektu o ubezpieczeniu społecznem, przygotowali się do ciężkiej walki, nie ograniczającej się do platonicznych rezolucyi i uchwał, ale wymagającej czynnego wystąpienia i niejednej ofiary. *K.*

Wśród lekarzy w całej Austryi wywołała wielkie zaniepokojenie wieść, że granica dochodu dla ubezpieczenia w kasach chorych ma być podniesiona z 2400 na 3600 K., a nawet zupełnie zniesiona. Państwowy Związek organizacyi lek. austr. otrzymuje od wielu organizacyi wezwania, by zwołał ogólny wiec lekarski celem obrony przeciw tym usiłowaniom, zagrażającym ruiną wszystkim lekarzom-praktykom, oraz by przygotował jaknajostrzejsze środki walki; niektórzy lekarze proponują nawet ogólne równoczesne wypowiedzenie posad przez wszystkich lekarzy pomocniczych w szpitalach publicznych w Austryi, i ogólne bezrobocie lekarzy... Dowodzi to tylko, jak wielkie wzburzenie ogarnia szerokie koła lekarzy; zarówno na wiecu Izb lekarskich, jak i na zgromadzeniu delegatów Państwowego Związku org. lek. wywoła ta sprawa z pewnością bardzo ożywione rozprawy. W sprawie tej idzie urzędowe przed-

stawicielstwo lekarzy, t. j. Izby, ręka w rękę z dobrowolną ich organizacyą, obejmującą już dziś karny zastęp przeszło 7000 zorganizowanych. Byłoby rzeczą bardzo pożądaną, by znaleziono sposób pogodzenia sprzecznych dążeń różnych w ubezpieczeniu społecznem zainteresowanych czynników, na drodze pokojowej. *Z.*

Najwyższa Rada Zdrowia w nowym składzie zebrała się na pierwsze posiedzenie 13. XI. b. r. Prezesem wybrano Prof. Ludwiga, wiceprezesami Prof. Weichselbauma i Prof. Chrobaka; w subkomitetach wybrani zostali prezesami (resp. wiceprezesami): dla spraw zawodu lekarskiego Prof. Weichselbaum (Prof. Prausnitz); dla zaopatrzenia ludności w wodę Prof. Horbaczewski; dla spraw zdrojowisk Prof. Exner. Prócz tych powstają subkomitety: dla higieny mieszkań, przemysłu, dla sprawy żywienia się ludności, opieki nad obłąkanymi, dla spraw farmaceutycznych, chorób zakaźnych, higieny szkolnej, szpitalnictwa, ratownictwa, higieny więzień, postępowania ze zwłokami i statystyki sanitarnej.

Liczba lekarzy w Niemczech w stosunku do ludności podniosła się od r. 1885 trzy razy silniej, bo w tym roku na 46,704.500 mieszkańców było 15.764 lekarzy, a w roku 1907 na 61,730.539 mieszkańców 31.864 lekarzy. *X.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. XI. do 13. XI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 4 † 2), krztuśca 3, płonicy 28 † 7 (5 † —), odry 207 † 5 (— † —), duru brzusznego 14 (10), czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. XI. do 20. XI. zgłoszono przypadków: błonicy 14 † 2 (w tem obcych 11 † 2), płonicy 4 † — (2 † —), odry 1, duru brzusznego 5 † 4 (5 † 4). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 30. X. do 6. XI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 42 † 6, odry 11, płonicy 16, błonicy 7, róży 11 † 1, duru brzusznego 20 † 2, duru osutkowego 3. (*Gaz. lek.* Nr 47).

Lekarze w austryackiej Izbie Panów.

Po długim zastoju w zakresie ustawodawstwa sanitarnego w Austryi powiał w ostatnich dwu latach pewien ożywczy prąd, objawiający się wypracowaniem przez rząd kilku projektów ważnych ustaw, jak również zgłoszeniem kilku wniosków w sprawach sanitarnych w parlamencie. W pierwszym rzędzie wymienić tu należy projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, dalej szereg wniosków Prof. Ludwiga, dotyczących reformy administracyi sanitarnej, skupienia agend sanitarnych, dotąd rozprószonych po różnych ministerstwach, poprawy bytu lekarzy rządowych i t. d., a w szerszym — higieniczno-społecznym zakresie, projekt ustawy o ubezpieczeniu powszechnem.

Z wyjątkiem ostatniego, przedłożenia te i wnioski dostały się wbrew zwykłemu porządkowi naprzód pod obrady Izby Panów. Ma to swoje zalety, ale ma i złe strony. Przy trwającem od szeregu już lat zahamowaniu pracy Izby Posłów, zyskuje inicyatywa Izby Panów na znaczeniu, a niektóre uchwały Izby Panów, nie wymagające zmian ustawowych, mogą znacznie rychlej wejść w życie, niż wnioski, przedstawione Izbie Posłów. A w sprawach sanitarnych ma to tem większą doniosłość, im pilniejsze są tu reformy po wieloletnim zastoju. Tak się stało n. p. z reorganizacyą Najwyższej Rady Zdrowia, na którą bardzo długo zapewne przyszłoby jeszcze czekać, gdyby wniosek w tym kierunku zgłoszony został w Izbie Posłów. Projekta zaś ustawodawcze mają bądź co bądź lepsze widoki uchwalenia przez jedną z Izb, skoro już przeszły przez alembik drugiej, wreszcie — uchwalenie ich przynajmniej przez jedną Izbę, pozwalałoby je może w razie nagłej a koniecznej potrzeby łatwiej oktrojować.

Złą stroną zaś odwrócenia zwykłego postępowania ustawodawczego jest co do spraw sanitarnych przedewszystkiem to, że w Izbie Panów zasiada stosunkowo za mało fachowych znawców przedmiotu. Na 246 członków Izby Panów znajduje się tylko 4 lekarzy. Wprawdzie są to wszystko ludzie wybitni, odznaczający się głęboką wiedzą i rozległem doświadczeniem, niemniej jednak należy się liczyć z tem, że w ciałach parlamentarnych, zarówno w komisyach, jak w pełnej Izbie, rozstrzyga przedewszystkiem ilość głosów. W komisyach muszą i powinny mieć przedstawicieli ile możności wszystkie kraje i narody wielojęzycznej Austryi, ponieważ we wszystkich sprawach — a w sanitarnych więcej może jeszcze, niż w innych — grają rolę odrębności krajowe i narodowe, które musi się w ustawach ogólno-państwowych pogodzić i wyrównać. Nieuniknionem następstwem takiego składu komisyi jest możliwość przewagi liczebnej profanów nad znawcami przedmiotu w niektórych komisyach, wiadomo zaś, że uchwały komisyi bywają zwykle wytyczne dla uchwał pełnej Izby, w której już małym tylko ulegają zmianom. Takie stosunki mogą w komisyi sanitarnej większem zagrażać niebezpieczeństwem, niż w którejkolwiek innej; z natury rzeczy bowiem te właśnie sprawy wymagają szczególnego znawstwa, a jednak mimoto każdy prawie laik czuje się kompetentnym do wydawania o nich sądu, zupełnie nieraz sprzecznego z tem, co nakazuje nauka. Doświadczenie innych krajów pokazało, że w sprawach sanitarnych niebezpieczeństwo przegłosowania znawców przez laików istnieje i że nie można go lekceważyć; wszak w Anglii pod wpływem agitacyi przeciwników szczepienia uchwalono ustawę, pozostawiającą swobodę co do szczepienia krowianki, a skutki, w postaci pojawiania się ospy, nie dały na siebie czekać. A nie szukając przykładów daleko, wszak i w austryackiej Izbie Panów przeszedł w komisyi prawie bez zmiany projekt rządowy ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, pomimo, że wymaga on wielu poprawek, publicznie i przed uchwałą i obecnie wskazywanych. Wskazywanie usterek projektu przez tych, którzy chyba najlepiej mogą to ocenić, przez samychże lekarzy rządowych na niedawno odbytem zgromadzeniu Związku lekarzy rządowych w Wiedniu, dostatecznie chyba dowodzi, że są to usterki ważne i koniecznie wymagające usunięcia, jeżeli ustawa nie ma potem pozostać martwą literą.

Obecnie, jak słychać, przygotowuje się nowy projekt ważnej ustawy, szczególnie obchodzącej stan lekarski, mianowicie projekt ordynacyi lekarskiej (Ärzteordnung). Mówią także o przygotowywanej reformie zasadniczej ustawy sanitarnej z r. 1870. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że i te projekta wniesione będą naprzód do Izby Panów; koła lekarskie w Austryi mogą nie bez podstawy obawiać się o los projektów, dopóki w Izbie Panów nie mają dostatecznej liczby swych przedstawicieli, obrońców zarówno stanowiska zawodowego, jak i interesów sanitarnych ogółu ludności.

Sprawa ta jest tem więcej na dobie, że prawie pewną rzeczą jest powołanie w czasie niedługim licznego szeregu nowych członków do Izby Panów.

W interesie dobra całego społeczeństwa, a nietylko stanu lekarskiego, — w interesie państwa leży, aby przy tej sposobności wydatnie zwiększyła się liczba lekarzy w Izbie Panów, przyczem oczywiście pragnąćby należało, aby w Izbie tej zasiedli nietylko znawcy różnych gałęzi nauk lekarskich, higieny publicznej i społecznej, ale także lekarze z różnych krajów koronnych, znający dokładnie stosunki sanitarne i potrzeby ludności tych krajów. Wtedy też byłoby możebne utworzenie takiej komisyi sanitarnej w Izbie Panów, w którejby nietylko wszystkie kraje koronne miały swych zastępców, ale któraby przytem składała się w znacznej większości ze znawców przedmiotu.

Obecnie w komisyi sanitarnej Izby Panów ma kraj tak wielki i ludny, a tak różniący się pod względem sanitarnym od reszty Austryi, jak Galicya, jednego tylko przedstawiciela, nielekarza. Złe, stąd wynikające, okazało się wyraźnie przy obradach nad projektem ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Wskutek choroby nie mógł przedstawiciel Galicyi w obradach tych uczestniczyć, a w jego nieobecności nie miały interesa naszego kraju ani jednego obrońcy, to też zupełnie zostały pominięte pomimo memoryału, wniesionego w tej sprawie poprzednio do rządu przez Wydział krajowy. Ale gdyby nawet przedstawiciel Galicyi mógł był uczestniczyć w tych obradach, to przecież i z tem liczyć się należy, że w komisyi reprezentuje on tylko czynnik polityczny, a nie fachowy, którego tu właśnie byłoby potrzeba, a którym Galicya w Izbie Panów wogóle nie rozporządza. W gronie lekarskiem w Izbie Panów mają bowiem z krajów koronnych przedstawicieli tylko Austrya niższa (Wiedeń) i Czechy, — inne kraje nie mają ani jednego.

Brak w Izbie Panów choćby jednego fachowego znawcy stosunków sanitarnych (t. j. lekarza) z Galicyi, jest w obecnych warunkach szczególnie uderzający i niekorzystny. Byłoby do życzenia, aby przy powołaniu nowych członków Izby ten przynajmniej brak został usunięty. *C.*

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków (Deutsche mediz. Wochenschrift), Dr Stanisław Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.). Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47a) (Centralblatt f. Chirurgie, z prac, wydanych w Królestwie Polskiem); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Wiedeń XVII/2, Zwerngasse 18 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Łódź, Spacerowa 27 (Monatschrift für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie), z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa. Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf (Kraków, Floryańska 25), (Dermatologische Zeitschrift); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki. Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftalmologii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lek. krakowskie odbyło d. 24. XI. b. r. posiedzenie, na którem toczyła się w dalszym ciągu dyskusya na temat »Grunta pofortyfikacyjne i Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego«. W rozprawach zabierali głos: r. dw. inż. Ingarden, Dr Janiszewski, Prof. Bujwid, Dr Bier, Dr Gertler i Prof. Ciechanowski, na czem dyskusya ogólna została wyczerpana.

— D. 18. XI. 1909 odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-galic., na którem 1) w sprawie kasy zapomogowej kupców i młodzieży handlowej uchwalono odpowiedzieć, by rozpisała konkurs na posadę lekarza kasy, poczem dopiero Izba może interweniować; równocześnie uchwalono porozumieć się ze Związkiem kraj. lekarzy. 2) W sprawie Dra M. z D. uchwalono odpowiedzieć Sądowi powiatowemu, że honoraryum Dra M. w kwocie 40 koron za operacyę i 3 wizyty przy poronieniu jest za nizkie. 3) Rozpisano rozprawę honorową przeciw Drom H. i R. na 7. XII. b. r. 4) Załatwiono szereg spraw drobnych.

— D. 20. XI. 1909 odbyło się posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zach.-galic., na którem zajmowano się następującemi sprawami: 1) Przewodniczący zdał sprawę z czynności Wydziału i Rady honorowej, przyczem w sprawie ewentualnej reprezentacyi w Sejmie oświadczono się za wyborem z Izb, a przeciw głosom wirylnym. 2) Delegat i zastępca delegata zdali sprawę z posiedzeń kraj. Rady zdrowia. 3) Zajmowano się sprawami XIV. Wiecu Izb lekarskich: *a*) W sprawie ubezpieczenia społecznego uchwalono stanąć na stanowisku Izb styryjskiej i czeskiej, ze względu na to, że w stanowisku tem nie wchodzą w grę motywa polityczne. *b*) W sprawie zabronienia sekundaryuszom szpitalnym przyjmowania posad w kasach chorych uchwalono oświadczyć się przeciwko temu wnioskowi. *c*) Sprawę lekarzy więziennych uchwalono poruszyć przy dotyczącym wniosku, a mianowicie ich stosunek służbowy i sposób wynagradzania. *d*) Omawiano wniosek, dążący do zmienienia krzywdzącej lekarzy ustawy o udzielaniu pomocy lekarskiej wojskowym. 4) Sprawę nowego regulaminu Izby odłożono do następnego posiedzenia. 5) Poruszono konieczność organizacyi zawodowej w naszym kraju.

— *Otrzymujemy następującą odezwę:*

»Sekcya sanocka Towarzystwa lekarzy galicyjskich postanowiła dla uczczenia zasług około rozwoju nauki polskiej, przez ś. p. Prof. Dra Korczyńskiego położonych, wmurować tablicę pamiątkową w kościele parafialnym w Dobromilu. Ponieważ ustawienie tablicy takiej jest z bardzo znacznymi kosztami połączone, nieliczna zaś ilość lekarzy sekcyi sanockiej tychże pokryć nie jest w stanie, udajemy się do ogółu lekarzy galicyjskich z prośbą o pomoc w naszem przedsięwzięciu i spodziewamy się, że przyjacielowi, współpracownikowi, lub swemu nauczycielowi nikt z lekarzy tej drobnej usługi nie odmówi. Łaskawe datki prosimy przesyłać na ręce p. burmistrza miasta Dobromila Dra Cwiklicera.

Dr Herzig, sekretarz. *Dr Jabłoński*, przewodniczący«.

— Kalendarz lekarski krakowski zostanie, jak nas zawiadamia jego Redakcya, mimo przewlekającego się strejku introligatorskiego, w najbliższych dniach rozesłany zamawiającym.

— W zeszłym tygodniu uzyskała sankcyę cesarską ustawa o przyłączeniu gmin podmiejskich do Krakowa. Fakt ten, niezmiernej doniosłości dla rozwoju ekonomicznego miasta, ma również olbrzymie znaczenie pod względem sanitarnym. Zacieśniony dotąd rejonem fortecznym, doszedł Kraków do takiego przeludnienia, jak mało które miasto w Europie, bo 15.000 mieszkańców na 1 klm², a nie mając wpływu na gminy podmiejskie, ponosił wielkie szkody sanitarne z powodu złego ich pod tym względem stanu. Dzięki nowej ustawie, powiększa się przestrzeń, na której będzie się Kraków mógł rozbudowywać, przeszło w dwójnasób i powstają warunki do gruntownej asanacyi przyłączonych obecnie gmin. Sprawę tę oświetlają dokładniej rozprawy, które się właśnie odbyły w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem.

— Towarzystwo Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego U. J. liczyło w r. 1908/9 428 członków, a miało 4618·10 kor. dochodu i 2131·04 kor. rozchodu. Zasoby wypożyczalni podręczników zwiększono o 133 dzieł. Dział pośrednictwa w zakupnie podręczników i narzędzi lekarskich doszedł w dochodach i wydatkach do kwoty 13058·54 kor. (w roku poprzednim 9847·92 kor.) i przyniósł Towarzystwu 791·01 kor. zysku. Z Towarzystwa wyłoniła się nowa instytucya: »Bratnia Pomoc Medyków«. Prezesem Towarzystwa był p. W. Zbyszewski, kuratorem jest Prof. Dr Browicz.

— Towarzystwo Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego U. J. wybrało 12. XI. 1909 następujący zarząd: prezes W. Türschmid, wiceprezes J. Glatzel, skarbnik M. Czarnecki, komisya skontrująca: Z. Czarnek (przewodniczący), W. Dąbrowski, S. Radwan, K. Bujwidówna.

— Na Śląsku Cieszyńskim ludność niektórych okolic odczuwa brak lekarzy-Polaków, z którymiby się w rodzinnym języku dobrze porozumieć mogła. Szczególnie dotkliwy jest ten brak w samym Cieszynie, gdzie na 8000 ludności polskiej niema ani jednego lekarza Polaka, zajmującego się ogólną praktyką lekarską. Licząc się z miejscowymi stosunkami, należy mieć na względzie, że na klientelę wśród ludności polskiej mógłby liczyć tylko lekarz chrześcijanin.

— Sekcya zakopiańska Towarzystwa lek. gal. uchwaliła na posiedzeniu w d. 22. X. b. r. rozszerzyć obowiązek donoszenia lekarzowi stacyi klimatycznej o każdym przypadku gruźlicy; mianowicie będą lekarze wypełniać przytem kwestyonaryusz, według zasad, ułożonych przez Dr Sterlinga z Łodzi, a lekarz stacyi klim. robić będzie na tej podstawie roczne zestawienia. Przymusowe odkażanie po mieszkańcach pensyonatów ma obowiązywać już w bieżącym sezonie zimowym.

Lwów. Lwowskie koło Towarzystwa walki z gruźlicą wniosło do Rady miasta prośbę o udzielenie 6 morgów gruntu pod Borkami dominikańskimi na postawienie tam 5 stałych baraków dla stacyi leśnej, oraz o subwencyę stałą 6000 koron rocznie.

— Fizykat urządził jednotygodniowy, szósty z rzędu, kurs dezynfektorów.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie w Częstochowie i miejscowy oddział Tow. higienicznego obradowały 13. XI. b. r. nad sprawą kąpieli ludowych dla pątników jasnogórskich. Utworzenie tej instytucyi kosztować ma około 100.000 rb. Uchwalono przyjąć ofiarowany w darze przez p. Basińską plac tuż koło Jasnej Góry, a dla zgromadzenia funduszów i opracowania planów wybrano komitet, do którego z lekarzy weszli: Dr Biegański, E. Kohn, Marczewski, Nowak, Rosenfeld, J. Tchórznicki.

Łódź. Sekcya pedyatryczna Towarzystwa lekarskiego łódzkiego ułożyła na r. 1909/10 następujący porządek dzienny swych posiedzeń zwyczajnych: 10. XI. 1909: J. Brudziński. O różnych postaciach zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. 1. XII. 1909: Z. Prechner. Encephalitis acuta u dzieci 29. XII. 1909: W. Jasiński. O drgawkach u dzieci. 12. I. 1910: A. Tomaszewski. O powstawaniu skrzywień bocznych kręgosłupa u dzieci. 9. II. 1910: T. Mogilnicki i H. Rozenblatówna. Choroby przemiany materyi u dzieci. 9. III. 1910: A. Goldman. O wgłobieniu jelit u niemowląt. A. Goldman i A. Tomaszewski. O łamliwości kości u dzieci. 6. IV. 1910: S. Rotwand. O zwężeniu i kurczu odźwiernika. 4. V. 1910: Schoenaich. O białkomoczu u dzieci. 1. VI. 1910: H. Rozenblatówna. O najnowszych badaniach w zakresie bakteryologii odry, płonicy, ospy i krztuśca.

Z różnych stron. Wiadomość, podana przez dzienniki polityczne, jakoby Prof. Leyden wskutek znanej sprawy z werbowaniem rosyjskich pacyentów, pozbawiony został katedry w Berlinie, jest zupełnie nieprawdziwa, albowiem Prof. Leyden już przed 2 laty ustąpił sam z katedry i obecnie prowadzi tylko zakład badania raka. *X.*

— Podczas ostatniego Zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy przed paru tygodniami w Salzburgu powstało z inicyatywy Prof. Forela międzynarodowe Towarzystwo dla badań z dziedziny lekarskiej psychologii i psychoterapii. Założycielami tego stowarzyszenia są między innymi następujący lekarze: Prof. Bernheim z Nancy, Prof. E. Bleuler z Zurichu, Dr Bezzola ze Szwajcaryi, Dr Brodmann z Berlina, Prof. Crocq z Brukselli, Prof. Déjerine z Paryża, Dr Elzholz z Wiednia, Prof. Forel z Ivorne, Prof. Pierre Janet z Paryża, Prof. Mahaim z Lozanny, Prof. J. Piltz z Krakowa, Prof. Raymond z Paryża, Prof. Redlich z Wiednia, Dr Vogt z Berlina. Do komitetu powołano na prezesa Prof. Raymonda, na wiceprezesów Dra O. Vogta i Prof. Forela, na zarządzających sprawami stowarzyszenia Dra L. Franka z Zurychu i Prof. Semona z Monachium, na sekretarzy Dra Seifa i Dra H. v. Hattingberga z Monachium. Informacyi zasięgnąć można najlepiej u Prof. Forela, Ivorne, Canton de Vand, Suisse, Dra Seifa, München, Franzjosefstrasse 21, Dra Franka, Zürich, Freigutstrasse 6.

— Słynny partacz, pastor Felke, rozpoznający choroby »z oczu«, został ponownie uwolniony. Sąd przyjął bowiem, że Felke nie działał w złej myśli. *X.*

— Berliński senat cywilny w wypadku sporu o odszkodowanie z powodu śmierci w uśpieniu odrzucił pretensyę rodziny, przyjmując, że śmierć przy operacyi (a uśpienie jest częścią operacyi) nie jest wypadkiem (Unfall) w znaczeniu prawnem. *X.*

— Szwedzki zarząd sanitarny przeznaczył 10.000 koron na wynagrodzenia lekarzy cywilnych za plombowanie zębów żołnierzom po mniejszych garnizonach, tam gdzie nie ma wojskowych dentystów. Każdy żołnierz otrzyma do tornistra szczoteczkę do zębów i słuchać będzie wykładów higieny jamy ustnej. *X.*

— Na urządzenie Wydziału lekarskiego w Belgradzie zbierają w Serbii zapisy i składki; Ilja Kotarac ofiarował na ten cel 2,000.000 fr.

Mianowani: Dr J. Krok koncepistą sanitarnym w służbie rządowej w Galicyi;

Dr E. Herz w Rzeszowie, członkiem »Academia phisicochemia« w Palermo.

Zmarli: Dr Edmund Winawer w 44 r. ż. w Ostropolu na Wołyniu; Dr Tadeusz Żłobikowski, ordynator zakładu dla obłąkanych, w 69 r. ż. w Tworkach.

Redakcya otrzymała: W. Jaworski i E. Mięsowicz: O deprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach. Kraków 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1909:

Gazeta lekarska Nr 44. Starkiewicz: Przypadek tętniaka aorty, powikłanego zamknięciem światła tętnicy bezimiennej i zarośnięciem żyły głównej górnej. Koelichen (dok.). Puławski A. (c. d.). — Nr 45. Gabszewicz: Rzadkie powikłania przewlekłego cierpienia ucha średniego: 1) Żylak zatoki poprzecznej. 2) Ropień nadoponowy. Puławski, Babiński, Starkiewicz (c. d.). — Nr 46. Gluziński: Uwagi nad obrazem klinicznego stanu przejściowego u kobiet w związku z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznem gruczołów bez przewodu. Babiński (c. d.). Puławski (c. d.). Starkiewicz (dok). — Nr 47. Nusbaum: Ś. p. Edward Korniłowicz. Studziński: O fizyologicznem działaniu krwi i o własnościach chemicznych ciał czynnych w niej zawartych. Puławski (c. d.). Babiński (dok.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 44. Rzętkowski (dok.). Chodźko: Nowy objaw zaburzeń organicznych układu nerwowego, »objaw mostkowy«. — Nr 45. Heiman: O otosklerozie. Brenneisen: Rodzaje zębów sztucznych oraz wskazania do ich wyboru. — Nr 46. Brenneisen (dok.). Heiman (c. d.). — Nr 47 Rosental: Uczucie zmiany osobowości w symptomatologii melancholii. Heiman (c. d.).

Tygodnik lek. Nr 43. Raczyński: Pedyatrya jako osobna gałąź nauk lekarskich. Hornowski: O zmianach pośmiertnych w nadnerczach i w ich układzie chromochłonnym. — Nr 44. Herman: O leczeniu zatorów tętnicy płucnej sposobem Trendelenburga. — Nr 45. Tobiaszek: Dwa wyleczone przypadki pęknięcia macicy. Herman (dok.). — Nr 46. i 47. Pański: Nerwice urazowe. Turzański: Wiąd rdzenia.

Nowiny lekarskie Nr 11. Serkowski: Z nowych prądów w bakteryologii współczesnej. Ehrenpreis (c. d.). Zanietowski (dok.). Szczygłowski (c. d.). J. Baschkopf (c. d.).

Przegląd chir. i ginek. Z. III. Judt: Rentgenografia guzów złośliwych kości. Szerszyński: O zapaleniu sieci.

Postęp okulist. Nr 10. Rumszewicz: Przypadek guza gruźliczego naczyniówki.

Kronika dentyst. Nr 11. Popielski: Czynność gruczołów ślinowych pod wpływem ciał, wprowadzanych do jamy ustnej.

Zdrowie Nr 11. Żenczykowski: O ubezpieczeniu ludności pracującej na wypadek choroby. Luxenburg: Lekarz i ubezpieczenia robotnicze od nieszczęśliwych wypadków.

Głos lekarzy Nr 21. Najwyższa Rada Zdrowia. Mikołajski: Konferencya w sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych. Gilnreiner (c. d.). Z krajowego Związku lekarzy. — Nr 22. Mikołajski: Walka Z gruźlicą. Gilnreiner (dok.). Klęsk: W sprawie sekcyi sądowych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 1. grudnia 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Z seryi wykładów o raku: Prof. Browicz: Etyologia raka.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Salit szybko kojący ból i leczący środek do wcierania przy cierpieniach gośćcowych. Skóra znosi salit nierozcieńczony.

Collargol Równowartościowy, zupełnie nie niebezpieczny środek zastępujący lapis przy wszystkich zakaźnych zapaleniach oka, pęcherza i cewki, gardła i krtani, nosa i jam przylegających.

Hetralin środek odkażający mocz i pęcherz o niedosięgniętem działaniu zakwaszającem na mocz.

Acoinowa oliwa, (sol. oleos. acoin. bas.), sprawia trwały brak bolesności przy bolesnych cierpieniach oczu, usuwa światłowstręt i kurczowe zamykanie powiek. Bez zaburzania akkomodacyi.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 d

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 H. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Santyl (Knoll)

środek balsamiczny niedrażniący i bez smaku do wewnętrznego leczenia wiewióra. 13 b

Zapisuje się: 3 razy dziennie 25 kropel lub 3 do 4 razy dziennie 2 kapsułki.

Rp. 1 flaszka oryg. Santyl (Knoll) po 15 g. lub 1 pudełko oryg. kapsułek Santylowych (Knoll) po 0.4 g. No XXX.

KNOLL et Co., Ludwigshafen a. Rh.

Piśmiennictwo i próbki bezpłatnie.

Meran Willa Stefania

Sanatoryum i pensyonat dyetetyczny. 299

Wodoleczenie, kąpiele wszelkiego rodzaju, elektro- i mechanoterapia, masaż, dyeta; kuracye tuczące, winogradowe, mleczne i jarskie; sport, gimnastyka, werandowanie, kąpiele słoneczne, terapia wzniesieniowa.

— Ceny umiarkowane, prospekty darmo. —

Sezon 1 września do końca maja.

Dr Binder
leczy także poza zakładem.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD

Aspirin

najlepszy środek znieczulający i przeciwgośćcowy

Rp. Kołaczyki aspirinowe à 0,5 gr. Nro XX.

(Opak. oryg. Bayer).

Salophen

Najłagodniejszy przetwór salicylowy szczeg. dla praktyki dziecięcej

bez zapachu i smaku, bez jakichkolwiek działań ubocznych.

Środek swoisty przeciw influency, nerwowym bólom głowy (migrenie).

Kołaczyki salophenowe à 0,5 gr. No X.

(Opak. oryg. Bayer). 7

Zastępca na Austro-Węgry:

FRIED. BAYER et Co. Wien, I. Biberstrasse 15.

Fersan (Jolles).

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).

ŻELAZO! FOSFOR! zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.	Kołaczyki fersanowe.
Kołaczyki czekoladowo-jodowo-fersanowe dla dzieci	Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych
(w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).	(w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk).
D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.	D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazania.

Nowość! 41

Pastylki-bromowe-fersanowe

Panom Lekarzom piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Fersan-Werk, Wien IX.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gw.j.c.olowo-hemoglobinowy p.lecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. O użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

Stomachin (Cognac chinae).

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum". Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico. a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i **próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.**

Rok XLVIII. Kraków, dnia 4. grudnia 1909. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O śluzowiaku kości sitowej.

Napisał

Prof. Dr Aleksander Baurowicz.

Śluzowiakiem (mucocele) kości sitowej nazywamy rozdęty pęcherz kostny pochodzenia płodowego, w przedniej części małżowiny nosowej średniej. Choć taki pęcherz kostny najczęściej rozdyma się ku jamie nosowej i nieraz dochodzi do olbrzymich rozmiarów, zdarza się także, że rozdyma się ku oczodołowi, ku jamie czołowej lub szczękowej i wskutek tego występują często objawy, które utrudniają rozpoznanie i stają się powodem pomyłek. W najrzadziej zdarzających się przypadkach, brak jakichkolwiek zmian od strony jamy nosowej utrudnia rozpoznanie śluzowiaka kości sitowej, gdy mamy tylko pewne objawy ze strony oczodołu, jamy czołowej lub szczękowej, pojedynczo lub wspólnie występujące. Przeważnie jednak znajdujemy już w nosie w zakresie przedniego końca kości sitowej rozdęcie, które zwraca naszą uwagę na obecność pęcherza kostnego i w ten sposób stawia we właściwem świetle objawy ze strony obszaru czy obszarów sąsiednich.

Z objawów, które występują w sąsiednim obszarze śluzowiaka kości sitowej, stosunkowo najczęstsze są objawy ze strony oczodołu, a przedstawiają tak różne i zajmujące obrazy, iż prawie każdy przypadek, znany z piśmiennictwa, ma w sobie pewną odrębność, która go czyni wartym ogłoszenia. Najbardziej zajmujący jest przypadek tego rodzaju, gdzie przy zupełnym braku jakichś objawów zewnętrznych, nawet tych, które dałyby się dopiero wykryć przez obmacanie dostępnych części ścian oczodołu, jako jedyny objaw ze strony oczodołu znajdujemy wysadzenie gałki ocznej. Zdarza się to w przypadkach, w których śluzowiak kości sitowej rozdyma się ku tylnej części oczodołu.

W innym przypadku znajdziemy gałkę oczną mniej wysadzoną, tylko ewentualnie w ruchach częściowo ograniczoną, przez co przy pewnych ustawieniach gałki ocznej znaleść możemy dwuwidzenie. Przy spoglądaniu ku dołowi i wewnątrz lub ku górze i wewnątrz doznają chorzy przeszkody, która im utrudnia patrzenie w tych kierunkach. To utrudnienie zauważają chorzy najczęściej sami i w tych przypadkach znajdujemy zazwyczaj już wyraźne wydęcie wewnętrznej ściany oczodołu, które rozciągać się może także ku ścianie dolnej względnie górnej oczodołu, a nawet jedną z nich może głównie, czy wyłącznie zajmować.

Oprócz ogłoszonego przezemnie przypadku śluzowiaka kości sitowej (»Przegląd lekarski« 1901 Nr 27) z wydęciem dolnej części wewnętrznej ściany oczodołu, spostrzegałem niedawno przypadek inny, gdzie wydęcie ściany oczodołu zajmowało wewnętrzną część górnej ściany oczodołu, blizko brzegu brwiowego, tak iż wydęcie to zdawało się mieć związek z jamą czołową, a dopiero badanie wnętrza nosa wyjaśniło, iż chodzi tu o śluzowiaka kości sitowej, który rozszerzył się w kierunku zatoki czołowej.

Choć śluzowiak, który choremu może sprawiać pewne przypadłości, przeważnie ze strony nosa, potrzebuje dłuższego czasu do wytworzenia się, przecież zdarza się czasem, iż wytwarza się on szybko i wtedy ze względu na treść jego, często ropną, nazywamy go już słuszniej ropniakiem, mianowicie ropniakiem ostrym, dla odróżnienia od ropniaka przewlekłego, który przedstawia zropiałego śluzowiaka. Treść śluzowiaka, zwykle surowicza, może z czasem, nawet bez komunikacyi ze światłem zewnętrznym, zamienić się na ropną, częściej jednak zdarza się to, gdy śluzowiak otworzy się na zewnątrz, zazwyczaj ku jamie nosowej, ale niekiedy i w okolicy wewnętrznego kąta oka. Takie samoistne otworzenie się śluzowiaka względnie ropniaka, mianowicie w jamie nosowej, może sprowadzić samowyleczenie się pęcherza kostnego, przeważnie jednak treść pęcherza wydziela się dalej, częściowo zalega, tak, iż rozdęcie się pęcherza może się zwiększać, a z nim i inne objawy w sąsiedztwie mogą nietylko utrzymywać się nadal, ale nawet się wzmagać.

Wyleczenie pewne sprowadza tylko zabieg chirurgiczny, najczęściej wykonany od strony nosa, przeważnie niewielki, polegający na wyłamaniu dolnej ściany pęcherza kostnego. Jeżeli jednak pęcherz kostny zajmuje więcej wnętrze jamy nosowej, postąpimy najlepiej, wycinając jak największej ze ścian pęcherza.

Spostrzegany przezemnie przypadek budzi wielkie zajęcie dlatego, że tak podanie chorego, jak również częściowo stan przedmiotowy, przemawiały za schorzeniem zatoki czołowej, a dopiero badanie wnętrza nosa wytłómaczyło sprawę chorobową.

19. lipca b. r. przedstawił mi się chory, lat 47 liczący, z podaniem, iż od października roku zeszłego doznaje gwałtownych bolów w czole, w okolicy łuku brwiowego; niedługo też potem miał zauważyć wypuklenie w okolicy łuku brwiowego od strony oczodołu. Wypuklenie to było twarde i przy nieustających bólach w tej stronie czoła, zwiększało się powoli. Z czasem, gdy wypuklenie to stało się większe, nietylko zeszpeciło tę połowę twarzy chorego, ale także zaczęło przy spoglądaniu na lewo i ku górze choremu przeszkadzać; od strony nosa chory nie zauważał żadnych przypadłości. Dopiero od dwóch tygodni, a więc mniej więcej od początku lipca b. r., zauważył przy ucieraniu nosa pokazywanie się wydzieliny ropnej, a nadto spostrzegł, iż przy silnem ugnieceniu wspomnianego wypuklenia w okolicy oczodołu, również wydzielina do jamy nosowej wypływała. Od tej chwili, gdy wydzielina z nosa pokazywać się zaczęła, bole w czole znacznie się zmniejszyły. Jakiegoś utrudnienia w oddychaniu nosem chory nie doznawał i jedynie wspomniana ropna wydzielina z nosa zmusiła go w końcu do szukania pomocy lekarskiej.

Pierwsze, co zwracało uwagę przy spojrzeniu na cho-

rego, była obecność guza płaskiego, wielkości orzecha laskowego, w prawej wewnętrznej części górnej ściany oczodołu, blizko łuku brwiowego i wewnętrznego kąta oka. Skóra górnej powieki dawała się z łatwością przesuwać ponad guzem, guz sam był twardy, zbitości kości, tylko w środku było miejsce podatne, które przy głębszym ucisku przedstawiało się wyraźnie jako otwór w guzie. Przeświecanie okolicy guza lampką elektryczną dawało wyraźne przyciemnienie w zakresie prawej zatoki czołowej. Przy badaniu wnętrza jamy nosowej spostrzegało się natychmiast guz, który zajmował przedni koniec małżowiny średniej, a mianowicie jej dolną powierzchnię. Guz ten, wielkości orzecha laskowego, dosięgał przegrody nosowej, zresztą prawidłowo ustawionej, ponad guzem górny przewód nosowy był wolny, podobnie częściowo i przewód średni; małżowina dolna i przewód nosowy dolny były prawidłowe. Guz ten w zakresie małżowiny średniej był pokryty zgrubiałą zaczerwienioną błoną śluzową i sprawiał przy dotykaniu wrażenie kosci. W chwili gdy badałem, nie było w jamie nosowej, względnie w okolicy guza, żadnej nieprawidłowej wydzieliny, dopiero, gdy sam chory ugniótł guz w okolicy oczodołu, w środku przedniej powierzchni, nieco ku górze zjawiła się na guzie od jamy nosowej kropla gęstej, żółtej, ropnej wydzieliny. Obecność tej kropli wydzieliny stanowiła dla zgłębnika drogowskaz i zaprowadziła go do obszernej jamy, z której obok zgłębnika wypływała obficie ropa, poczem chory uczuł szczególną ulgę, jak nigdy przedtem.

Na podstawie wyniku badania jamy nosowej nie ulegało już żadnej wątpliwości, iż mamy przed sobą zropiały pęcherz kostny małżowiny średniej, który rozrastając się ku górze wciskał się ku zatoce czołowej i spowodował to wypuklenie się ściany oczodołu, jakby pochodzące od wydęcia się dolnej ściany zatoki czołowej. Na szczycie tego wypuklenia doszło z czasem do zaniku kości i prawdopodobnie, gdyby nie wytworzyła się przetoka ku jamie nosowej, już niewiele brakowało do wytworzenia się przetoki ku jamie oczodołu, zwłaszcza, iż chory i tak dziwnie obojętnie znosił swoje cierpienie.

Otwór na powierzchni guza od strony jamy nosowej stanowił drogę dla zabiegu chirurgicznego; należało wyciąć dolną i wewnętrzną ścianę pęcherza kostnego, aby w ten sposób zyskać szerokie otwarcie pęcherza. Jedno ramię nożyczek dla małżowiny średniej wbiłem głęboko w pęcherz przez przetokę i najpierw wykonałem cięcie ku przewodowi średniemu jaknajbardziej na obwód; drugie cięcie wykonałem ku górze i następnie w ten sposób oddzieloną, dużą część ściany pęcherza kostnego wyłamałem do reszty kleszczykami. Już pierwej, a jeszcze bardziej teraz wypłynęła obfita ilość gęstej, żółtej, ropnej wydzieliny. Krwawienie było nieznaczne i zauważyłem zaraz, że guz w okolicy oczodołu wyraźnie się przypłaszczył, a ów ubytek kości na szczycie guza dawał się teraz wyraźniej wyczuć. Wycięty duży kawałek ściany pęcherza kostnego pokryty był na powierzchni zewnętrznej zgrubiałą, przekrwioną błoną śluzową; wewnętrzna ściana była wysłana gładką, cienką, lśniącą, unaczynioną błoną.

Po jednorazowym obfitym odpływie wydzieliny z guza podczas zabiegu, na drugi dzień nie było już ani śladu wydzieliny, a dostępne badaniu części jamy guza pokrywały przyschłe skrzepy krwi. Aż do końca lipca badałem jeszcze chorego kilkakrotnie, zaleciwszy mu, by kilka razy dziennie rozcierał, ugniatając palcem, guz w okolicy oczodołu i zauważyłem, podobnie jak sam chory, powolne przypłaszczanie się guza; jama nosowa niedługo przedstawiała obraz zupełnie prawidłowy. Ponieważ chory musiał powracać do miejsca swojego stałego zamieszkania, prosiłem go o listowną wiadomość koło połowy września, gdyż zaciekawiało mnie bardzo, o ile wypuklenie w okolicy oczodołu jeszcze ustąpi, a z niem zeszpecenie tej strony twarzy, u mężczyzny, zresztą od lewej strony twarzy wcale przystojnego.

19. września otrzymałem wiadomość, iż guz poniżej łuku brwiowego znikł zupełnie, tak, iż niczego zauważyć nie można. Przy obmacywaniu palcem tego miejsca wyczuwa się jeszcze pewne zgrubienie, które jednak powoli się zmniejsza i prawdopodobnie z czasem zupełnie ustąpi. Przez początkowych kilka tygodni miejsce tego wypuklenia było bolesne, nawet samoistnie, obecnie jednak chory nie ma żadnych dolegliwości i uważa się za zupełnie wyleczonego.

Ten znakomity wynik zabiegu chirurgicznego i zupełny powrót do stosunków prawidłowych, czynią opisany przypadek cennym przyczynkiem w naszem fachowem piśmiennictwie, a wśród ogółu lekarskiego mogą budzić pewne zajęcie, tak pod względem rozpoznania, jak i postępowania leczniczego.

Dalsze uwagi o wydawaniu orzeczeń lekarskich w sprawach t. zw. wypadkowych.

Napisał

Dr Bronisław Skałkowski,

lekarz Zakładu ubezpieczenia robotników dla Galicyi i Bukowiny we Lwowie.

(Dokończenie).

3) K. J. 27.453.

W nocy z 20. na 21. czerwca 1905 przy czyszczeniu kloak doznał zatrudniony tamże robotnik, odurzenia gazami kloacznymi i w bezprzytomnym stanie został odwieziony do szpitala powszechnego, gdzie stwierdzono zatrucie przez H_2S. Na oddziale chorób nerwowych i umysłowych przebywał od 28. VI.—6. VII. 1905. Badanie przez Dra K. w dniu 30. VI. 1905 w szpitalu wykazało (w streszczeniu): Wyraz twarzy zamroczony, powłoki blade; J. nie zwraca uwagi na otoczenie i zadawane pytania. Uszkodzeń zewnętrznych niema. Mowa utrudniona z zacinaniem się, dermatografia, tępe pojmowanie pytań, namyślanie się nad odpowiedziami, które J. daje krótkie i urywane, jakby chciał się zbyć i myślenie trudność mu sprawiało. Ogólne osłabienie takie, że o własnych siłach z łóżka ruszyć się nie może. Skarży się na ból w dołku podsercowym, tętno zwolnione, 80 w minucie. Z historyi choroby, dostarczonej Zakładowi, okazuje się, że J. przy przyjęciu okazywał kliniczną formę bezwładu ruchowego i znieczulenia, nieprzytomność, obniżoną akcyę serca. Chory zanieczyszczał się w łóżku, nie pojmował pytań i otoczenia. Innerwacya naczyń włosowatych skóry przedstawiała obraz angiospastycznych plam czerwonawych i sinawych.

Badanie uszkodzonego w zakładzie w dniu 11. listopada 1905 stwierdza: Świadomość jasna; wypytywany o przebieg wypadku, chory nic nie pamięta. Odżywienie średnie, cera blada. Źrenice rozszerzone, oddziaływają na światło dobrze. Stan płuc prawidłowy bez objawów nieżytowych. Tętno słabe, 90 uderzeń w minucie. Tony serca czyste. Przy staniu z zamkniętemi oczyma nie występuje chwianie się tułowia. Odruchy kolanowe prawidłowe. Ze strony układu nerwowego żadnych zaburzeń ani ogólnych, ani miejscowych stwierdzić nie można.

Uszkodzonego uznano 15. XI. za zdolnego do lżejszych zajęć; z powodu osłabionej akcyi serca przyznano na dalsze 5 miesięcy 20% niezdolności.

Sprawozdanie inspektora zakładu z 30. listopada 1905 stwierdza, że uszkodzony stara się o zajęcie, że jednak znaleść go nie może; do dawnej roboty naczelny inżynier przyjąć go nie chce.

Tymczasem 2. grudnia zgłosił się uszkodzony twierdząc, iż mu się od kilku dni pogorszyło. Badanie stwierdziło upadek ogólnego odżywienia, cerę żółtawą, znaczne wzmożenie akcyi serca, tętno 114; drżenie włókienkowe muszkulatury rąk i nóg. Przy staniu przez chwilę podczas badania poczyna się badany trząść na całem ciele. Świadomość jasna, wzrok i słuch prawidłowe, czucie wszędzie zachowane. Uznano badanego za zupełnie niezdolnego do pracy (100%), a ponieważ badanie w kwietniu 1906 stwierdziło dalej trwające osłabienie serca, przedłużono pobór 50% renty, t. j. 83% niezdolności na rok, z po-

wodu, iż zatruciem gazami spowodowane zmiany będą potrzebować dłuższego czasu do wyrównania się.

Badanie w kwietniu 1907 stwierdziło znaczne polepszenie, szczególnie co do wyglądania; mięśnie stały się jędrniejsze. Czynność serca zawsze nieco przyspieszona, 90 uderzeń w minucie. Pobór renty 30% (50% niezdolność) przedłużono na rok.

Badanie po roku, t. j. w kwietniu 1908, stwierdziło znaczne polepszenie. Przyrost podściółki tłuszczowej, zniknięcie żółtaczki zupełne. Wrażliwość serca utrzymuje się w postaci przyspieszonego tętna, mniej więcej 100 uderzeń w minucie. Rentę zniżono na 25% niezdolności.

Badanie w czerwcu 1909 okazuje dalsze polepszenie odżywienia ogólnego. Podmiotowe skargi na zawroty głowy przy schylaniu się. Akcya serca spokojniejsza. Przyznano 15% niezdolności stale wobec podeszłego wieku i przez kilka lat utrzymujących się przedmiotowych zmian, wobec czego podmiotowych sensacyi wyłączyć się stanowczo nie może.

Uszkodzony pracuje obecnie jako dozorca miejskich miejsc ustępowych.

4) Bartłomiej G. 22689.

Dnia 26. XI. 1903 porwała Bartłomieja G. za połę sukmany transmisya od młocarni i przerzuciwszy go dookoła, zgruchotała mu prawą rękę między obojczykiem a łokciem, miażdżąc ją zupełnie. Ponieważ całem ciałem zatarasował G. ruch transmisyi, konie w kieracie stanęły i na krzyk jego przybiegli ludzie, uwalniając go z położenia, w jakiem się znalazł. W szpitalu leczony przez 9 tygodni, opuścił go, jak się wyraża, z bezwładną ręką. Pierwszy opis lekarski znajdujemy w datach pod dniem 18. VI. 1904. Czytamy tam: »Złamanie, a raczej zgruchotanie kości, połączone ze zmiażdżeniem części miękkich prawej górnej kończyny, tak że takowa ani złożona, ani utrzymana być nie może, lecz musi być amputowana«. Uszkodzony nie dał sobie ręki amputować, a tenże sam znawca Dr N. opisuje jej stan w sierpniu 1905 r. w ten sposób: »Ramię prawe okazuje skrzywienie w górnej $^1/_3$ części, powstałe wskutek zgruchotania kości ramieniowej i wadliwego zrośnięcia. Na częściach miękkich ramienia widać 4 blizny, z których jedna przebiega ukośnie od karku na zewnątrz, reszta, 3 blizny, tworzą w okolicy zgruchotania literę H. Ramiona tej blizny wynoszą po 12 i 18 ctm. Blizny te są następstwem poszarpania części miękkich. Mięśnie tej kończyny są zupełnie zanikłe, tak że kończyna prawa jest więcej, niż o połowę cieńsza od lewej. Wszystkie palce są przykurczone ku dłoni z powodu zerwania ścięgien; ruchomość czynna jest ograniczona, podniesienie kończyny do głowy niemożliwe«. Tenże sam znawca dodaje, iż zaszły znaczne zmiany, bo dawniej kończyna ta nie przedstawiała szans nawet jakiegokolwiek wygojenia, a obecnie jako tako funkcyonuje.

Ponieważ właściciel młocarni, u którego G. uległ wypadkowi, płacił mu dalej tę samą płacę, używając go jako dozorcy, Zakład ubezpieczeń, trzymając się formalistycznie brzmienia ustawy (§. 5), zamknął mu przyznaną rentę wobec tego, iż zarabia to samo, co przed wypadkiem, iż zatem skutkiem wypadku żadnej szkody nie poniósł. Naturalnie i całkiem słusznie G. remonstrował przeciw takiej uchwale, a wezwany do Lwowa celem ustalenia jego niezdolności do pracy przedstawiał następujący obraz 1. XI. 1908 r.: Odżywienie dobre, cera zdrowa. Prawe ramię w $^1/_3$ długości od karku okazuje liczne blizny o charakterze starym. Ramię prawe zwisa obok tułowia, może być jednak nieco podniesione, przyczem stwierdzić można, że w miejscu, otoczonem bliznami, wytworzył się fałszywy staw. Mięśnie na przedramieniu jędrne, a skóra dłoni okazuje ślady chwytania w postaci odcisków. Zrośnięcie niekorzystne kończyny w ustawieniu fałszywem skutkiem działania mięśni rozluźniło się i wytworzył się staw sztuczny, który pewną swobodę ruchów umożliwia. Krążenie w ręce prawidłowe, porażeń niema. Przyznano stale 50% niezdolności.

Wypadek ten poucza, że postanowienie do amputowania ręki musi być bardzo rozważone i rozpaczliwe na razie przypadki, goją się z czasem z zachowaniem stosunkowo znacznej czynności uszkodzonej kończyny.

5) Iwan K. L. 23119.

Dnia 22. I. 1904 r. nakładał K. kloce na furę, a kiedy już fura gotowa była do odjazdu, pomagał podpierać ją przy zjeździe z lasu. Spadający kloc przygniótł go w pół o pień drzewa stojącego, tak że K. zemdlał. Przypadek zrządził, że Dr N. jadąc przez K., spotkał furę wiozącą uszkodzonego. Na razie stwierdził zgniecenie jąder i miednicy; uszkodzony był bez tętna i blady. Jądra były wielkości jaja gęsiego, mocz krwawy. Badanie tegoż uszkodzonego w marcu 1904, przez tegoż samego lekarza przedsięwzięte, stwierdziło zgrubienie kości łonowej i zgrubienie kości miednicowej lewej. Chód możliwy tylko o lasce. Mocz i kał prawidłowy. Na razie zupełna (100%) niezdolnośc do pracy. W Grudniu 1904 przyznano uszkodzonemu na 2 lata 83% niezdolności (odpowiada 50% rencie). Badania żandarmeryi stwierdzają jeszcze w roku 1908, iż uszkodzony zarobkowo nigdzie nie pracuje. Badanie zaś Dra S. w r. 1907 stwierdziło, że chód możliwy tylko o dwóch kulach. Ponieważ chodziło o oznaczenie stałej renty, wezwano uszkodzonego do Lwowa. Badanie dokonane przez lekarza zakładowego w marcu 1908 wykazało: Bardzo silnie zbudowany, dobrze odżywiony mężczyzna, cera zdrowa, opalona, mięśnie silnie rozwinięte. Badanie płuc i cera wykazuje stosunki prawidłowe. Język obłożony. K. chodzi bez laski całkiem dobrze, lekko tylko utykając na prawą nogę. Mięśnie nóg bardzo silnie rozwinięte, jędrne. Nad spojeniem łonowem guz, pochodzący z zarosłej kostniny. Nastąpiło przesunięcie kości miednicowych z obniżeniem prawej, skutkiem czego jedna dolna kończyna jest nieznacznie skrócona. Ruchomość obu stawów biodrowych jest zupełnie prawidłowa, tak przy chodzie, jak przy ruchach biernych, wykonanych w pozycyi leżącej. Na kroczu niema żadnych zmian. Badany nie skarży się na żadne zaburzenia ze strony pęcherza. Na razie przyznano 50% niezdolności. Zadziwiającem jest polepszenie stanu zdrowia. W październiku 1907 stwierdza Dr I. postępujące charłactwo, wyczuwa woń amoniaku w odzieży, bole przy oddawaniu moczu i zauważa ziemistą cerę, ma jednakże co do prawdomowności chorego pewne wątpliwości, gdyż w styczniu 1907 przyznaje tylko 75% niezdolności i stwierdza, że K. chodzi dobrze, ale jak przypomni sobie o swem kalectwie, chwyta za kule.

Badanie w marcu 1908 stwierdziło tak dobre warunki ogólnego zdrowia, iż uznać musiałem uszkodzonego za zdolnego do wszelkich robót, z wyjątkiem wymagających zbyt forsownego chodzenia. Że zapatrywanie to było słuszne, dowodzi, iż uszkodzony poszedł na Węgry, gdzie, jak stwierdziła żandarmerya, wstąpił na służbę za wynagrodzeniem 2 koron dziennie obok utrzymania.

6) Leopold J. 36853.

Pracował 6. 5. 1907 r. na rusztowaniu. Przy odbieraniu deski został jej końcem (kątem) uderzony w samą pachwinę. Z powodu bolu na chwilę przerwał pracę, jednakże wogóle pracował dalej. Dopiero wzmagające się bole w prawej nodze zmusiły go w lipcu 1907 do przerwy w pracy. W szpitalu stwierdzono tętniak tętnicy udowej i wykonano podwiązanie. Następstwem tego była zgorzel całej dolnej kończyny, skutkiem czego wykonano amputacyę. Z końcem marca 1908 okres leczenia uznano za skończony; uszkodzony chodzi o kuli. Stała 50% renta.

Przypadek ten poucza, że stosunkowo nieznaczny uraz może pociągnąć za sobą poważne następstwa.

7) Anna D. 13494.

31 maja 1900 podczas maglowania dostała się jej prawa ręka do magli, przyczem D. odniosła zgniecenie całego przedramienia i rany darte części miękkich, skóry i mięśni.

Oględziny lekarskie Dra N. 16. 10. 1900 stwierdziły: Na prawem przedramieniu po stronie zewnętrznej, ciągnie się 12 ctm. długa blizna, która, nie dochodząc do stawu nadgarstkowego, kończy się w formie gwiazdy. Wszystkie te odnogi blizny tkwią głęboko w tkance i są z kością sprychową zrośnięte. Obecnie złamania kości stwierdzić nie można. Całe przedramię prawe w porównaniu z lewem o połowę ścieńczałe, siła mięśniowa znacznie ograniczona. Ruchomość palców nierówna. Uszkodzona odniosła swego czasu zgniecenie ręki, zmiażdżenie mięśni i pęknięcie kości, obumarłe bowiem części kości wydzieliły się z rany. Do zmiażdżenia przyłączyło się zapalenie tkanki łącznej, które sprawiło, że okres leczenia trwał 9 miesięcy. Niezdolność do pracy oceniono na 35%. Sąd rozjemczy w marcu 1901, »widząc powódkę, nabył przekonania z osobistych spostrzeżeń, że obecny jej stopień niezdolności do pracy jest znacznie wyższy, a z jej osobistych wiarygodnych zeznań nabył przekonania itd« i podwyższył ocenę niezdolności do pracy na 50%.

Częściową 30% niezdolność i nieruchomość blizny stwierdził rzeczoznawca p. X. w r. 1904; przedramię jest jeszcze ścieńczałe, ruchomość palców ograniczona.

Po upływie dalszych 4 lat zwierzchność gminna donosi, że A. D. wykonuje wszelkie roboty tak, jak inni robotnicy i pobiera tę samą płacę. Wezwana do Lwowa celem poddania się oględzinom lekarskim, okazuje D. na prawem przedramieniu bliznę starą, uruchomioną; rozwój mięśni przedramion po obu stronach jednakowy; ruchomość palców prawidłowa; ogólne odżywienie dobre, cera zdrowa.

Tak więc po 8 mniej więcej latach nastąpiło uruchomie-

nie blizny zrośniętej z kością, rozwój mięśni do prawidłowych rozmiarów i powrót zupełny zdolności do pracy.

Jako ciekawe podnoszę motywy wyroku Sądu rozjemczego, dla którego orzeczenia lekarskie są nieobowiązujące.

8) Michał P. 24039.

Świadek, zatrudniony przy tej samej, co P. robocie, zeznał, iż widział, jak 30. 4. 1904 r. rzekomo uszkodzony P. nagle »zbladł i zaczął się skarżyć na bole, posłał nawet po wino, robił dalej do wieczora i drugi dzień ciągle się skarżąc, trzeciego dnia do roboty nie przyszedł«.

Oględziny lekarskie, dokonane 16. 6. 1904 przez Dr. N. stwierdzają bolesność wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego aż do stopy, ograniczenie ruchów nogi nieznaczne, tak że badany tę nogę za sobą zaciąga; »sprawa nie kwalifikuje się do prawidłowego urzędowania, lecz do zwrócenia chorego do kasy chorych«.

Badanie w Zakładzie 12. 7. 1904 r. wykazuje: Chód z rozstawionemi nogami i o lasce. Płuca i serce prawidłowe. Po lewej stronie na wysokości łuku żebrowego ślad stawianych rzędami pijawek; wrażliwość mięśni obu nóg, szczególnie m. m. przywodzących. W przebiegu nerwu kulszowego bolesności wykazać nie można. Znieczulenie pośladka lewego. Przy staniu z zamkniętemi oczyma następuje chwianie się. Odruchy kolanowe zniesione.

Wskutek »zawiania« ostre zapalenie mięśni i zapalenie nerwu kulszowego 100% na 3 miesiące.

Sprawa przedstawiała się tak, że bez poważnych przyczyn, przemawiających przeciw, nie można było nie uznać sprawy tej za »wypadkową«, tem więcej, że była nadzieja, iż bolesność mięśni po krótkim czasie ustanie.

Tymczasem przebieg sprawy wziął inny obrót. Zdarzyło się, że uszkodzony P. był przez trzech z rzędu lekarzy badany; przytaczam ich spostrzeżenia.

Badanie w październiku 1904, Dr. X.

Uszkodzony słabej budowy ciała, cera żółta, odżywienie liche. Chodzi o lasce z rozstawionemi nogami. Przy chodzie opiera się głównie na nodze prawej, lewą, zaś, odsuniętą na bok, we wszystkich trzech stawach przykurczoną, t. j. biodrowym, kolanowym i skokowym, wlecze za sobą. Tak przy siadaniu, jak i wstawaniu, używa do pomocy rąk. Ustawienie kręgosłupa okazuje wykrzywienie w części piersiowej, łukiem na stronę prawą. Odgłos opukowy nad szczytem płuca z prawej strony stłumiony, wydech przedłużony, szmery oddechowe nieoznaczone. Tony serca czyste, tętno 96. Brzuch lekko wzdęty. Znaczne rozszerzenie żołądka. Wątroba nie powiększona. Okolica śledziony na dotyk bolesna. Odruchy ścięgniste zniesione. Zupełny brak odruchów kolanowych. Przy staniu z zamkniętemi oczyma nie występuje wybitne chwianie, zesunięte piętami nogi rozstawia badany bezzwłocznie, przyczem lewa noga w charakterystyczny sposób zostaje wygięta. Mięśnie obu ud nikłe. Badając uszkodzonego w położeniu leżącem i z zamkniętemi oczyma na wzajemne położenie nóg, nie otrzymuje się dodatnich wyników. Źrenice lekko rozszerzone, podmiotowo osłabienie siły widzenia. Obraz, jaki się obecnie przedstawia, zbliża się najwięcej do wiądu rdzenia. 100% do maja 1905; zarządzono dochodzenia co do dawniej przebytych chorób.

20 maja 1905 stwierdza Dr Y.: Badany utyka, gdy chodzi i nogę odstawia na zewnątrz; gdy stoi, może stopy obok siebie trzymać i stać tak przy zamkniętych, jak i przy otwartych oczach; ruchomość tak w stawie kolanowym, jak i skokowym prawidłowa, mięśnie uda lewego równie dobrze rozwinięte, jak po stronie prawej; odruchów kolanowych niema. Ramię lewe nie okazuje żadnych zmian przedmiotowych czynnościowych, mimoto badany twierdzi, że tem ramieniem władać nie może z powodu bolu, raz rzekomo w łokciu, raz w barku. Stwierdzić można stanowczo, że upośledzenie ruchów w barku i łokciu lewym nie istnieje, a tylko nie wyłączona jest bolesność, jakkolwiek przy badaniu niespodziewanem badany nie okazuje jej. Źrenice rozszerzone oddziaływają leniwo. Polepszenie 66% na kilka miesięcy, stanowcza przesada kulawizny.

W połowie czerwca tenże lekarz pisze: Dzisiejsze badanie wykazuje zupełnie inny stan, niźli 20. maja. Badany nie skarży się już na bole w lewej kończynie górnej i dolnej, natomiast opowiada bez związku i jakby nie zdając sobie sprawy z tego, co mówi, o przeróżnych dolegliwościach nerwowych, o których dotychczas przy żadnem badaniu nie wspominał. Ogólne wrażenie jest takie, jakby badany był umysłowo chory; zanik pamięci, zanik inteligencyi, niezdolność liczenia cyfr, nieświadomość miejsca i czasu, mowa skandująca; w języku drgania włókienkowe; źrenice bardzo mało ruchome; pęcherz nadmiernie wypełniony, bolesny przy dotyku. Badany nie wie o tem, że pęcherz jego jest pełny, twierdzi, ze mocz oddawał, wprawdzie z trudnością. Pewne objawy chorobowe przemawiają za poczynającem się rozmięknieniem mózgu, inne za wiądem rdzenia. Objawy chorobowe zmieniły się na niekorzyść, wystąpiły objawy świeże. Czy są one dalszym ciągiem pierwotnego zapalenia nerwu kulszowego, tego z powodu braku obserwacyi choroby, rok trwającej, stanowczo ocenić nie można. Teoretycznie wyłączyć się nie da możliwość przejścia zapalenia nerwu obwodowego na rdzeń. Obecna niezdolność do pracy 100%.

Świadectwo z kasy chorych 10. lipca 1905. Dr Z. stwierdza, że P. leczy się na urazowe zapalenie mięśni i nerwu kulszowego od czerwca 1904. W ostatnich czasach stwierdzono ciężką chorobę nerwową, charakteryzującą się bezwładnością kończyn dolnych, urywaną mową, zanikiem inteligencyi. Objawy te wskazują na cierpienie mózgu i rdzenia (częściowe stwardnienie).

W sprawozdaniu lekarskiem Dra Y. z 25. VII. 1905 czytamy: W uzupełnieniu świadectwa z 15. VI. 1905 w sprawie P. orzekam na podstawie aktów i zestawienia dat w świadectwach, tyczących się pierwszych spostrzeżonych objawów nerwowych, że istniejąca obecnie choroba rdzenia i mózgu nie zostaje w bezpośrednim związku przyczynowym z wypadkiem z 30. IV. 1904, który ograniczył się do »zawiania« z następowym bólem w boku i z blednięciem. Należy raczej przyjąć, że nagłe zblednięcie i ból w boku już były wyrazem rozpoczynającej się choroby mózgu, względnie rdzenia (Sclerosis arteriarum), a sam wypadek nie wywołał ani zmian w mózgu, ani w rdzeniu.

W październiku 1905 skarży się P., że ręki lewej podnosić nie może.

Badanie w ogólnych zarysach odpowiada opisowi, tylekrotnie przez Dra X. i Y. podanemu. Rozpoznanie prawdopodobne: Stwardnienie rozsiane mózgu i rdzenia, które co pewien czas zajmuje nowe obszary. Obecnie utrudnione podnoszenie ręki, inne objawy ustępują, n. p. mowa i pamięć lepsze. W marcu 1906 stwierdzono utrudnione podnoszenie obu rąk ku górze, nadto puchlinę brzuszną i znaczną bolesność nerwów międzyżebrowych. Chód z rozstawionymi nogami. Renta 66%. Z końcem roku 1906, występują zaburzenia pęcherzowe, tak że żona chorego nie mogąc mu dać odpowiedniej pielęgnacyi w domu, oddaje go do szpitala Sióstr miłosierdzia we Lwowie, gdzie P. leży od 17. stycznia 1907 jako obłożnie i nie uleczalnie chory.

Oględziny w szpitalu w lutym 1907 wykazały mimowolne oddawanie moczu i zamglenie sfery psychicznej. Renta odpowiadająca 100% niezdolności.

Dalszego przebiegu nie znamy. Po tylokrotnie stwierdzonej niezdolności do pracy pobiera R. pełną rentę aż do sierpnia 1909, kiedy badanie, zarządzone przez inspektorat Zakładu, dało całkiem niespodziewany wynik. Oto P. chodzi z kilku innymi muzykantami i grywa na skrzypcach; ile zarabia, trudno sprawdzić.

Badanie w sierpniu 1909: Cera ziemista, odżywienie liche, oddech cuchnący, mowa powolna; P. chodzi z rozstawionemi nogami. Ruchy ciała powolne z umysłu, ale zbieżne. Stan płuc prawidłowy, tony serca głuche, tętno 78. Żołądek wzdęty, brak puchliny brzusznej, ze strony pęcherza zaburzeń niema, ogólny stan zdrowia znacznie lepszy; możliwość gry na skrzypcach dowodzi braku zaburzeń w unerwieniu rąk. Badany oświadcza z góry, że w razie obniżenia renty uda się do szpitala; mimoto rentę zniżono i przyjęto 33% niezdolności do pracy na stałe.

Przypadek powyższy poucza, jak trzeba być ostrożnym w przypadkach tak zwanego »zawiania«. Cała sprawa przebiegała bardzo ciekawie, były objawy bardzo głębokich zaburzeń ze strony pęcherza, jak również psychiczne, które jednak wyrównują się z biegiem czasu do tego stopnia, że uszkodzony może zarabiać jako muzykant. Charakterystyczną jest również groźba, że w razie zniżenia renty pójdzie się położyć do szpitala. Jest to tak zwane »pogorszenie«, z którem się uszkodzeni do badania ponownego zgłaszają, o ile renta zostanie obniżona.

9) Sebastyan S. 35.822.

W październiku roku 1907 doznał S. zgniecenia nogi, jak się później okazało, ze złamaniem kości. W kwietniu 1908 stwierdzono chód o kuli pod pachą lewą z oparciem kolana zgiętego pod kątem prostym na podpórce. Mięśnie goleni zanikłe, w środku goleni okrężne zgrubienie, goleń prawa krótsza od lewej o 5 ctm, odłamki okazują ruchomość nieprawidłową.

Wezwany w 18 dni do oględzin we Lwowie, jawi się S. bez podpórki na kolanie. Ruchomość odłamków daje się stwierdzić, ale w opatrunku ustalającym może S. chodzić przy pomocy laski, gdyż kość piszczelowa jest nienaruszona. Propozycyi zabiegu operacyjnego odmawia, chcąc wyczekiwać i obiecując sobie wyniku z użycia maści. 83% niezdolności na rok.

Badanie w kwietniu 1909 stwierdza: Nastąpiło zrośnięcie

się dawniej ruchomych kości. Chód sprawniejszy, mięśnie łydki słabo rozwinięte, ustawienie stopy prawidłowe.

Odpowiednio do wyników badania lekarskiego i wzmożonej sprawności nogi obniżono niezdolność do pracy na 66%. Tymczasem weszło do Zakładu pismo z doniesieniem, że S. pobiera rentę całkiem niesłusznie, gdyż jest zdrów i pracuje w swoim fachu jako murarz i szewc, za rentę skupuje grunta i bawi się lichwą. Ze stanowiska lekarskiego musiano przyjąć 66% niezdolności do pracy, gdyż przez pewien czas istniał staw rzekomy, okazało się jednak w tym przypadku, że zdolność do pracy powróciła daleko prędzej, niż się spodziewać można było Pobieranie stałej renty jest w wielu przypadkach solą w oku dla mieszkańców danej miejscowości, patrzących zazdrośnie na każde większe pieniądze, przychodzące regularnie, a mogące, jak w danym przypadku, być używane do operacyi finansowych. Przychodziły też prośby od gminy do Zakładu, aby pobierającym rentę wysyłanie rent zatrzymać, gdyż nadejście renty jest zawsze połączone z awanturami, wyprawianemi po pijanemu, których szczęśliwy posiadacz renty się dopuszcza. Że w tych przypadkach renta mija się ze swem przeznaczeniem, jest widocznem, a pobieranie renty demoralizującem.

Niestety spostrzeżenia, jakie przy badaniu uszkodzonych poczyniłem, są bardzo smutne. Cyfrowo nie da się ta rzecz określić, ale bodaj się nie pomylę, twierdząc, że 90% woli, pobierając rentę, z głodu przymierać, niż iść na robotę, a przynajmniej szukać takich zarobków ubocznych, aby nie można było ich wysokości stwierdzić i na tej podstawie rentę obniżyć.

10) Michał B. 37.609.

Przypadek ten bardzo ciężkiego okaleczenia, wyleczonego w stosunkowo bardzo krótkim czasie z zachowaniem prawie zupełnej sprawności uszkodzonych kończyn, jest następujący:

Z końcem maja 1907 B., woźnica pocztowy, odwożąc gościa, doznał złamania obu kości udowych z powodu spłoszenia się konia, który najechał na słup telegraficzny i rozbił wózek. Bezprzytomnego B. odwieziono do szpitala w Kołomyi, gdzie cztery miesiące przeleżał. Kość udowa prawa była złamana bez powikłań, natomiast złamanie lewej było powikłane tak, że jak uszkodzony podaje później, od czasu do czasu wydzielały się obumarłe części kostne. Zakład na podstawie donieseinia, że B. w dniu 1. XII. 1907 powrócił do pracy z większym zarobkiem, niż go miał przed wypadkiem, na podstawie § 5. ustawy odmówił wypłaty dalszej renty.

Badanie 1. września 1909 ustaliło następujący stan rzeczy: Silnie zbudowany, dobrze odżywiony mężczyzna; cera zdrowa. W połowie długości prawego uda ślad złamania; ustawienie złamków schodowate, oś uda wygięta na zewnątrz. Na udzie lewem po stronie zewnętrznej na szerokość dłoni powyżej kolana daje się również wykazać złamanie, które było powikłane, jak tego dowodzi blizna, pozostała po przebiciu kością części miękkich i z kością zrośnięta. Na grzbiecie stopy blizna po ranie dartotłuczonej. Obustronne skrócenie kości udowej, wynikłe po złamaniu, sprawia, że przy chodzeniu większego chromania niema, gdyż obie nogi są prawie równe co do długości, ruchomość zaś stawów biodrowego, kolanowego i skokowego jest prawidłowa. Mięśnie dobrze i silnie rozwinięte. Przyznano po skończonym okresie leczenia, t. j. od grudnia 1907 na rok 1908 50% niezdolności, a obecną niezdolność od stycznia 1909 oceniono na 20%.

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek wielopalcowości w połączeniu ze zrostami międzypalcowymi.

Podał

Dr H. Goldberg,

lekarz ambulatoryum chirurgicznego przy chrz. Tow. Dobr. w Łodzi.

Przypadek, który opisać zamierzam, odznacza się wielorakością zboczeń i wzajemnie przeciwnym sobie ich charakterem.

Dnia 1. VIII. 1909 do ambulatoryum chirurgicznego zjawili się rodzice z dzieckiem 6-miesięcznem, N. Z., zarówno umysłowo, jak i fizycznie dobrze rozwiniętem. Dziecko ma nadliczbowe palce na obu rękach i na lewej nodze. Wszystkie te palce są usadowione u podstawy palca małego. Nadliczbowe palce u prawej ręki i lewej nogi składają się z dwóch członków (falang), połączonych stawem, z małym zaś palcem łączą się szypułą łącznotkankową. Palec nadliczbowy na lewej ręce składa się z trzech członków (falang) z dobrze rozwiniętymi stawami; z główką piątej kości śródręcza łączy się również stawem tak dalece ruchomym, iż w tym stawie istnieją ruchy zupełnie samodzielne bierne i czynne. Oddzielnych kości śródręcza dla palców nadliczbowych niema.

Prócz tych zboczeń widać na obu nogach symetryczny zrost skórny między 2. i 3. palcem; zrost rozpoczyna się na granicy między pierwszym i drugim członkiem palcowym, i idzie w górę ku podstawie.

N. Z. jest trzeciem dzieckiem z rzędu; u innych dzieci żadnych wrodzonych nieprawidłowości rodzice nie zauważyli. W rodzinie, zarówno ze strony ojca. jak matki, zboczeń podobnych niema.

Istnieje kilka teoryi powstawania palców nadliczbowych; z nich najwięcej uznania obecnie ma przypuszczenie Ahlfelda, który za przyczynę tych zboczeń uważa działanie wewnątrzmaciczne powrózków amniotycznych, rozszczepiających zarodki palcowe. Teorya atawistyczna Bardelebena, jakoby już prawidłowo istniały zarodki 7 palców, jak również przypuszczenie Vogta i Förstera o zlaniu się zupełnem dwóch płodów, tak iż pozostają tylko palce nadliczbowe — mniej znajdują zwolenników.

Co się tyczy zrostów międzypalcowych, to jest to objaw niedokształtu, gdyż w tym stanie palce pozostają do 8. tygodnia życia płodu.

O ile palce nadliczbowe na rękach są dość częste, o tyle znów toż samo zboczenie na nodze zdarza się nader rzadko. Schramm na 20.000 dzieci w szpitalu św. Zofii we Lwowie spotkał tę wadę zaledwie 4 razy, Karewski zaś na 40.000 dzieci opisuje tylko 10 takich spostrzeżeń. (Schramm. Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego 1901, str. 6).

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski krakowski na r. 1910. Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył prof. Dr L. K. Gliński. Rok XX. Kraków 1910.

Wypróbowany towarzysz kilku pokoleń naszych lekarzy, Kalendarz lekarski krakowski, przetrwał zwycięsko niejedną ogniową próbę, a dobiegłszy dwudziestego już rocznika, jest w rękach nowej redakcyi na najlepszej drodze, aby nietylko dorównać najlepszym tego rodzaju wydawnictwom zagranicznym, ale je pod wielu względami przewyższyć. Obejmując wydawnictwo, zapowiedziała w r. z. nowa redakcya gruntowną jego reformę i zapowiedzi tej w pełni dotrzymuje. Przedewszystkiem znać to w »Podręczniku terapeutycznym«, którego gruntowne przerobienie i uzupełnienie, odpowiadające dzisiejszym wymaganiom, każdy z przyjaciół Kalendarza z radością powita. Niektóre działy tego podręcznika zostały zupełnie na nowo napisane, a w pracy około jego udoskonalenia uczestniczył cały szereg wybitnych specyalistów, jak Prof. Dobrowolski, Dr M. Godlewski, Prof. Krzyształowicz, Prof. Lewkowicz, Prof. Majewski, Doc. Nowotny, Dr Radliński, Dr A. Rydel i in., którzy z wielką koleżeńską gotowością wzięli na siebie zadanie współpracowników. Oprócz tego pomieściła redakcya w Kalendarzu opracowany z niemałym nakładem trudu dokładny spis środków lekarskich i wzbogaciła treść artykułami Doc. Dr Mazurkiewicza p. t. »Uwagi psychiatryczne« i Dr. Radlińskiego p. t. »Wskazówki praktyczne z zakresu chirurgii«. Nadto wprowadzono cały szereg drobniejszych zmian, dodatków i ulepszeń, jaknajstaranniej obmyślanych aż do takich szczegółów, jak wydrukowanie tabliczki do badania bystrości wzroku ściśle według zasad, przyjętych w tablicach Snellena, na umyślnie dobranym, matowym, nieprzezroczystym papierze. Schematyzm lekarski został poprawiony niezmiernie troskliwie, o czem łatwo przekonać się z faktu, iż w wielu punktach jest on istotnie dokładniejszy nawet od niektórych spisów oficyalnych. Jednem słowem na każdym kroku znać w Kalendarzu tegorocznym staranie o jaknajlepsze obsłużenie czytelnika i dążenie do postępu, godne pochwały bez zastrzeżeń. Nie ulega też wątpliwości, że idąc dalej obraną drogą, zyskiwać będzie Kalendarz coraz liczniejszych zwolenników i wyprze rychło wszelkie kalendarze obce, czego i jemu i sobie jaknajbardziej życzyć powinniśmy. *R.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Weinbrenner. **O pooperacyjnej niedrożności dwunastnicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 43). Pooperacyjną niedrożność dwunastnicy cechuje rozszerzenie żołądka, który zajmuje wtedy nieraz całą jamę brzuszną, sięgając niejednokrotnie aż do spojenia łonowego. Również dwunastnica ulega rozszerzeniu, aż do miejsca, gdzie trzon krezki z tętnicą krezkową górną przeciąga nad poziomem ramieniem dwunastnicy. Tutaj dwunastnica ulega zaciśnięciu, a mianowicie przez to, że krezka silnie się napina i przyciska dwunastnicę do kręgosłupa. Jelita cienkie leżą przytem opadnięte w miednicy małej. Mechanizm tej niedrożności nie jest jeszcze zupełnie jasny. Jedni upatrują pierwotną przyczynę w ostrem rozdęciu żołądka, a opadnięcie jelit uważają za następowe, inni właśnie naodwrót. Ta niedrożność powstać może także i u nieoperowanych, po nagłem wstaniu, po gwałtownym śmiechu i t. p. Klinicznie cechują tę niedrożność wymioty treścią żółciową, często z domieszką krwi, ciepłota zwykle prawidłowa, tętno szybkie, stan chorych pogarsza się rychło. Granice żołądka wybitnie powiększone, często gwałtowne objawy otrzewne. Leczenie: płukanie żołądka i niezwłoczne ułożenie chorych na brzuch podług Schnitzlera. Przy tem położeniu jelita wypadają z miednicy małej ku przodowi, a przez to napięcie krezki się zmniejsza. Bardzo dobre wyniki oddaje także ułożenie chorych na czworakach *K.*

Konjetzny. **Przyczynek do patologii i kliniki nabytych uchyłków wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 44). Nabyte uchyłki wyrostka robaczkowego mogą mieć pochodzenie dwojakie: niezapalne i zapalne. Uchyłki niezapalnego pochodzenia leżą zwykle od strony krezki wyrostka i są częściowem wypukleniem się błony śluzowej przez otwory, przez które przechodzą naczynia krwionośne. Powstają one zwykle w razie zwiększonego ciśnienia w wyrostku. Uchyłki na tle zapalnem powstać mogą w każdem miejscu ściany wyrostka, zwłaszcza po sprawach ropnych i zmartwiających, niszczących ściany wyrostka. Uchyłki te bywają nieraz mnogie. Ściany ich tworzy rozciągnięta blizna, błona śluzowa i surowicza, a nieraz tkanka zrostów, powstałych w okolicy wyrostka po przedziurawieniu wyrostka i dostaniu się treści jego na zewnątrz. Klinicznie uchyłki te wywołują zwykle nawroty cierpienia. Uchyłki przy krezce w razie wybuchu zapalenia usposabiają do ciężkich ropień wzdłuż krezki, do zapaleń i zakrzepów żylnych i ropni przerzutowych w wątrobie, pod przeponą i t. p. *K.*

Seefisch. **Skręcenie okrężnicy wstępującej.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 40). Skręcenie okrężnicy wstępującej należy do rzadkości; dotąd opisano około 87 przypadków. Pochodzi to stąd, że normalnie okrężnica wstępująca jest ustalona na talerzu biodrowym i skręcenie wystąpić może jedynie w razie nieprawidłowości anatomicznej, t. j. obecności długiej krezki, co znów należy do rzadkości. Przy tem cierpieniu uderza jedna ciekawa okoliczność, mianowicie, że występuje ono przeważnie w krajach słowiańskich, skąd też pochodzi najwięcej publikacyi o tem cierpieniu. Ponieważ zaś badania anatomicznie nie wykazują żadnych różnic jelita grubego Słowian, a Germanów, przyjąć więc należy, że odgrywa tu główną rolę sposób odżywiania się, mianowicie obfite spożywanie zapychających potraw, jak ziemniaków, ciemnego chleba, kwaśnego mleka, silnie solonych ryb i t. p. Skręcenie występuje klinicznie pod postacią ostrej niedrożności przewodu pokarmowego, lub, co częściej, przewlekłej lub podostrej. Nieraz przechodzi ono samo, ale potem tworzy nawroty. I z tego powodu nieraz w wywiadach usłyszeć można, że chory, zwykle po obfitem jedzeniu, doznawał już nagłych boleści, połączonych z cuchnącemi wymiotami. Przy badaniu wykazać można wzdętą pętlę, przebiegającą skośnie przez brzuch. Ruchy robaczkowe, o ile są widoczne, przebiegają od strony lewej na prawą, w przeciwieństwie do ruchów robaczkowych w okrężnicy poprzecznej, gdzie przebiegają od prawej ku lewej. Ułożenie na boku prawym łagodzi przypadłości. Leczenie tylko operacyjne, i to szybkie, albowiem ze względu na przebieg naczyń i treść gnilną w kiszce bardzo łatwo występuje tutaj zgorzel. Na to czekając, narażamy chorych na bardzo ciężki zabieg, t. j. wycięcie kiszki grubej. Zwykle przy operacyi wczesnej udaje się jelito odkręcić i odpowiednio umocować. Niektórzy dołączają do tego sączkowanie kiszki przez wyrostek robaczkowy (appendikostomia podług Keetlyego), wszywając wyrostek w powłoki. Przypadek takiego skręcenia operował właśnie Seefisch, przyczem prócz skręcenia okrężnicy znalazł także przedziurawienie wrzodu żołądka; chory wyzdrowiał. *K.*

Heinzmann. **Trwałe wyniki po operacyi przepuklin pachwinowych sposobem Girarda.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 39). Wprawdzie przy operacyach przepuklin pachwinowych sposobem Kochera i Bassiniego osiąga się bardzo dobre wyniki, jednak nie należy zapominać, że istnieją także i inne sposoby operacyi, które w pewnych przypadkach oddać mogą cenne usługi. Należy tu n. p. operacya podług Girarda, profesora chirurgii w Genewie, podana w r. 1894. Wykonuje się ją w następujący sposób: Cięcie skośne lub poprzeczne nad zewnętrznym pierścieniem pachwinowym, około 6 cm długie. Odsłonięcie powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego i przecięcie jej równolegle do więzadła pachwinowego na 3—4 ctm powyżej tegoż, przez co otrzymuje się płat z tejże powięzi, mający podstawę na więzadle. Odchylenie tegoż płata ku dołowi, uwolnienie worka i powrózka nasiennego, podwiązanie, potem przyszycie dolnego brzegu mięśnia skośnego wewnętrznego i poprzecznego, ewentualnie brzegu mięśnia prostego do więzadła Pouparta, (bez przemieszczenia powrózka nasiennego, jak to się dzieje przy operacyi Bassiniego), potem przyszycie górnego brzegu powięzi zewnętrznej do więzadła Pouparta, a w końcu przykrycie płatem dolnym i przyszycie jego do górnej części powięzi. Operacya ta ma następujące zalety: Blizny nie leżą w najsłabszem miejscu, lecz przy więzadle Pouparta. Otwór zamykają nie 2, lecz 3 warstwy tkanek (podwójny płat powięzi zewnętrznej). Powrózek nasienny po tej operacyi wychodzi tylko jednym otworem (na dole) i to w miejscu od naporu trzew ochronionem. W ten sposób operowano na oddziale chirurgicznym w szpitalu miejskim w Monachium 137 wolnych przepuklin, a badanie następowe wykazało zaledwo 3% nawrotów i to jedynie w dole, w miejscu wyjścia powrózka nasiennego. Operacya więc ta godna jest polecenia, bo daje dobre wyniki, ma więcej zalet, niż sposób Bassiniego, a wcale nie jest od niego trudniejsza. *Klęsk.*

Kreuter. **O przewlekłych zapalnych guzach powłok brzusznych po operacyach przepuklin.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 40). Zeszłego roku na zebraniu niemieckiego towarzystwa chirurgicznego zwrócił Schloffer uwagę, że w pewien czas po operacyach brzusznych zjawiają się czasem w powłokach brzusznych guzy, nieraz dość wielkich rozmiarów; w środku tych guzów znajdują się otoczone ropą podwiązki. Cechującem dla tych guzów jest to, że rozwijają się one zupełnie niepostrzeżenie i to u ludzi, u których operacya i gojenie przebiegały zupełnie jałowo i gładko. Schloffer przytoczył 4 podobne przypadki, w dyskusyi przytoczono jeszcze kilka; K. dodaje 2 po operacyach przepuklin. Tutaj gojenie po operacyi przepukliny przebiegało również gładko i dopiero w kilka miesięcy rozwinął się guz. W przypuszczeniu, że chodzi tu »o guzy z podwiązek«, nacięto guzy i wyskrobano podwiązki, poczem guzy znikły. Zdarza się jednak, że niepotrzebnie wykonuje się »doszczętną operacyę« tych guzów, biorąc je za złośliwe. Ponieważ prawie zawsze wykryć się dają w podwiązkach, wydobytych z tych guzów drobnoustroje, przyjąć należy, że nie chodzi tu o nic innego, jak o późne ropienie około szwów i podwiązek, przeciw któremu ustrój zabezpieczył się już wałem obronnym. *K.*

Rubesch. **Przyczynek do operacyjnego leczenia gruźlicy jelita cienkiego i grubego.** (*Beitr. z. klin. Chir.* 64, II.). Po omówieniu historyi chorób 35 przypadków, operowanych w klinice Wölflera, dochodzi R. do następujących wniosków: Proste połączenie jelit powyżej miejsca, zajętego gruźlicą, zwłaszcza tam, gdzie istnieje guz, jest jedynie zabiegiem łagodzącym, usuwającym objawy zwężenia, natomiast zabieg ten na samą chorobę nie oddziaływa zupełnie. Dlatego o ile możności dążyć się powinno do doszczętnego wycięcia chorego jelita, w danym razie dwuczasowo, jeżeli chory sił wiele niema. Uzyskać można przytem do 50% trwałych wyleczeń. *K.*

Lichtenberg-Dietlen-Runge. **Biocystografia, sposób badania ruchów ludzkiego pęcherza.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 29). Sposób badania ruchów pęcherza podał już w r. 1905 jeden z autorów wspólnie z Voelckerem. Sposób ten polega na prześwietlaniu pęcherza, napełnionego kolargolem, przyczem zdejmuje się kilka zdjęć w różnych kolejnych fazach. Pęcherz średnio napełniony opróżnia się zwykle w 24—30 sekund. Przy badaniu postępuje się w ten sposób, że najpierw wypełnia się pęcherz przez cewnik pewnym obojętnym płynem i oznacza potem długość czasu wydalania płynu. N. p. przy 140 cm^3 płynu czas ten wynosi mniej więcej 18 sekund, a po-

nieważ robi się 6 zdjęć, przeto jedno wypada robić co 3 sekundy.

Z badań swych doszli autorzy do następujących wniosków: Wypełniony średnio pęcherz ma mniej więcej postać trójkąta, zwróconego podstawą do góry. W początkach wydalania moczu zmienia się ta forma trójkąta w elipsę, ustawioną pionowo. Postać ta pozostaje mniej więcej aż do połowy opróżnienia się pęcherza, poczem zwolna zaczyna się skracać wymiar długości tak, że po 18 sekundach wymiar długi równa się poprzecznemu, czyli pęcherz przybiera postać więcej kulistą. Potem pod koniec oddawania moczu zmniejszają się stale oba wymiary, ale długi szybciej, wobec czego pęcherz przyjmuje postać elipsy leżącej poziomo; przytem rozszerza się także wewnętrzne ujście cewki w postaci lejka, a potem i część krokowa cewki.

Badania te dowodzą, że pęcherz prawidłowy przy wydalaniu moczu kurczy się od wszystkich stron i to w miarę opróżniania się coraz szybciej, przyczem włókna mięsne podłużne mają przewagę nad okrężnemi. Sprawa przedstawia się w ten sposób w pęcherzu miernie napełnionym, zdrowym, przy braku parcia u osoby leżącej, przy braku współdziałania tłoczni brzusznej. *K.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Doc. Gebele. **Związek między urazem, a nowotworami.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 24). Przyczyna powstawania nowotworów jest ciemna. Jedni twierdzą, że nowotwory powstają z komórek, które w płodowem lub pozapłodowem życiu uwolniły się z organicznego związku; inni są zdania, że nowotwory rozwijają się z komórek zwykłych, które dopiero pod wpływem pewnych nieznanych nam bliżej podniet zaczynają bujać nowotworowo. Według Ehrlicha w ustroju znajdują się zwykle pewne ciała ochronne, działające hamująco na nadmierny rozrost i bujanie komórek (atreptische Immunität). Chemiczne pokrewieństwo komórek ciała z podłożem w warunkach prawidłowych przeszkodziłoby odżywieniu komórek ewentualnego nowotworu. Gdy to pokrewieństwo się osłabi, wtedy nowotwór zaraz znaleść może potrzebne mu do życia środki odżywcze w ustroju. Przyczynami wywołującemi osłabienie związku komórek z podłożem mogą być wszelkie podrażnienia mechaniczne, urazy, sprawy zapalne, zakaźne, pasorzyty, blizny, sprawy odrodcze i przerostowe i t. p. Aby nowotwór powstał w danem miejscu, musi być ono według Borsta już do tego usposobione. Hauser zaś i Beneke twierdzą, że i w zupełnie przedtem prawidłowej tkance powstać może nowotwór wskutek biologicznej zmiany w komórkach. Nie brak dowodów, że wspomniane wyżej urazy i wpływy łączą się nieraz ściśle przyczynowo z powstawaniem nowotworu. Typowe dowody spotykamy w tak zwanych rakach zawodowych, n. p. pęcherza i nerek u robotników w fabrykach aniliny, płuc u robotników w fabrykach metalowych, u tkaczy, w fabrykach cygar, w rakach moszny u kominiarzy, w fabrykach parafiny i teru i t. p. Przewlekły wyprysk przygotowuje podłoże dla raka sutka Pageta, stulejka dla raka prącia, kamienie pęcherza i pęcherzyka żółciowego poprzedzają nieraz raki, podobnie sprawy zapalne sutka i błony śluzowej macicy. Rak żołądka występuje na tle wrzodu, na skórze nieraz zjawia się w następstwie polipów, łojotoku, kłykcin, odleżyn, blizn i t. p. Także nowotwory łagodne występują często wskutek urazu lub stałego ucisku, n. p. tłuszczaki na czole, karku, barku i t. p. U zwierząt spostrzegano również powstawanie nowotworów wskutek podrażnień i urazów. Wobec wielkiego rozwoju nauki o ubezpieczeniach od wypadków sprawa związku nowotworu z urazem stała się bardzo żywotną. Nauka nie daje nam dotąd żadnych danych, by kategorycznie taki związek wyłączać, owszem nieraz musimy go przyjąć. Na dowód przytacza G. kilka przypadków nowotworów, powstałych bezpośrednio prawie po urazie. Przeważnie chodziło tu o mięsaki, które powstały w miejscu zadziałania urazu, bardzo szybko, bo nieraz już w 3—4 tygodni po wypadku.

Jaka może być granica czasu między urazem, a powstaniem nowotworu po urazie, orzec trudno. Zwykle istnieją pewne objawy łączące przez cały czas (bole, obrzmienie, ropienie i t. p.), czasem może ich jednak nie być. A w orzeczeniach co do ubezpieczeń ta granica czasu jest bardzo ważna. Thiem najdłuższy czas ocenia na dwa lata. Jeżeli istnieją objawy łączące, to naturalnie ze spokojnem sumieniem można wykazać związek, nawet po wielu latach (n. p. w jednym przypadku G. po 36 latach).

Bezwątpienia nieraz dopiero uraz zwraca uwagę chorego na istniejący już przedtem nowotwór, nie ulega też wątpliwości, że uraz przyspieszyć może powolny dotychczas rozwój nowotworu, ale z drugiej strony zaprzeczyć nie można, że uraz bardzo często odgrywa w powstawaniu nowotworów bardzo wielką rolę, bo choć może sam, jako taki, nie jest bezpośrednią przyczyną powstawania guza, to jednakże trafić on może w miejsce usposobione, lub też wywołuje w otoczeniu podrażnienie, na które komórki oddziaływają bujaniem, kończącem się powstaniem nowotworu. Zaprzeczać więc łączności urazu z guzem nie mamy prawa, nawet w razie większego odstępu czasu, o ile istnieją objawy, łączące oba cierpienia. *A.*

Ritter. **Leczenie ostrych spraw zakaźnych z jak największem zachowaniem czynności narządu.** (*Berl. klin. Wochs.* 1909, Nr 30). Przy ostrych sprawach ropnych, ograniczonych, stara się Ritter, celem jak największego zachowania czynności narządu, unikać nacięć, lecz wykonuje częste (co 1—2 dni) nakłucia i aspiracye ropy zapomocą grubych igieł z bocznymi otworami. Okazało się to korzystnem n. p. przy ropniach sutka, gruczołów szyjnych i t. p. Podobnie postępuje R. i przy ropieniach pochewek ścięgien, stosując prócz tego trzy razy dnia gorące kąpiele ręki. Kąpiele oddają cenne usługi także przy wszystkich innych ostrych sprawach, jak ropowicach, czyrakach, wrzodziankach i t. p. R. używa jak najgorętszej wody, w której przy ciągłem zachowaniu tej samej ciepłoty kąpie chory daną część ciała całą godzinę. Korzystne działanie czynnego przekrwienia jest tu tak widoczne, że R. poleca takie gorące kąpiółki jak najusilniej. *K.*

Tiegel. **Urazowe zapalenie wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 46). Obecnie uznaje się już możliwość wystąpienia urazowego zapalenia wyrostka robaczkowego; oznaczają je na 2—8% ogólnej liczby schorzeń wyrostka. T. przytacza historye chorób 7 odpowiednich przypadków. Trzeba tutaj trzymać się pewnych norm. I tak powinno być zasadą, że jeżeli u człowieka zupełnie zdrowego nagle po urazie w okolicy wyrostka wystąpi ostre zapalenie, to obowiązkiem lekarza jest przyznać związek urazu z chorobą, bez względu n. p. na znaleziony ropień, co dowodzi, że sprawa trwała już dawniej. Zapalenia wyrostka są obecnie bardzo częste, z tego względu nie można jednak wyłączać urazowego powstania w każdym przypadku. Przeciwko urazowemu powstaniu zmian w wyrostku przytaczają, że jest rzeczą niemożebną, by uraz zadziałać mógł na wyrostek bez wielkich zniszczeń w powłokach. A jednak tak być może; znamy przecież nawet urazowe pęknięcia jelit bez wielkich (a nawet nieraz bez żadnych) zmian w powłokach brzusznych. Objawy chorobowe mogą wystąpić zaraz, lub też w pewien czas dopiero po urazie. Czas ten nie może być za długi (najwyżej kilka dni), bo potem związek staje się wątpliwym. Urazowe zapalenie wyrostka przebiega zwykle bardzo szybko i groźnie. Zwykle występuje zgorzel lub przedziurawienie. Operacya prawie zawsze jest potrzebna. Bardzo często w podobnych przypadkach spotyka się, przy operacyi kamienie kałowe. Neuman oblicza je na 90%. Śmiertelność z urazowego zapalenia wyrostka jest także bardzo wielka, bo wynosi 55·8%. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 8 listopada 1909.

1) Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawia pracę własną: **Notatki do antropologii Czuwaszów nadwołżańskich,** w której dochodzi do wniosku, że Czuwasze są mieszańcami Tatarów z Finami, zajmując pośrednie miejsce z jednej strony pomiędzy kazańskimi i kasimowskimi Tatarami, z drugiej między fińskimi Wogułami i Czeremisami.

9) Czł. E. Godlewski przedstawia pracę p. S. Krzemieniewskiego: **Przyczynek do znajomości ruchów fototaktycznych.** Znane jest zmienne zachowanie się niektórych drobnoustrojów względem źródła światła, zależnie od tego, czy są one w hodowlach masowych, czy też są umieszczone w kropli wody. Wbrew panującym poglądom na przyczyny i istotę tego zjawiska, autor wykazuje, że zależy ono od stopnia absorbcyi światła w środowisku otaczającem drobnoustroje.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. Z. Motylewskiego: **O metoksy-fenilo-kumaronach.** Grupa kumaro-

nów zyskała w ostatnich czasach na znaczeniu dzięki badaniom Stan. Kostaneckiego. Autor, ze względu na ważność tej grupy, zajął się zbadaniem metoksy-fenilo-kumaronów, wychodząc z metoksybenzofenoli.

(Treść 10 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lek.«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 10. XI. 1909

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 36.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Radliński przedstawia: *a*) chłopca 4-letniego, u którego przy doszczętnej operacyi **przepukliny** pachwinowej wrodzonej **lewostronnej** znalazł w worku przepuklinowym **kątnicę wraz z wyrostkiem robaczkowym**. Wyrostek usunął, jelito ślepe odprowadził, poczem z przepukliną postąpił typowo podług Bassiniego. Obecność jelita ślepego w lewostronnej przepuklinie nie należy do wyjątków. Przytoczywszy piśmiennictwo, obecny przypadek podaje R. jako drugi przez siebie operowany. Za niezbędny warunek powstania tej postaci przepukliny uważać należy nadmierną długość krezki kątnicy, która przez to ma większą od prawidłowej ruchomość. Wyrostek robaczkowy w tych razach należy usuwać, ponieważ w niepomyślnych warunkach krążenia stanowić on może szczególnie podatny grunt do rozwoju spraw zapalnych. Przepukliny u dzieci w klinice krakowskiej operuje się podług Bassiniego, pomimo, iż niektórzy autorowie, zapewne z powodu pewnych trudności technicznych, uważają za dostateczne zamknięcie kanału pachwinowego w sposób mniej dokładny (Czerny).

b) Chorą, l. 28, u której usunął **nerkę prawą**, powiększoną do rozmiarów głowy 3-miesięcznego dziecka i zamienioną w stek **jam gruźliczych**. Rozpoznanie oparto na podstawie badania pęcherza cystoskopem i cewnikowania moczowodów. Na śluzówce pęcherza były owrzodzenia, była ona obrzękła w otoczeniu otworu prawego moczowodu. Otwór i okolica moczowodu lewego nie przedstawiały zmian. W ropie, wypływającej w miejsce moczu z cewnika moczowodowego, wprowadzonego do moczowodu prawego, prątków gruźliczych nie znaleziono, — co przy daleko posuniętej sprawie gruźliczej w nerkach nierzadko się zdarza. Po nefrektomii z usunięciem moczowodu w obrębie małej miednicy (zupełne usunięcie moczowodu aż do pęcherza i wpuklenie do pęcherza kikuta moczowodowego — zasadniczo stosowane przez Prof. Kadera — było w tym przypadku z powodu zgrubienia moczowodu i zrostów okołomoczowodowych niewykonalne) — chora szybko powraca do zdrowia.

c) Chorą, l. 39, z przetoką w okolicy lędźwiowej prawej, pozostałą po **nacięciu ropnia nerkowego** przed 3 laty. Przetoka nie wydziela moczu, tylko niewiele płynu ropiastego; nie wydziela również moczu cewnikowany moczowód — nerka zatem uległa, jako narząd wydzielniczy, zniszczeniu. Przyczynowo może tu wchodzić w grę albo sprawa gruźlicza, albo zapalna, albo może nowotwór (?). Nerka, wyczuwalna w postaci wielkiego guza, ma być wycięta. (W parę dni po posiedzeniu Prof. Kader zmienioną nerkę, silnie z otoczeniem pozrastaną, usunął; mikroskopowo stwierdzono gruźlicę; śmierć w 18 dni potem z zapalenia płuc).

d) Chorą, l. 38, jako przyczynek do błędów rozpoznawczych. Z powodu objawów niedrożności jelit leczono chorą przed jej zgłoszeniem się do kliniki przez 5 dni środkami przeczyszczającymi i wysokiemi lewatywami, a nie zbadano typowych miejsc przepuklin. Dopiero na dzień przed przysłaniem chorej do kliniki lekarz zauważył guz przepuklinowy. Coprawda sama chora na żaden guz, ani bolesność w okolicy wrot przepuklinowych się nie uskarżała, co zdarza się niekiedy i nie powinno lekarza zwodzić. W klinice stwierdzono **uwięźnięcie przepukliny udowej.** Przy operacyi stwierdził R. zgorzel bez przedziurawienia pętli uwięźniętej i dokonał enteroanastomozy oraz doraźnej resekcyi pętli zgorzelinowej sposobem, stosowanym przez Prof. Kadera. Stan operowanej zupełnie pomyślny. (Streszczenie własne).

3) Kol. Nüssenfeld przedstawia: *a*) Chorą, l. 27, która zgłosiła się do kliniki z powodu guza, który spostrzegła w lewej górnej połowie brzucha już od lat kilku, który jednakże w ostatnich miesiącach wyraźnie wzrastał i zaczął chorej sprawiać ból. Badanie wykazało, że guzem tym była znacznie **powiększona śledziona** (od przodu: lewa linia przymostkowa, a w dół aż na talerz biodrowy), a zarysy jej brzegów z wcięciami były widoczne już przez powłoki. Prof. Kader wyłączył białaczkę prawdziwą i rzekomą, kiłę, alkoholizm, a rozpoznanie wahało się między dawniej przebytą zimnicą (obecnie plasmodyów we krwi niema), a chorobą Bantiego; stwierdzono również znaczne powiększenie wątroby. Badanie krwi wykazało: c. czerw. 4,280.000, c. biał. 3.680 — eozynochłonnych 10%. Zwiększenie ilości ciałek eozynochłonnych przemawiało za chorobą Bantiego. — Prof. Kader otworzył jamę brzuszną z cięcia bocznego w kształcie T i **wyjął śledzionę** po podwiązaniu licznych naczyń; zrostów większych nie było. Badanie drobnowidowe utkania śledziony wykazało bardzo silne ukrwienie jej miąższu bez śladu melaniny. Wymiary śledziony: 36×14×6 cm, waga: 1190 grm. Pooperacyjny stan chorej zupełnie dobry.

b) Chora, l. 22, zgłosiła się do kliniki w 2 miesiące po ostrym napadzie kolki żółciowej, któremu towarzyszyła żółtaczka; ślady żółtaczki jeszcze widoczne. Wywiady wykazują kilka mniej silnych podobnych napadów, poprzedzających ostatni. Badanie stwierdza w okolicy pęcherzyka żółciowego bolesność, tamże słabo wyczuwalny opór o niewyraźnych zarysach. Prof. Kader rozpoznał zapalenie pęcherzyka, prawdopodobnie bez kamieni, uznał jednak zabieg operacyjny za wskazany ze względu na niebezpieczeństwo nawrotów, zapalenia okołopęcherzykowego i ewentualnego wtórnego powstania kamicy, i wykonał laparotomię (cięciem podłużnem). Stwierdzono silnie unaczynione zrosty pęcherzyka z dwunastnicą, okrężnicą poprzeczną, siecią, małą krzywizną żołądka; ściany pęcherzyka silnie zgrubiałe, śluzówka wykazywała nierówności; kamieni nie stwierdzono ani w pęcherzyku, ani w żadnym z przewodów; żółć wyglądała prawidłowo. Przewody drożne i w stronę pęcherzyka i w stronę dwunastnicy, wskutek czego ich nie drenowano. Dokonano **wycięcia pęcherzyka żółciowego łącznie z przewodem pęcherzykowym** w miejscu ujścia przewodu pęcherzykowego do przewodu wspólnego. Otworu do przewodu wspólnego nie zaszyto z powodu braku materyału plastycznego i obawy zwężenia; około tego otworu zostawiono sączek z gazy przeciwgnilnej. (Streszczenie własne).

4) Kol. Broniatowski przedstawił chorego, l. 35, u którego w 3 miesiące po urazie, który wywołał złamanie szyjki kości udowej, dokonał Prof. Kader ponownego złamania szyjki, ponieważ stwierdzono zrośnięcie w złem ustawieniu **biodra szpotawego** (*coxa vara*). Po ponownem złamaniu zastosował Prof. K. wyciąg, powiększany do 15 kg. i nałożony na kończynę dolną silnie odprowadzoną i skręconą ku wewnątrz. Po 6-tygodniowem działaniu wyciągu założono choremu opatrunek gipsowy. Obecnie, w 6 miesięcy po opuszczeniu kliniki, chory może chodzić (na razie z laską) i skrócenie kończyny chorej nie przenosi 2 cm.

5) Kol. Biskupski przedstawił 2 młodych 15-letnich chłopców, operowanych z powodu **zapalenia szpiku** kości udowej. Zarówno na kości piszczelowej, jak na udowej i innych kościach długich, usuwa Prof. Kader zawsze podokostnie tworzące rynnę brzegi trumienki martwakowej, pozostawiając tylko wązką listwę kostną. W ten sposób części miękkie mogą potem dokładnie kość obrosnąć i nie powstają przetoki, powstające wskutek istnienia rynny kostnej, czyli jamy o ścianach sztywnych w głębi miękkich części.

6) Kol. Hładij przedstawia chorego z urazowem **złamaniem lędźwiowej części kręgosłupa**. Objawy porażenia kończyn dolnych, pęcherza i odbytu, które zaraz po urazie wystąpiły, stopniowo ale dość szybko przeminęły. Pozostał nieznaczny niedowład kończyny dolnej lewej, który również znika. Pomimo wyraźnego zniekształtnienia kręgosłupa — wskazań do laminektomii niema. H. pokazuje rentgenogram tego przypadku, jak również **rentgenogramy** powyżej wspomnianego złamania szyjki kości udowej przed i po wyleczeniu, oraz rentgenogramy kości udowej po operacyi zapalenia szpiku.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXXII. posiedzenie naukowe d. 19. listopada 1909.

I. Kol. Orest Litwinowicz przedstawia: *a*) chorego, u którego **wyjął zapomocą wziernika przełykowego kość** długą 2 cm, przyczem wydobyło się kilka kropel treści posoko-

watej; *b*) preparat **pierwotnego raka dolnej części tchawicy**, omawiając rozpoznanie różniczkowe i podnosząc rzadkość pierwotnego raka tchawicy. (W piśmiennictwie znanych tylko 41 przypadków). W dyskusyi przemawiali kol. Prof. Ziembicki, Prof. Jurasz, Hornowski.

II. Kol. Nowicki przedstawia: *a*) preparaty anatomiczne i histologiczne **mięsaka pierwotnego jąder i jego przerzutów** w gruczołach, nerkach, opłucnej, mięśniu sercowym i zwoju Gassera, podnosząc bardzo znaczne zajęcie i zniszczenie mięśnia sercowego, który pomimo tego jeszcze dość sprawnie pracował; *b*) preparat **torbieli skórzastej jamy opłucnej lewej** wielkości główki jednorocznego dziecka; w jamie torbieli typowa treść łojowata z włosami, ściany zropiałe i rakowato zmienione. Prelegent omawia powstawanie torbieli takich w klatce piersiowej; przedstawiony wyszedł najprawdopodobniej ze śródpiersia przedniego. Preparat zasługuje na uwagę także ze względu na usadowienie, wielkość i przejście w raka, co jest rzeczą nader rzadką.

III. Kol. Marek Reichenstein mówi o objawach klinicznych w tym przypadku torbieli skórzastej opłucnej. Obserwacya kliniczna i rentgenizacya przemawiały za obecnością ciała obcego. Przy nakłuciu wydobyto płyn krwawy. Prelegent omawia objawy, towarzyszące zwykle torbieli skórzastej w klatce piersiowej, po których można na pewne sprawę rozpoznać.

Dyskusya. kol. Prof. Herman mówi o złośliwości mięsaków jądra i omawia jeden z ostatnich własnych przypadków tego rodzaju. Kol. Pisek podnosi niestosunek między zmianami, znalezionymi w mięśniu sercowym przy przedstawionym mięsaku, a objawami klinicznymi. Kol. Ziembicki W. mówi o przypadku przerzutu mięsaka jądra w rdzeniu z następowem porażeniem kończyn dolnych. Kol. Hornowski omawia powstawanie torbieli skórzastych, podnosząc znajdowanie w ścianie torbieli składowych części płodu. W końcu przemawiał prelegent.

IV. Kol. Witold Ziembicki: **O uroroseinie i nefroroseinie.** Wykład był objaśniony przedstawieniem odczynów i obrazów spektroskopowych.— W dyskusyi zabierali głos Prof. Raczyński i kol Czarnik. *Nowicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

XIV. Wiec Izb lekarskich austryackich.

W dniu 25. i 26. listopada b. r. odbył się w Wiedniu XIV. Wiec Izb lekarskich austryackich przy niezwykle licznym udziale uczestników; 16 Izb lekarskich wysłało swych delegatów. Przy obradach, którym przewodniczył prezydent Izby lekarskiej wiedeńskiej, Prof. Dr Finger, obecny był także krajowy referent sanitarny, radca namiestnictwa Dr Netolitzky; w obradach nad niektórymi punktami uczestniczyli posłowie do Rady państwa Dr Michl i Dr Kindermann. Wiec zajmował się następującemi sprawami:

I. Przyjęto **sprawozdanie Izby zarządzającej i Wydziału wykonawczego** Izb lekarskich. Przy tej sposobności referent Wydziału wykonawczego, Dr Thenen, zawiadomił, że przygotowania do stworzenia własnego zakładu ubezpieczeń od wypadku zupełnie są ukończone i sprawa rokuje najlepsze powodzenie. Zakład ma powstać jako towarzystwo akcyjne z kapitałem zakładowym $1^1/_2$ miliona koron. W statutach zawarte jest postanowienie, że w radzie nadzorczej zasiadać ma co najmniej 4 lekarzy (na 8 członków), przez co wpływ lekarzy na cały zarząd przedsiębiorstwa będzie zapewniony. Wkrótce pojawią się odezwy z zaproszeniem do przystąpienia, przyczem i statuty zostaną lekarzom rozesłane.

II. W sprawie **ustawy o ubezpieczeniu społecznem** uchwalono następujące postulaty: 1) Współudział lekarzy w obradach nad ustawą (zawodowe reprezentacye w przybocznej Radzie pracy — »Arbeitsbeirat«). 2) Reprezentacye lekarskie w zarządach kas chorych z głosem doradczym. 3) Zapewnienie pomocy lekarskiej w ubezpieczeniach przymusowych ma być obowiązkowe i należy postarać się o dostateczną pomoc lekarską. Co do sposobu tej pomocy, o ile można, dążyć należy do porozumienia między kasami a reprezentacyami zawodowemi lekarzy. 4) Za najlepszy sposób pomocy lekarskiej uważa się zorganizowany wolny wybór lekarzy. Dopuszczalność tegoż ma być w statucie każdej kasy wyraźnie wyrażona, a praktyczne zaprowadzenie wolnego wyboru należy o ile możności ułatwiać. 5) Wynagrodzenie lekarzy ma być odpowiednie. Przy układaniu finansowych potrzeb kas chorych należy wstawić wystarczającą kwotę na pomoc lekarską. 6) Należy zawierać zawsze pisemne umowy, określające dokładnie prawa i obowiązki lekarzy. 7) Umożliwić zawieranie umów zbiorowych, przyczem pośredniczyć mają »komisye umów«, złożone równomiernie (paritätisch) z lekarzy i zastępców kas chorych. 8) Obowiązkowe, równomiernie złożone »sądy rozjemcze«, celem załatwiania zatargów wynikłych z umowy. 9) Obowiązkowe, równomiernie złożone »komisye pośredniczące« (»Einigungskommissionen«), mające na celu wyrównywać różnice zdań przed zawarciem umowy. 10) Od obowiązku ubezpieczenia wyjęte być mają osoby, których łączny dochód przekracza 2400 kor. rocznie. 11) Dobrowolne dalsze ubezpieczenie ma być dozwolone, jak długo łączny dochód roczny nie przekracza powyższej kwoty. 12) Dobrowolne przystąpienie do kas przymusowych ma być niedozwolone. 13) Ubezpieczenie rodzin jest pożądane i ma być obowiązkowe. Warunkiem jest uprzednie porozumienie co do pomocy lekarskiej. Wolny wybór lekarzy w pierwszym rzędzie ma być uwzględniony. 14) Przystąpienie przymusowo ubezpieczonych do kas zastępczych należy o ile możności utrudniać. Kasy zastępcze nadal mają być niedozwolone. 15) Zarejestrowane kasy związkowe i pomocnicze mają być jedynie kasami zapomogowemi dla zasiłków w razie choroby; nie mają mieć prawa do dawania członkom bezpłatnej pomocy lekarskiej. 16) Statystykę kas chorych należy zmienić; ma ona dawać jasny obraz ruchu chorych, jak również sposobu i rozmiarów udzielanej pomocy lekarskiej. 17) Do ustawy należy wprowadzić postanowienia, nakładające na kasy obowiązek wynagradzania lekarza, nie będącego lekarzem kasowym, za udzielanie pierwszej pomocy w przypadkach nie cierpiących zwłoki. 18) Postarać się o przepisy, któreby na kasy, ubezpieczające na wypadek niezdolności do pracy i na starość, nakładały obowiązek dostarczenia bezpłatnej pomocy lekarskiej dla wszystkich członków, pobierających rentę z powyższego tytułu. 19) W §§ 207 i 217 ustawy przy postanowieniach o świadectwach przy ubezpieczeniu od wypadku (»Unfallatteste«) należy dodać słowa »na koszt zakładu ubezpieczeń od wypadku«. 20) Zamieścić w ustawie postanowienie, mocą którego także takim ubezpieczonym, którzy poza okręgiem swej kasy zasłabną, miałoby przysługiwać prawo do bezpłatnego leczenia na koszt ich kasy, za pośrednictwem i pod kontrolą kasy, w której okręgu przebywają.

III. W sprawie projektu **reformy ustawy karnej** omawiano postulaty lekarzy, po większej części znane z wieców poprzednich. Ostatecznych uchwał nie powzięto.

IV. W sprawie **tytułów lekarskich i specyalistów** uchwalono: *a*) Dopuszczalne są tylko tytuły, nadane dekretem przez władze państwowe lub autonomiczne, w formie i brzmieniu takiem, jak oznaczono w dekrecie. O ile wolno używać innych tytułów, o tem rozstrzyga w każdym przypadku Izba lekarska, której każdy lekarz przedłożyć powinien tytuły, jakich zamierza używać. *b*) Tytułu specyalisty może używać lekarz, który przed Izbą lekarską udowodni, że w dotyczącej gałęzi nauki lekarskiej nabył dokładnych i gruntownych wiadomości. Natomiast oświadcza się Wiec przeciw wszelkim egzaminom specyalistów. Posiadający tytuł specyalisty powinien się ograniczyć do wykonywania wyłącznie tylko swojej specyalności. Sposób i brzmienie, jakiem lekarz wobec publiczności ogłasza swoją specyalność, podlega ocenieniu Izby lekarskiej. *c*) W uwzględnieniu potrzeb lokalnych poszczególne Izby lekarskie mają rozstrzygnąć, które gałęzie specyalne wolno łączyć, czyli równocześnie wykonywać. *d*) Wydział wykonawczy Izb lekarskich zastanowi się nad postanowieniami przejściowemi przy wprowadzeniu w życie powyższych uchwał.

V. Co do rządowego projektu **ustawy o chorobach zakaźnych** uchwalono, by Wydział wykonawczy do wiadomości rządu podał, co następuje: 1) Wiec wyraża ubolewanie, że projektu ustawy nie udzielono Izbom lekarskim do ocenienia. 2) Projekt rządowy w najważniejszych częściach nie odpowiada wymogom nowoczesnej wiedzy lekarskiej i praktyki lekarskiej ani co do higieny, ani pod względem społecznym.

Pod względem zawodowo-lekarskim wiec wypowiada następujące żądania: 1) Należy przeprowadzić dokładny podział uprawnień lekarza urzędowego z jednej, a praktycznego z drugiej strony. 2) Doniesienia o przypadkach chorób zakaźnych mają być wynagradzane; należne za to kwoty mają być wypła-

cane lekarskim funduszom dobroczynnym. 3) Zaopatrzenie lekarzy i ich rodzin według VIII. klasy rangi urzędników państwowych ma być rozszerzone także na lekarzy praktycznych, którzy w wykonywaniu zawodu wskutek zakażenia się podczas epidemii staną się niezdolni do pracy, lub śmierć poniosą. Lekarzom epidemicznym należą się przez czas ewentualnej choroby pełne dyety i zasiłek. 4) Przewidzianych w § 37 premii za szczególne usługi przy tłumieniu epidemii lekarze przyjąć nie mogą. (Oznaczone w tym § premie wynoszą aż do 200 koron!!). 5) Wysokość kar i grzywien należy zniżyć.

W końcu wiec Izb lekarskich uważa za potrzebne, by wkrótce powstała ustawa o przewlekłych chorobach zakaźnych, t. j. o gruźlicy i kile.

VI. W sprawie różnic między wydanymi przez ministerstwo przepisami co do **zapisywania leków**, a **normami kas chorych**, uchwalono zwrócić się do odpowiednich czynników, by różnice te usunąć.

VII. Polecono Wydziałowi wykonawczemu Izb lekarskich, by na podstawie referatu Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej wypracował **nową taryfę sądowo-lekarską** wraz z memoryałem do rządu w tej sprawie.

VIII. Uchwalono, by Izby lekarskie oświadczyły, że **bezpłatne leczenie zamożnych chorych** w miejscach kąpielowych nie licuje z godnością stanu lekarskiego. Chodzi tu o chorych, należących do różnych stowarzyszeń dobroczynnych, jak np. do Tow. »Białego Krzyża« lub »Złotego Krzyża« itd. (Wniosek sekcyi niemieckiej Izby lek. w Pradze).

IX. Na wniosek sekcyi czeskiej Izby lek. w Pradze uchwalono, że **lekarzom pomocniczym** szpitali i klinik, **którzy nie zajmują posady stałej, nie wolno równocześnie pełnić czynności lekarzy kasowych.** Wyjątki dozwolone są jedynie za uchwałą odpowiedniej Izby lekarskiej. Powodem tego postanowienia jest między innemi okoliczność, że w niektórych większych miastach lekarze pomocniczy załatwiali ambulatoryum kasowych chorych w szpitalu lub na klinice, przyczem, obniżając ceny, wyrządzali szkodę lekarzom praktycznym, walczącym o poprawę warunków bytu.

X. Wypracowany przez Izbę lek. styryjską referat w sprawie zmiany przestarzałej **ustawy sanitarnej państwowej** przydzielono Wydziałowi wykonawczemu do rozpatrzenia.

XI. To samo uczyniono z projektem Izby lek. śląskiej, tyczącym się **opodatkowania specyfików**, przyczem uchwalono zwrócić uwagę rządu na nadużycia, popełniane rozpowszechnianiem i ogłaszaniem środków tajnych.

XII. Na wniosek Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej uchwalono zwrócić się do ministerstwa sprawiedliwości z prośbą o rozstrzygnięcie, **czy lekarz więzienny ma obowiązek pełnić bezpłatnie czynności znawcy sądowego** i orzekać o uszkodzeniach więźnia na rozprawie, na której więzień ten występuje jako poszkodowany. Zdarzyło się bowiem, że dozorca pobił więźnia; przy rozprawie obaj lekarze więzienni orzekali o jego uszkodzeniach. Sąd krajowy wyższy odmówił tym lekarzom wynagrodzenia za orzeczenie, powołując się na to, iż »lekarz więzienny ze stałą remuneracyą obowiązany jest do pełnienia wszystkich czynności sanitarno-lekarskich w domu więziennym, a w szczególności do badania stanu bez względu na przyczynę choroby«.

XIII. Na wniosek Izby lek. tyrolskiej postanowiono dążyć do tego, by **doniesienia o wypadkach w przedsiębiorstwach**, zobowiązanych do ubezpieczenia robotników od wypadku, były obowiązkowo wystawiane przez lekarzy, a płacone przez przedsiębiorców.

XIV. Na wniosek Izby lek. styryjskiej uchwalono zwrócić się do rządu z prośbą o wydanie przepisów, któreby zapobiegły **nadużyciom recept** na środki silnie działające.

XV. Na wniosek Izby lek. dolno-austryackiej postanowiono, by lekarze obejmowali **posady** o stałem wynagrodzeniu **tylko na podstawie umowy,** przez odpowiednią Izbę lekarską zatwierdzonej. Schemat takiej umowy rozesłany został Izbom lekarskim, które mogą go oczywiście zmieniać w miarę odmiennych potrzeb lokalnych.

XVI. Na wniosek Izby lek. zachodnio-galicyjskiej uchwalono poczynić kroki, aby władze wojskowe były poinformowane, że § 7 rozporządzenia cyrkularnego z r. 1859, zawierającego przepisy **o leczeniu żołnierzy i żandarmeryi przez lekarzy cywilnych**, wskutek późniejszych rozporządzeń stracił moc obowiązującą. Paragraf ten orzekał, że lekarz »pozostający w służbie publicznej« ma obowiązek żołnierzy leczyć bezpłatnie. Mimo to zdarza się bardzo często, że władze wojskowe odmawiają lekarzowi wynagrodzenia za leczenie żołnierzy, niesłusznie powołując się na to, iż jest lekarzem gminnym lub okręgowym. Równocześnie przyjęto wniosek tejże Izby zachodnio-galicyjskiej, by dążyć do zmiany taryfy, zawartej w rozporządzeniu cyrkularnem ministerstwa obrony krajowej z r. 1891, określającej wysokość honoraryum za leczenie żołnierzy i żandarmeryi, albowiem taryfa ta wprost ubliża stanowi lekarskiemu. Jako przykład: za wyjazd do chorego, o 7 kilometrów oddalonego od miejsca zamieszkania lekarza, przyznaje taryfa łącznie z »dyetami, kosztami podróży i ordynacyą lekarską« 3 K. 78 h.

XVII. W sprawie **techników dentystycznych** powzięto następującą rezolucyę: 1) Wiec Izb lekarskich austryackich protestuje stanowczo przeciw wszelkiemu oddawaniu laikom lekarskiego zakresu działania i nie zgodzi się pod żadnym warunkiem na przyznanie im praw lekarskich. 2) Wiec Izb lekarskich oświadcza, że jeżeli się technikom dentystycznym nadaje uprawnienia lekarskie, na zasadzie dotychczasowego ich partactwa, to jest to sprawa, która nie dotyczy wyłącznie lekarzy dentystów, ale jest sprawą, obchodzącą wszystkich lekarzy bez różnicy specyalności, albowiem tego rodzaju »miłosierne uczynki« na koszt lekarzy mogłyby stać się prejudykatem na przyszłość. Dlatego nie przyznaje się lekarzom dentystom prawa do zawierania ugody pod tym względem bez przyzwolenia ogółu lekarzy. 3) Wiec Izb lekarskich oczekuje, że rząd na to, by popełbić akt oportunizmu, nie zechce naruszyć uprawnień uniwersytetów, które jedynie i wyłącznie nadawać mogą prawo praktyki.

XVIII. Na wniosek Izby lek. wiedeńskiej uchwalono zwrócić się do rządu o wydatniejszy **udział lekarzy praktycznych i zastępców Izb lekarskich w Najwyższej Radzie Zdrowia.** Przy tej sposobności delegaci sekcyi czeskiej Izby lek. w Pradze i Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej wskazali na to, że w składzie Najwyższej Rady Zdrowia kraje ich nie są w odpowiedniej mierze uwzględnione.

XIX. Na wniosek sekcyi czeskiej Izby lek. w Pradze postanowiono dążyć do zmiany przestarzałych przepisów **o homeopatach,** w szczególności do tego, by im odebrano prawo dyspensacyi leków bez osobnej koncesyi, jako uprawnienia, którego inni lekarze nie posiadają.

XX. Na wniosek Izby lek. morawskiej uchwalono **taryfę za świadectwa lekarskie celem ubezpieczenia** na wypadek niezdolności do pracy, a mianowicie za zwykłe badanie wraz z orzeczeniem 10 kor., za badanie zmysłów, t. j. oczu i uszu po 2 kor. osobno; kwoty te dotyczą badania w pokoju ordynacyjnym lekarza.

XXI. Uchwalono zwrócić się do rządu z przedstawieniem, by zaniechano projektu **opodatkowania wód mineralnych.** Rzecz godna uwagi, że projekt rządowy rozróżnia wody mineralne lecznicze i wody mineralne stołowe. Wody stołowe mają być opodatkowane; do nich zaliczono jednak szczawy alkaliczne, o których własnościach leczniczych układający projekt widocznie nic nie wiedział.

XXII. Jako Izbę zarządzającą wybrano ponownie wiedeńską; następny wiec jednak odbyć się ma w Bernie Morawskiem.

Do Wydziału wykonawczego Izb lekarskich weszli pp.: Festenburg (Lwów), Finger (Wiedeń), Kučera (Berno), List (Retz), Petrina (Praga), Schlömicher (Graz).

Dr Schoengut.

Zjazd delegatów Związku państwowego organizacyi lekarskich w Wiedniu w d. 23. i 24. XI. 1909.

Obecni: Dr Pick i Perko (ze Związku czesko-niemieckiego), Prof. Wicherkiewicz (Zw. galicyjski), Dr Rohmberg (Zw. przedarul.), Dr Franc. Wolf (Zw. niem. Tyrolu), Dr Heschel i Lederer (Styrya bez Gracu), Dr Rothenpieler (Karyntya), Dr Maggi (Dalmacya), Dr Gassner (Grac), Dr Reh (Austrya górna), Dr Hellbich (z org. czeskiej), Dr Schindler i Freundlich (Morawy), Dr Defrancesci (Kraina), Dr Riss i Koralewski (Austrya niższa), Dr Skorscheban, Dr Gruss, Dr Theimer, Dr Thenen, Dr Grün, Dr Hauschka, Dr Hiebel i Prof. Koenigstein (z org. wiedeńskiej), Dr Paul i Dr Winter (z org. lek. austr.), Dr Stiller (Śląsk), Dr Castiglioni (Tryest), wreszcie jako gość, generalny sekretarz Związku lipskiego Dr Kunze.

W przemówieniu wstępnem podkreśla prezes Związku państwowego, Dr Gruss, ciężki los, na jaki wystawieni są lekarze, a zwłaszcza teraz wobec projektu ubezpieczenia społecznego. Nawet projekt rządowy, dopuszczający granicę dochodową, na którą lekarze mogliby się zgodzić, t. j. 2400 kor., został przez sam rząd prawie bez obrony pozostawiony losowi, gdy wszystkie czynniki są lekarzom przeciwne, bądź z braku zrozumienia

rzeczy, bądź, i to przeważnie, dla osiągnięcia pewnych zysków politycznych. Ale przygotowani na wszystko podejmiemy walkę, zapowiadającą się według wyników ankiety w tej sprawie. Niestety ankieta ta nie mogła wypaść rzeczowo, bo zaproszono tylko niewielu lekarzy, i to bez porozumienia się czy to z Izbami, czy z organizacyami, jak być powinno. Potrzeba skupić wszystkie siły nasze, a te objawić się mogą tylko przez ściśle zszeregowanie się wszystkich lekarzy w związki. (Powinno to i dla naszych kolegów w Galicyi być wskazówką, by ciprędzej przystąpili do organizacyi bez zastrzeżeń, jakich nigdzie zresztą nie robiono).

Po przemówieniu prezesa przyjęto nowe organizacye do Związku, a mianowicie Związek krajowy galicyjski, Związek lekarzy śląskich i Organizacyę lekarzy gminnych i obwodowych Moraw. Przedłożono zaś do ratyfikacyi układ z organizacyą lekarzy Czechów, która to organizacya na 2060 lekarzy liczy 1842 członków z wkładką 24 koron rocznie, a wszyscy ci lekarze bez najmniejszego wahania zgodzili się na podpisanie deklaracyi czyli rewersu na 2000 kor., któreby zapłacili w razie niedotrzymania zobowiązania. Stosunek układowy ze Związkiem państwowym daje Czechom tę korzyść, iż mają wolną rękę w zarządzaniu bojkotów u siebie i w wydawaniu ostrzeżeń, a płacą tylko 500 koron rocznie do kasy Związku. Czesi zastrzegli sobie korespondencyę w dwojakim języku, t. j. Związek pisze po niemiecku, organizacya po czesku.

Do wydziału pracy (Arbeiterausschuss) wybrano tych samych kolegów, którzy zasiadali dotychczas, t. j. Rothenpielera, Gassnera, Defranceschi, Picka.

Sprawozdanie prezydyum Związku za rok ubiegły będzie drukowane.

Kasowe sprawozdanie złożył Dr Skorscheban: dochody z r. 1908 wynosiły 6360, w r. 1909 5996, saldo 931, razem 12987 kor. — Wydatki w r. 1908 wynosiły 5496, w r. 1909 4508, pozostaje na rok następny 2808 kor. gotówką.

Dr Reh proponował podwyższenie wkładki, gdyż potrzeba archiwum, biblioteki i stałego sekretarza płatnego, a według obliczeń Dra Picka, wydatki wynosiłyby na pokrycie tego 25—30 tysięcy koron, lecz sprawa ta powinna być załatwiona w wydziale pracy. Dr Gruss wyraża życzenie, by wszyscy członkowie organizacyi przysyłali odbitki prac, traktujących sprawy społeczno-lekarskie, do prezydyum Związku; w ten sposób powstanie początek biblioteki.

Dr Skorscheban wprowadza następnie deputacyę lekarzy pomocniczych wiedeńskich, którzy swego czasu wygotowali memoryał i wręczyli go min. spraw wewn. Haerdtlowi, jakoteż namiestnikowi hr. Kielmanseggowi w sprawie polepszenia swego położenia socyalnego i ekonomicznego. Żądano przytem podwyższenia płac, powiększenia ilości sekundaryuszy, zaprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia od wypadku i odpowiedzialności (Haft u. Unfallvers.), przedłużenia urlopu, zupełnego wiktu i opału, a nadto, by tylko 30 łóżek przypadało na jednego lekarza pomocniczego. Deputacya wracała od namiestnika, który przyjmując ją, zaznaczył, iż komisya, której referat przydzielono, popiera wogóle życzenia lekarzy, a on sprawę do ministeryum przesyła. Ponieważ jednak z podobnemi żądaniami występują i lekarze prymaryusze, przeto na spełnienie życzeń i lekarzy pomocn. i prymaryuszy będzie potrzeba w samych zakładach wiedeńskich najmniej milion koron. Co do pomnożenia sekundaryatów na podstawie ilości łóżek, to sprawa ta powinna być pozostawiona dyrektorom pojedynczych zakładów. Deputacya przytoczyła zapewnienie namiestnika, iż co do ubezpieczenia od wypadku i odpowiedzialności, to wskaże petentom adwokata, który w poszczególnych przypadkach sprawę poprowadzi; w końcu udzielił namiestnik ojcowskiej rady: »Man solle doch das gute Fahrwasser nicht stören«. — Zgromadzenie przyjęło sympatycznie komunikat lek. pomoc., a Dr Gruss zapewnił, że Związek państwowy poprze żądania i zachęcał, by wszyscy lekarze pomocniczy i asystenci klinik przystępowali do organizacyi, przez którą słuszne żądania stanowe znajdują poparcie i bywają ziszczane.

Następnie kolejno przedstawiali delegaci rozwój organizacyi. Z tego przedstawienia wynikało przedewszystkiem to, iż nigdzie nie robiono trudności z powodu deklaracyi, iż mniej więcej wszędzie lekarze są zorganizowani, w niektórych jednak krajach tylko jako organizacye ekonomiczne. Czeska obejmuje Czechy, Morawy i Śląsk, ma 28 okręgów a 12 sekcyi specyalnych. W Karyntyi bez wyjątku wszyscy lekarze należą do organizacyi, to też delegat tej organizacyi Dr Rothenpieler śmiało zapowiadał, że w razie potrzeby, gdyby mianowicie żądania lekarzy co do granicy majątkowej przy ubezpieczeniach w kasach chorych nie miały być przyjęte, wszyscy usuną się od wykonywania praktyki w kasach. Organizacya taka jest w Karyntyi tem potrzebniejsza, iż niema tam Izby lekarskiej. W podobnym duchu rozwijają się inne organizacye, a delegaci przytaczają niektóre przypadki, z których wynika, jak ciężką, ale skuteczną walkę zjednoczeni lekarze prowadzić są zdolni. Dr Mazzi z Dalmacyi (Spalato) przytacza przypadek, gdzie członek organizacyi przyjął miejsce w pewnej bojkotowanej kasie. Organizacya na prośbę zniżyła mu karę z 2000 na tysiąc, którą to kwotę winowajca złożył. Później pokazało się jednak, że kwotę wydał nie ze swej kieszeni, ale z zasobów kasy. Z tego pokazuje się, że kara 2000 koron w pewnych przypadkach jest za nizka.

Dr Thenen przedstawił plan utworzenia przez lekarzy tow. akcyjnego ubezpieczenia od przypadków i odpowiedzialności (Unfall u. Haftpflichtges.) z kapitałem półtora miliona koron, zebranym na akcye po 200 kor.

»Clou« popołudniowego posiedzenia stanowiła bardzo wyczerpująca rozprawa, dotycząca najważniejszej sprawy, tj. ubezpieczenia społecznego, o ile ono dotyka stosunku lekarzy do kas chorych. Referat bardzo wyczerpujący złożył raz jeszcze ustnie na podstawie już drukowanego Dr Pick z Aussig, który okazał się doskonałym znawcą przedmiotu i biegłym mowcą. Przemówienie swe zakończył referent postawieniem następujących tez: 1) Dla przymusowego ubezpieczenia oznacza się granicę nie wyższą nad 2400 kor. 2) Dobrowolne przystąpienie do kasy przymusowej jest niedozwolone. 3) Także w kasach przymusowych wybór dowolny lekarza powinien być prawnie ustalony. 4) Unormowanie sprawy honoraryów pomiędzy kasami a lekarzami przez ustawowe stworzenie komisyi ugodowych i pojednawczych (Vertrags u. Einigungskommissionen). 5) Ubezpieczenie rodzin tylko wtenczas jest dopuszczalne, gdy granica majątkowa nie będzie przekraczać 2400 kor., a wybór lekarzy stanie się dowolnym. 6) Zakazuje się wolnej lekarskiej pomocy w jakiejkolwiek postaci w kasach pomocniczych rejestrowanych i stowarzyszeniach. 7) Kasy przymusowe, nie dające jednak pieniężnego wsparcia, powinny również wykazywać działalność lekarską, z której członkowie korzystali, a to celem osiągnięcia ścisłego materyału statystycznego w interesie publicznego dobra.

W dyskusyi Dr Hellbich stawia poprawkę do § 52, by chorzy, udający się poza okręg kasy, pozostawali pod kontrolą kasy ich nowego miejsca pobytu. Dr Gassner zachęca do zwalczania »pasorzytów« i radzi nie dopuścić do kompensacyi. Dr Lederer jest przeciwnikiem autonomii kas, natomiast Dr Grün przemawia za nią ze względów społecznych. Zwracano dalej słusznie uwagę, iż mało jest przedstawicieli lekarzy w parlamencie; decepcye w radzie państwa nas nie miną, dlatego przygotować trzeba nasze środki obronne. *B. Wicherkiewicz.*

(Dokończenie nastąpi).

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Lekarz w Starym Samborze, pełniący od r. 1902 obowiązki zastępcy lekarza miejskiego, czyni starania o uzyskanie posady miejskiej, opróżnionej wskutek śmierci dotychczasowego lekarza. — Na podstawie uchwały Wydziału Izby z dnia 22. listopada wzywa się kolegów, aby przy rozpisaniu ponownego konkursu o tę posadę się nie ubiegali, bez poprzedniego porozumienia się z Izbą.

Wiceprezydent Izby lek. wsch.-gal.: *Dr Papée.*

Związek państwowy organizacyi lek. austr. podaje do wiadomości, że bojkot posady w Toblach w Tyrolu skończył się zupełnem zwycięstwem organizacyi. Prezes: *Dr A. Gruss.*

Cavete! Wśród posad, przed których przyjmowaniem ostrzega Związek państwowy organ. lek. austr., znajduje się nadal posada gminna i kasowa w Piotrowicach na Śląsku cieszyńskim. *R.*

XVII. Wiec Stowarzyszeń lekarskich austr. (Aerztevereinstag) odbył się w Wiedniu 24. XI. 1909 pod przewodnictwem Dra Svetlina, Festenburga ze Lwowa i Brennera z Linzu. Związek Stowarzyszeń lekarskich (Aerztevereinsverband) ma 4700 kor. majątku i 164.749 kor. funduszu dla wdów i sierot. Na wiecu uchwalono wniosek zarządu, wyrażający życzliwe stanowisko Związku wobec organizacyi lekarskich, którym związek pozostawia działalność zawodową, ograniczając się do działalności humanitarnej, oraz rezolucyę, oświadczającą się przeciw podniesieniu granicy dochodu przy ubezpieczeniu w kasach chorych

powyżej 2.400 kor. i protestującą przeciw temu, że do ankiety w sprawie ubezpieczenia społecznego nie zostały zawezwane Izby lekarskie. *R.*

Galicyjscy członkowie Najwyższej Rady Zdrowia utworzyli (jak donosi »Kuryer lw.« z 26. XI. 1909) w d. 13. XI. w Wiedniu w liczbie pięciu (szósty, Dr Sielski, nie przybył na posiedzenie Rady) odrębną grupę pod przewodnictwem Prof. Kostaneckiego, postanawiając występować zawsze solidarnie. Według »Kuryera« oprzeć się ma grupa galicyjska na krajowej Radzie Zdrowia, »której będzie przedkładała do przedyskutowania i wstępnego sformułowania najważniejsze postulaty«, a przedewszystkiem ma się domagać, by rząd celem zwalczania epidemii w Galicyi zorganizował szpitale ruchome i ekspedycye naukowe. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Proszę Szanownych Kolegów, którzy dotychczas kwoty 2 koron za znaczki noworoczne na fundusz wdów i sierot nie przesłali, by to uczynić zechcieli najpóźniej do 25 grudnia b. r., a to ze względu na zamknięcie rachunków za rok 1909.

Kwotę proszę przesłać albo czekiem pocztowej kasy oszczędności, albo, w razie zagubienia go, przekazem pocztowym pod adresem: Administracya znaczków receptowych, Kraków, Floryańska 22. II. piętro.

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 14. XI. do 20. XI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 5 (w tem obcych 1 † 2), płonicy 41 † 7 (4 † 1), odry 231 † 6 (2 † —), duru brzusznego 4 (3). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. XI. do 27. XI. zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 1 (w tem obcych 5 † 1), płonicy 4, odry 1, duru osutkowego podejrzenie 1 (1), duru brzusznego 9 † 1 (8 † 1), gorączki połogowej 2 † 2. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 7. XI. do 13. XI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 25 † 6, odry 4, płonicy 12 † 1, błonicy 5 † 1, róży 18, duru brzusznego 15 † 4, duru osutkowego 6, duru powrotnego 2. (*Gaz. lek.* Nr 48).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 1. XII. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Browicz miał wykład p. t. »Etyologia raka«. W dyskusyi przemawiali Prof. Kostanecki i prelegent. Dalszy ciąg dyskusyi odłożono na następne posiedzenie, mające się odbyć w d. 15. XII.

— W Kasie chorych Stowarzyszenia kupców i młodzieży handlowej w Krakowie ma być obsadzona prowizoryczna posada lekarza. Wiadomości udziela Biuro Izby lekarskiej zach.-gal. (Radziwiłłowska 4, od 2—3 popoł.).

— Na kursa lekarskie przybyło szczupłe grono uczestników, dlatego też całkowicie zorganizował się dotąd tylko kurs medycyny wewnętrznej i okulistyki, a inne tylko częściowo.

— Towarzystwo »Bratnia pomoc medyków U. J.«, ukonstytuowane w maju b. r., miało przez czas swej działalności dotychczas 3703·38 kor. dochodu, a 1718·07 rozchodu; fundusz im. Jordana (na pożyczki rygorozalne) wynosił 277·40 kor. Członków zwyczajnych było 186, wspierających 9, założycieli 6. Prezesem Towarzystwa jest p. Józef Szymanowicz, kuratorem Prof. Dr Kostanecki.

— Dzienniki warszawskie donoszą, że w Krynicy powstać ma kosztem 2½ miliona koron sanatoryum o 150 pokojach, posiadające własne źródło gazowo-mineralne »Marya« i że na czele tej sprawy stoją poseł Dr R. br. Battaglia, p. L. Hassfeld z Warszawy i Dr H. Ebers.

— Budowa kolei z Muszyny do Krynicy została rozpoczęta.

Lwów. Bank krajowy za pozwoleniem Wydziału krajowego rozszerzył granice kredytu hipotecznego dla zdrojowisk, co niewątpliwie może znacznie ułatwić ich rozwój.

Warszawa. Kierownik pracowni Towarzystwa lek. warsz., Dr Serkowski, podaje do wiadomości, że pracownia wyrabia do celów doświadczalnych i leczniczych na użytek szpitalny: pyocyanazę, szczepionkę przeciwdurową, przeciwcholeryczną, przeciwpaciorkowcową i przeciwgronkowcową, których na żądanie ordynatorów szpitali dostarcza bezpłatnie. Pracownia Towarzystwa otwarta jest dla członków codziennie od 8 rano do 10 wieczór, a do pomocy pracującym obecni są codziennie kierownik od 1—3, chemik od 6—10, laborantka cały dzień.

— Na ogólnem zgromadzeniu Towarzystwa naukowego warszawskiego w dniu 25. XI. z powodu zrzeczenia się p. Władysława Janowskiego wybrano na sekretarza Towarzystwa p. Franciszka Puławskiego, a na członków zarządu Tow. wybrano powtórnie pp. Władysława Janowskiego, J. K. Kochanowskiego i Feliksa Kucharzewskiego.

Z różnych stron. Porządek dzienny IX ogólnego zgromadzenia »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 13/26. XI. b. r. obejmował obrady nad udziałem »Związku« w XII. Zjeździe rosyjskich przyrodników i lekarzy w Moskwie, oraz wykład inż. S. Dudrewicza: »Mechaniczne filtry dla wody do picia z zupełnem zatrzymaniem drobnoustrojów według metody inż. O. Scheidta«.

— Prof. Szawłowski został po wysłużeniu 25 lat w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu zatwierdzony na dalsze 5 lat w urzędzie.

— Dyplomy lekarskie otrzymali w Kijowie następujący Polacy: E. Bratkowski, B. Czapirzyński, K. Dietrich, T. Grabowski, M. Kojdecki, B. Koneczny, E. Kostrowski, A. Kowalewski, A. Ostrowski, L. Radwański, M. Sagatowski, L. Sielicki, E. Studziński, L. Tarnawski, K. Zamojski, J. Zasławski.

Mianowani: Profesorem higieny w Heidelbergu Prof. H. Kossel z Giessen;

Dr Adam Sterczyński w Warszawie, lekarzem nadetatowym przy zachodnim zarządzie górniczym.

Zmarli: Dr Stanisław Szczytnicki, krakowianin, lekarz marynarki austr. »Lloydu« w drodze z Bombaju do Tryestu; higienista Prof. Bubnoff z Moskwy, okulista ks. Karol Teodor bawarski w 70 r. ż.; Dr H. Adler, redaktor »Wiener med. Wochenschrift«, wybitny znawca medycyny społecznej i szermierz spraw zawodowych w 61 r. ż.; chirurg Prof. Jordan w Giessen.

Redakcya otrzymała. Dr Józef Pawiński: Prof. Ignacy Baranowski. (Życiorys). »Pam. Tow. lek. warsz.« 1909. — Dr R. Spira: »Über die Behandlung akuter Mittelohrentzündungen mit Hilfe der Stauungshyperaemie. »Heilkunde« 1909. — Dłuski i Rospędzihowski: Blutuntersuchungen nach der Arnethschen Methode im allgemeinen und in der Tuberkulose im speziellen. 102 von uns untersuchte Fälle. »Beiträge z. Klinik der Tuberkulose« 1909. — Brodzki: Über die Dichtigkeit des Nierenfilters. »Therapie der Gegenw.«. 1909. — E. Ehrenpreis: O bezpłodności kobiecej w małżeństwie. »Nowiny lek.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222

SOL BOROWINOWA
suchy wyciąg
w paczkach à 1 kg.

ŁOG BOROWINOWY
płynny wyciąg
w paczkach à 2 kg.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków. Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Collargol Konsekwentnie przeprowadzone leczenie collargolem (wlewania, wstrzykiwania) leczy przy dostatecznem dawkowaniu wiele przypadków najcięższego **zakażenia ogólnego.**

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. **Łączy działanie bismutu i tanniny.**

Xeroform Bezwzględnie nietrujący, niedrażniący, dający się wyjałowić **proszek do posypywania ran.** Środek swoisty przy **sączących wypryskach, wrzodzie goleni, oparzeniach.**

Creosotal „Heyden“, Duotal „Heyden“, dawno wypróbowane środki lecznicze przy wszystkich chorobach zakaźnych dróg oddechowych.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 a.

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 E. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Abacya willa Heim
PENSYONAT LECZNICZY

WANDY MARCHLEWSKIEJ pod kierunkiem lekarskim Dra Xawerego Gorskiego otwarty cały rok. 247

PEPTONATE DE FER ROBIN



odkryty przez autora w roku 1881.

Wprowadzony urzędowo w szpitalach paryskich i przez Ministerstwo kolonialne.

Leczy:

anemię
blednicę
osłabienie 103a

Nie psuje żołądka, nie czerni zębów, nie wywołuje nigdy zaparcia.

Przetwór ten żelaza ulega bardzo łatwo asymilacyi.

Sprzedaż en gros: 13 rue de Poissy, Paris.

Drobiazgowa: w pierwszorzędnych aptekach.

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Miesienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 123

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Resorbina rtęciowa

szara i czerwona

9 d $33^1/_3\%$ & 50%

Próbki i piśmiennictwo na życzenie.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation
Pharmaceut. Abteilg. Berlin S. O. 36.

Najczystsze leczenie wcieraniem
Bez zapachu

Nie wala bielizny.

Ordynacya:

Ad tubam graduatam

Rurki szklane z podziałkami

à 15 i 30, $33^1/_3\%$ 25 i 50 gr. 50%

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy **schorzeniach narządów oddechania**, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

**Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.**

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
**Apteka „Reichspalatin“
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.**

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).



Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.

Fabryka chemiczna Drów R. Scheublégo i A. Hochstettera, Tribuswinkel, Austrya Dolna,

poleca łaskawej uwadze PP. lekarzy, preparat swój: 269

Salimentol, ester mentolowy kwasu salicylowego, płyn prawie bezwonny i bez smaku, stosowany wewnętrznie i zewnętrznie w wypadkach: zapalenia stawów, rwy kulszowej, postrzału, neuralgii, gośćca, wewnętrznie także jako antisepticum jelitowe w wypadkach biegunki, wzdęcia itp.

Dla PP. lekarzy próbki i literatura w języku polskim bezpłatnie.

Skład główny dla Galicyi i Królestwa Polskiego Dr A. Zarewicz, Wiedeń I. Ballgasse 6

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

Prof. Dr W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWO UPRAWNIONA FABRYKA 201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telefon Nr. 227).

c) Normalne wody mineralne:

Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr.	Woda lecznicza	flaszka	h.
I	Normalna	3/4 l.	40	VIII	Glauberska słabsza .	3/4 l.	33	XV	Bromowa mocna . .	1/2 l.	40
II	Alkaliczna słabsza .	»	33	IX	Magnowa	»	42	XVI	Żelazista	3/4 l.	40
III	» mocna . . .	»	40	X	Wapniowa	»	42	XVII	Arsenawa	1/2 l.	50
IV	Słona słabsza . . .		38	XI	Litowa	»	50	XVIII	Arseno-żelazista . . .	1/2 l.	50
V	» mocniejsza . . .	»	42	XII	Jodowa słabsza . . .	»	50	XIX	Dyetetyczna	3/4 l.	40
VI	Alkaliczno-słona .	»	33	XIII	» mocniejsza .	1/2 l.	50	XX	Kwaskowata	1/2 l.	30
VII	Glauberska mocna . .	»	42	XIV	Bromowa słabsza . .	3/4 l.	40	XXI	Stołowa normalna . .	3/4 l.	33

d) Wody organiczne lecznicze:

Nr.		h.	Nr.		h.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata . . .	42	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. **fortior** » . . .	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata	45
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana	45			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz »**normalna**« i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco.

VICHY ETAT

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY

Własność rządowa francuska

VICHY ETAT

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przspisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organow żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMES VICHY-ETAT Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ" PIOTRA MIKOLASCHA

wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca ustalonej sławy WINA LECZNICZE

przez Dra Karela Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych

Chemiczna fabryka „G. RICHTER" Budapeszt X.

HYDROPYRINA

Rozpuszczalne w wodzie połączenie kwasu acetyl-salicylowego. Działa skuteczniej niż aspiryna. Środek swoisty przy influenzy i zapaleniach stawów.

„HYDROPYRINA" przeznaczona świeżo do obiegu jest bez smaku, nie jest hygroskopijną i nie ulega rozłożeniu. Proszek i kołaczyki.

Cena fiolki 20 × 0·5 albo 10 × 1·0 gr. Kor. 1·20 hal. 145
„ „ 10 × 0·5 „ 0·65 „

NOVOCOL RICHTER

(Sód gwajakolowo-fosforowy)

zawiera 50% gwajakolu.

Nowe rozpuszczalne we wodzie połączenie gwajakolu.

WSKAZANIA: Gruźlica płuc, przewlekły nieżyt oskrzeli i krztusiec. Wybitny środek wykrztuśny. We flaszkach oryg. jako Syr. Novocol Richter, jako proszek krystaliczny i w kołaczykach wprowadzony do handlu. — Dawka dzienna: dorosłym 0·25—0·50 gr. 3 razy; dzieciom 0·10—0·15 gr. 3 razy.

PEROXYGENOL

chem. czysty 30% nadtlenek wodoru, we flaszkach oryg. zatopionych parafiną po 50 i 200 gr.

BROMLECYTYNA „RICHTER"

Działanie Bromlecytyny „Richter", która w żołądku w przeciwieństwie do lecytyny, nie ulega rozłożeniu, ale nie rozłożona ulega wessaniu, przewyższa w skuteczności pojedyncze swe części składowe.

Wskazania: Neurastenia, blednica, niedokrewność.

JOC-LECYTYNA „RICHTER".

Idealny przetwór jodowy, zawierający 32% jodu przy wrodzonej kile, zastarzałych chorobach na tle kiły i przy leczeniu przeciwkiłowem, kiedy jod ma być przez dłuższy czas podawany, dalej przy zołzach, miażdżycy tętnic, astmie, rozedmie.

Cena flakonu zawierającego 50 pigułek po 0·1 gr. jod-lecytyny Kor. 4.

Aether pro narcosi Richter we flaszeczkach oryg. po 50 i 100 gr.

Chloroform pro narcosi Richter we flaszeczkach oryg. po 25, 50, 100, 250 i 500 gr.

Hydrogenium peroxydatum medicinale 3% Richter we flaszeczkach oryg. i balonach.

Tonogen Suprarenale „Richter".
Tonocain Suprar. „Richter".
Tabletki Lecytynowe „Richter".
Lecytyna granulée „Richter".
Oleum Jecoris Aselli C. Lecith. „Richter".
Alexipon „Richter".
Proteoferrin „Richter".
Tabl. Ovarii „Richter".

PRÓBKI DLA PP. LEKARZY NA ŻYCZENIE!

Syrup Valeriano-Bromatus, comp. „Jahr"

smaczny i lekkostrawny. 215 b

Najlepszy sposób podania **soli bromowych, waleryanowych, fosforowych i wyciągu z orzechów Kola w postaci syrupu.** Przykry smak waleryany w zupełności pokryty.

Wskazania: przy **nerwowości, osłabieniu, neurastenii, histeryi, padaczce, pląsawicy, zamroczeniach epileptycznych.**

Dawkowanie: Dorosłym 1—3 łyżeczek dziennie po jedzeniu z wodą lub mlekiem. — **Dzieciom** poniżej 10 lat pół dawki.

Cena: 1/1 flaszka Kor. 3·80. 1/2 flaszki Kor. 2.

Rp. Syrup Valeriano-Bromat. comp. „Jahr" lag. orig.

Wyrób i główny skład

w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.

Składy prawie we wszystkich aptekach.

SALOSSIT

Specificum przeciwko rhachitis

w początkującym i postąpionym stanie.

Całkowicie asymilujące się połączenie glycerophosphoru, z calcium i magnezią, w formie wolnego od smaku mleczno cukrowego preparatu. SALOSSIT udziela się rozpuszczonym w mleku, i tenże jest przez chorych znakomicie znoszonym.

Literaturę o SALOSSICIE i ilości próbne przesyła darmo i opłatnie: 52

GŁÓWNY SKŁAD· APTEKA POD ANIOŁEM STRÓŻEM, WIEDEŃ XVIII/1.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 11. grudnia 1909. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O stosowaniu TBK w gruźlicy płuc.

Podał

Dr H. Fidler,

starszy ordynator szpitala starozakonnych w Radomiu.

Stosowałem TBK w przeciągu 6—8 miesięcy w 18 przypadkach gruźlicy płuc bez względu na okres cierpienia. Moi chorzy leczyli się ambulatoryjnie, nie robiąc przerwy w swych zajęciach. Liczbę leczonych przypadków ograniczyłem, jakkolwiek mogłem posiadać większy materyał, ze względów następujących:

1) Wybierałem przynajmniej półinteligentnych chorych, którzy potrafili prowadzić samoobserwacyę i stale mierzyć swą ciepłotę.

2) Chciałem uzyskać możność dokładnej i ścisłej obserwacyi klinicznej, co byłoby bardzo utrudnione wobec nawału zajęć i większej liczby chorych, ambulatoryjnie tuberkulinizowanych.

3) Miałem na celu wyrobienie sobie dokładnego pojęcia o sposobie tuberkulinizacyi i dawkowaniu TBK w różnych postaciach gruźlicy płuc, gdyż ani pierwsze, ani drugie nie zostały do tej pory ściśle ustalone.

Kreśląc wyniki lecznicze, nie będę się powoływać na statystykę, gdyż nabrałem przekonania — w okresie surowiczego leczenia błonicy, — iż w ocenie nowych środków i metod leczniczych należy raczej posiłkować się klinicznem spostrzeganiem, aniżeli statystyką. Typowe zmiany, zachodzące po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, które przewidzieć można niemal z matematyczną ścisłością, przyczyniły się więcej do rozpowszechnienia powyższej metody, aniżeli liczby statystyczne, podawane wreszcie w wątpliwość przez Gottsteina.

Bynajmniej nie wątpię, iż wnioski z mych spostrzeżeń wymagają sprawdzenia na większym materyale klinicznym. Jeżeli zaś ośmielam się ogłosić je publicznie, to jedynie dlatego, iż radbym wraz z Dłuskim zwrócić baczniejszą uwagę naszych lekarzy na sprawę swoistego leczenia gruźlicy przy pomocy tuberkuliny wogóle, a TBK w szczególności, na sprawę u nas zaniedbywaną i zbagatelizowaną wbrew opinii, panującej na zachodzie. Dla ścisłości dodać muszę, iż w stosowaniu TBK trzymałem się w zasadzie poglądów Sahliego, uzupełnionych (w osobistej rozmowie) wskazówkami kol. Dłuskiego i kol. Bauera z Neuchâtel, łącznie z wiadomościami, zaczerpniętemi z pracy Bandeliera i Roepkego.

W trakcie tuberkulinizacyi oprócz narkotyków i niekiedy naturalnego soku żołądkowego, nie podawałem żadnych innych leków.

Zanim przejdę do wypowiedzenia sądu o wartości TBK, przedstawię jej wpływy na:

I. Stan ogólny.

II. Sprawę miejscową (w płucach, gruczołach chłonnych).

III. Przebieg ciepłoty u gorączkujących.

IV. Powstawanie odczynu miejscowego i ogólnego, oraz cierpień ubocznych.

V. Przebieg przypadkowych cierpień, powstałych w toku leczenia.

Ad I. W znacznej większości przypadków, szczególniej 1. i 2. okresu, stan ogólny się poprawiał. Łaknienie powracało, waga wzrastała, ukrwienie skóry i błon śluzowych zbliżało się do stanu prawidłowego, stan podmiotowy znacznie się poprawiał, wracała energia życiowa i zwiększała się wydolność do pracy. W niektórych przypadkach waga wzrosła znacznie — do 8 klgr., bez względu na to, iż ani w trybie życia chorego, ani w jego odżywieniu żadna zmiana nie zaszła; w pewnej liczbie przypadków — waga pozostawała bez zmiany, w innych zaś — bardzo nielicznych — spadała, w jednym szczególnie znacznie, gdyż zmniejszyła się o 5·6 klgr.

Ciekawy był przypadek, dotyczący 12-letniej dziewczynki z wyraźnym »habitus phtisicus«, nieznacznemi zmianami w jednym szczycie, bledniczej, zołzowatej, apatycznej i źle jedzącej (Schlechter Esser-Brehmera), bezskutecznie do tej pory leczonej przetworami żelaza, arsenu, pobytem na świeżem powietrzu i t. p. Już po 8 wstrzykiwaniach łaknienie natomiast wzrosło, waga w przeciągu miesiąca podniosła się o 2 klgr. Dziecko nabrało energii właściwej swemu wiekowi, co nadzwyczajnie uderzyło otoczenie. W istocie wynik był nadspodziewany. Chora dostawała wewnętrznie sok żołądkowy.

Ad II. A. W przypadkach 1. i 2. okresu sprawa w płucach ulegała znakomitej poprawie, co objawiało się w postaci:

α) skłonności do zabliźniania lub zupełnego zabliźnienia;

β) znikania rzężeń trzeszczących w ogniskach;

γ) zmiany szmeru oddechowego z szorstkiego na zaostrzony lub z prawidłowym wdechem, a wydłużonym wydechem;

δ) zmiany odgłosu opukowego, zmniejszenia się rozległości stłumienia, wyjaśnienia się stłumienia i wydłużenia

odgłosu opukowego, który nabierał charakteru, zbliżonego do prawidłowego odgłosu płucnego. W niektórych przypadkach prawie niepodobna było ustalić różnicy przy opukiwaniu obydwu szczytów, jeśli różnica taka istniała przed tuberkulinizacyą. Jedynie moja wiadomość o schorzeniu szczytu pozwalała na wyczucie nieznacznej różnicy w odgłosie opukowym podejrzanego miejsca.

ε) W jednym przypadku gruźlicy gruczołów szyjnych obok zmian w szczytach, poprzednio leczonych wielokrotnie w stacyach klimatycznych, gruczoły uległy znacznemu zmniejszeniu. Guzy, wielkości dużego bobu lub dużego orzecha laskowego, powstałe ze zlania się pojedynczych obrzmiałych gruczołów ze sobą, rozczłonkowały się tak, iż można było dokładnie wymacać poszczególne gruczoły, które zmalały do wielkości ziarnka prosa lub grochu.

W przypadkach 3. okresu wynik był rozmaity. W pewnej liczbie udało się powstrzymać szerzenie się sprawy gruźliczej, co objawiało się w pierwszym rzędzie przez znaczną poprawę stanu ogólnego, w płucach zaś stan pozostawał bez zmiany. Odnosiłem jednak to wrażenie, iż w każdej chwili może nastąpić pogorszenie stanu zarówno miejscowego, jakoteż ogólnego. Nazywam wynik powyższy unieruchomieniem sprawy gruźliczej, zależnem od wywołanej przez TBK równowagi pomiędzy zakażeniem, a uodpornianiem. Czynniki te stoją naprzeciw siebie, gdyby dwaj wrogowie, gotowi każdej chwili rozpocząć walkę, a szalę zwycięztwa przechyla niestety na swą stronę przemożny wróg — zakażenie.

W pewnym szeregu przypadków z rozległemi zmianami w płucach nie osiągnąłem żadnej poprawy miejscowej; przeciwnie sprawa szerzyła się i wywoływała współrzędne objawy ogólne, jakoto: zmniejszenie łaknienia, stratę na wadze, uporczywą gorączkę i ogólną niemoc.

Lecz i tutaj odniosłem wrażenie, iż niszczący pochód odbywa się wolniej, aniżeliby można się spodziewać.

Jeden z chorych powyższej kategoryi przebywał w Rudce w przeciągu 3 miesięcy, gdzie go tuberkulinizowano przy pomocy BE. W istocie powrócił stamtąd ze znaczną poprawą stanu ogólnego, przybytkiem na wadze i bez gorączki. Sprawa miejscowa nie uległa zmianie na lepsze. To też, gdy wrócił do swych zajęć (farbiarz), począł ponownie gorączkować i tracić na wadze. Przed wyjazdem do Rudki sprawa w płucach szła w szybkiem tempie, podczas pobytu tamże wstrzymała się w swym rozwoju, zaś podczas tuberkulinizacyi pogorszenie szło wolniej, aniżeli przed wyjazdem do uzdrowiska.

C. Zdarzały się niekiedy w czasie tuberkulinizacyi chwilowe pogorszenia miejscowej sprawy w postaci przekrwienia i nacieczenia w zajętych ogniskach; występowało czasami suche zapalenie opłucnej w miejscach, odległych od ognisk gruźliczych. Pierwsze objawiały się przez odpowiednie objawy osłuchowe, nasilenie kaszlu, niekiedy krótkotrwałe krwioplucie, zwiększenie ilości plwociny i utrudnienie w jej wydalaniu. Zapalenie opłucnej przetrwało dłuższy czas, poczem znikało, nie pozostawiając po sobie śladu.

Ad III. Najciekawszą sprawą w stosowaniu TBK jest jej wpływ na przebieg ciepłoty u gorączkujących. Gdybyśmy podawali środek przeciwgorączkowy, wolny od działania ubocznego, tedy moglibyśmy wpłynąć korzystnie przynajmniej na niektóre objawy przedmiotowe i podmiotowe, zależne od podniesienia ciepłoty.

Otóż w przypadkach, w których ciepłota uporczywie się trzymała pomiędzy 38⁰ a 39⁰, udało mi się ją obniżyć, gdy, zgodnie ze wskazówkami Bandeliera i Roepkego robiłem skoki w dawkowaniu TBK. Bandelier i Roepke tuberkulinizują przy pomocy JO. W celu obniżania ciepłoty wstrzykiwali oni po pewnym czasie naraz dużą dawkę w porównaniu z poprzednią, aby wywołać gwałtowny odczyn gorączkowy, poczem ciepłota »spadała również gwałtownie i w dalszym ciągu tuberkulinizacyi szła gładko«. Idąc za ich radą w 2 podobnych przypadkach wstrzyknąłem 4-krotnie większą dawkę 4-krotnie silniejszego rozczynu (z A/128 na A/32) w porównaniu z poprzednią w tem przekonaniu, iż otrzymam skutek podobny do tego, jaki opisują Bandelier i Roepke. Tymczasem ku wielkiemu mojemu zdziwieniu w kilka godzin po wstrzyknięciu ciepłota, zamiast się podnieść, spadła bez żadnych objawów ubocznych, a następnie poczęła zdążać do poziomu prawidłowego, na którym utrzymywała się dłuższy czas. Zachęcony powodzeniem, ponawiałem podobne skoki, ilekroć ciepłota się podnosiła, i przekonałem się, iż, postępując w ten sposób, można uregulować ciepłotę, utrzymać ją na poziomie prawidłowym bez żadnej szkody dla ustroju. Po spadku ciepłoty znowu ostrożnie zwiększałem poszczególne dawki ostatniego rozczynu. To ciekawe doświadczenie, dla którego w tej chwili nie znajduję dostatecznego objaśnienia, wskazuje, iż można bezkarnie używać w celach przeciwgorączkowych dużych dawek TBK, względnie do poprzednio stosowanych w danym przypadku. U jednego chorego osiągnąłem unieruchomienie sprawy w płucach i jednocześnie znakomitą poprawę stanu ogólnego, u drugiego zaś nawet znaczną poprawę stanu płuc. Jednakże podobnego wyniku przeciwgorączkowego nie otrzymałem u chorych z podgorączkowym stanem. Przeciwnie u jednego z nich w pogoni za efektem otrzymałem pogorszenie stanu ogólnego, nie osiągnąwszy zamierzonego celu.

Ad IV. Nie spostrzegałem w żadnym przypadku ani miejscowego odczynu w postaci zaczerwienienia lub nacieczenia w miejscu nakłucia, ani ogólnego w postaci podniesienia ciepłoty, rozłamania, bolów głowy, mostka, (jakoby zależnych od obrzmienia gruczołów oskrzelowych), ogólnego niedomagania lub osłabienia. Spostrzegałem natomiast w 2 przypadkach występowanie cierpień skóry w miejscach, oddalonych od miejsca nakłucia.

Pierwszy przypadek dotyczył dwudziestokilkoletniej panny z bardzo nieznacznemi zmianami w szczytach, lecz natomiast z objawami swoistego zatrucia w postaci wrzekomej błednicy. Po kilku zaledwie wstrzykiwaniach po 0,1 A/128 wystąpił na twarzy wyprysk suchy. Dermatolog, do którego skierowałem chorą, orzekł, iż sprawa ta zależy od skazy moczanowej. Po pewnym czasie przy stosowaniu odpowiednich środków wysypka znikła. Wstrzykiwań zaniechałem.

Nie mogę stanowczo twierdzić, czy w omawianym przypadku istniał jaki związek pomiędzy TBK, a wypryskiem.

W drugim zaś przypadku, bardzo zresztą ciekawym, związek powyższy istniał.

Chory 20-letni cierpi od dłuższego czasu na gruźlicę płuc. Przy badaniu stwierdziłem III. okres i obok tego guz pod prawą pachą, dość twardy, niebolesny, ruchomy, w obydwu wymiarach

mający po 17 ctm, zaś pod prawym obojczykiem takiż guz wielkości kurzego jaja. Guzy te zostały w następstwie rozpoznane przez chirurga jako mięsaki limfatyczne (lymphosarcoma), nie nadające się do operacyi.

Otóż u powyższego chorego od chwili pierwszego wstrzyknięcia wystąpił na wargach wyprysk, bardzo uporczywy, bolesny, ropiejący, stale pokrywający się strupem, pod którym kryła się silnie krwawiąca ziarnina. Pomimo używania różnych środków miejscowych sprawa się nie poprawiała. Gdy jednak wskutek uporczywej gorączki uczyniłem skok w dawkowaniu TBK, cierpienie warg poczęło okazywać skłonność do zabliźnienia. To dziwne zachowanie się wyprysku oraz jego powstanie z chwilą rozpoczęcia tuberkulinizacyi, każe przypuszczać, że mieliśmy do czynienia z cierpieniem, zależnem bezpośrednio od stosowania TBK, czyli z ubocznem jego działaniem. Chorego skierowałem do dermatologa dla ścisłego rozpoznania.

Nigdzie do tej pory nie spotykałem wiadomości o podobnem działaniu TBK. Zwracam jednak na to szczególną uwagę, gdyż cierpienie powyższe w znacznej mierze przyczyniało się do upośledzenia odżywiania wskutek bólu przy spożywaniu pokarmów.

Do rzędu wpływów ubocznych przy TBK zaliczam występowanie krótkotrwałych krwiopluć (w 2 przypadkach) miernego natężenia.

Ad V. W trakcie tuberkulinizacyi, 3 chorzy zapadli na panujące nagminnie w Radomiu wiosną b. r. nieżytowe zapalenie płuc. Przebieg był lekki (taki bowiem charakter miała i ówczesna epidemia) i nie spostrzegałem żadnego niepomyślnego wpływu na zasadnicze cierpienie. Czyby w istocie TBK miało chronić chore płuca od pogorszenia sprawy gruźliczej, powiedzieć nie umiem. Wymaga to liczniejszych spostrzeżeń.

Obok pomyślnych wyników miałem i niepomyślne. Ponieważ nie dobierałem przypadków, przeto stosowałem TBK, szczególniej w początkach, nawet u ciężko chorych, nie rokujących nadziei poprawy. Dwaj z nich, ze znacznemi zmianami rozpadowemi, nieustającą gorączką wyniszczającą, zmarli po kilkudziesięciu wstrzykiwaniach; o trzecim w okresie III nie mam wiadomości. Z pośród pozostałych 15 chorych, ściśle przezemnie spostrzeganych, mogłem całkiem stanowczo u 3 stwierdzić pogorszenie. W 1 przypadku II okresu pogorszenie polegało na znacznym ubytku wagi, miernym apetycie, wzrastającej niedokrwistości, nieustającym kaszlu i osłabieniu, pomimo iż w płucach stan zdawał się ulegać poprawie.

Z dwóch pozostałych przypadków, należących do III okresu, ze znacznemi zmianami w płucach o charakterze rozpadowym, w jednym pogorszenie zarówno stanu miejscowego, jak i ogólnego, składam na karb niehigienicznego trybu życia, nadużyciu alkoholu i tytoniu, przesiadywania całymi wieczorami do późnej nocy w zadymionych lokalach publicznych; w drugim zaś nieodpowiedniemu zajęciu i moralnym przejściom. Mam to przekonanie, iż i w tych przypadkach możnaby również osiągnąć poprawę, gdyby się dało usunąć zewnętrzne wpływy szkodliwe, jak to się stało w innych podobnych przypadkach.

Przechodzę teraz do przedstawienia ogólnych wniosków ze swych nielicznych spostrzeżeń. Nie kryję się bynajmniej z tem, iż wnioski moje, jako oparte na małym materyale, nie mogą w zupełności dawać miary. Sądzę jednak, że mam prawo nakreślić pewną wytyczną dla stosowania TBK, w celu umożliwienia szerszemu ogółowi lekarskiemu wprowadzenia powyższego środka w praktykę i sprawdzenia moich wniosków na wielkim materyale klinicznym. Wtedy dopiero statystyka zabierze głos rozstrzygający.

1) TBK jest środkiem nieszkodliwym i nie wywołuje ani miejscowego, ani ogólnego odczynu.

2) TBK wpływa korzystnie na sprawę gruźliczą zarówno w płucach, jak i w gruczołach chłonnych.

3) U pewnej kategoryi gorączkujących suchotników, u których ciepłota wznosi się ponad 38°, TBK działa przeciwgorączkowo. Dla otrzymania pożądanego wyniku należy stosować TBK w postaci gwałtownych skoków, wstrzykując naraz wielokrotnie większą dawkę z wielokrotnie silniejszego rozczynu w porównaniu z poprzednim i powtarzać to postępowanie, ilekroć ciepłota okaże skłonność do wznoszenia się.

W przypadkach, przebiegających leniwie, z ciepłotą podgorączkową, TBK nie wywiera pomyślnego wpływu na unormowanie ciepłoty. Nie należy przeto w takich przypadkach czynić skoków w dawkowaniu, gdyż to wywierać może szkodliwy wpływ na ogólny stan chorego.

4) Należy empirycznie wyszukać u takiego chorego jego »optimum«, t. j. największą dawkę, którą znosi dobrze. Gdyby nawet granica jego wytrzymałości leżała nizko, t. j. gdyby znosił jedynie słabe rozczyny i maleńkie dawki, nie należy się spieszyć ani z powiększaniem dawek, ani z użyciem silniejszych rozczynów do chwili, aż ponowne doświadczenie wskaże, że można dotychczasową granicę tolerancyi przekroczyć bezkarnie.

5) TBK wywiera wpływ na zmniejszenie się kaszlu, lecz jedynie po dłuższem użyciu. Jednakże bez narkotyków niepodobna się obejść, szczególniej w pierwszych tygodniach, skoro kaszel męczy chorego.

6) W pewnej liczbie przypadków można stwierdzić jedynie poprawę stanu ogólnego, zaś sprawa miejscowa zostaje unieruchomiona, w innych zaś następuje pogorszenie zarówno stanu miejscowego, jakoteż ogólnego. Obydwie kategorye powyższe należą do bardziej posuniętych okresów, na granicy pomiędzy II a III, lub w III okresie. Najlepiej nadaje się do tuberkulinizacyi: utajona gruźlica, t. zw. wrzekoma blednica; gruźlica płuc i gruźlice gruczołowe (zołzy); następnie — znaczna część przypadków z II okresu. W pozostałych, pomimo braku korzystnego wpływu na sprawę w płucach, można jednak usunąć szereg ogólnych objawów i przywrócić choremu pewną zdolność do pracy lub też zwolnić bieg niszczącego pochodu cierpienia.

Na potwierdzenie swych wyników nie mogę podać badań bakteryoskopowych, gdyż wskutek trudności technicznych badania plwociny były dokonywane bardzo rzadko. Również nie stwierdzałem dotychczas obecności czynnych ognisk przy pomocy odczynu ocznego w przypadkach, zaliczonych przezemnie do wyleczonych, dlatego, iż mam zamiar uczynić to dopiero po upływie co najmniej roku od chwili rozpoczęcia tuberkulinizacyi.

7) Przypadkowe cierpienia, jak ostre nieżyty jelit lub nieżytowe zapalenie płuc, nie wpływają na zasadniczą sprawę w płucach; opóźniają jedynie stosowanie TBK.

8) Uboczne działanie występuje rzadko w postaci krótkotrwałego obostrzenia sprawy w ogniskach lub też cierpień skóry (?) i błon śluzowych.

9) Dla stosowania TBK niema przeciwwskazań wobec braku przedmiotowego sprawdzianu przyszłej skuteczności lub bezskuteczności tuberkulinizacyi. Gruźlica płuc jest cierpieniem kalejdoskopowem, nieobliczalnem. W żadnym przypadku niepodobna przewidzieć przebiegu cierpienia. Nawet bardzo ciężkie postacie ulegają wyleczeniu w zwykłych warunkach życiowych bez swoistego traktowania, a często i bez jakiegokolwiek leczenia.

Samowyleczenie nie jest rzadkością, a my nie wiemy, jakiemi drogami dochodzono do skutku. Wobec powyższego, niema żadnej zasady do wstrzymywania się od tuberkulinizacyi. Z chwilą, gdy zdobędziemy niewątpliwy przedmiotowy miernik odporności ustroju, gdy dostatecznie zbadamy przyczyny jej braku, gdy wreszcie przy pomocy innych czynników uodporniających — ponad tuberkulinę — zmusimy ustrój do gromadnego wytwarzania materyału obronnego, wtedy postępowanie nasze nie będzie tak bezładne, jak obecnie.

Wtedy może z matematyczną ścisłością zdołamy przepowiedzieć skuteczność tuberkulinizacyi w sensie dodatnim lub ujemnym, nabierzemy prawa do usuwania przypadków, nie nadających się do swoistego leczenia, nauczymy się dokładnie dawkować i indywidualizować środek leczniczy — tuberkulinę — oraz badać przyczyny niepowodzenia w leczeniu przypadków, zaliczonych przedmiotowo do kategoryi uleczalnych.

10) Tuberkulinizacya nie może z naszego arsenału leczniczego zupełnie wyrugować klimatyczno-dyetetycznego leczenia w uzdrowiskach, poważnie jednak wpłynąć powinna na zmianę poglądów w sprawie kwalifikowania chorych do nich, uprościć leczenie sanatoryjne i uprzystępnić je szerokiemu ogółowi.

Zgodnie z powyższem plan leczenia gruźlicy byłby następujący:

W pierwszym okresie gruźlicy płuc przy dobrym stanie ogólnym: pozostawić chorego w zwykłych warunkach życiowych, nie przerywać mu zajęć i nie odrywać go od rodziny, tuberkulinizować ambulatoryjnie 2 razy tygodniowo. Przy pogarszającym się zaś stanie ogólnym: postępującem wychudnieniu, osłabieniu, wzrastającej niedokrwistości, braku łaknienia i t. p. zajęcie chorego przerwać, położyć go do łóżka na pewien czas lub wysłać do uzdrowiska, letniska, na wieś albo w góry. Chorzy tej kategoryi, najchętniej przyjmowani do uzdrowisk i dający największą odsetkę wyzdrowień, powinni być w znakomitej większości wyłączeni z listy chorych sanatoryjnych. To samo dotyczy gruźlicy gruczołowej, utajonej, wrzekomej błednicy. W II okresie — chorzy z niezbyt rozległemi i posuniętemi zmianami w płucach, niegorączkujący, mogą być na równi z poprzednimi ambulatoryjnie tuberkulinizowani. W razie braku poprawy lub pogorszenia, albo wystąpienia gorączki należałoby zamożniejszych chorych leczyć sanatoryjnie w ich własnym domu, t. j. 1) przerwać zajęcia, 2) przeznaczyć osobny duży pokój, zwrócony na południe i zachować przepisy sanatoryjne co do sposobu oczyszczania i przewietrzania mieszkań, 3) trzymać w łóżku w razie wahań gorączkowych, 4) urządzić werandowanie lub w razie niemożności — pobyt na otwartem powietrzu (w ogrodzie) nawet w zimie, o ileby warunki miejscowe i atmosferyczne temu sprzyjały. (Jedna z moich chorych, właścicielka ziemska, obznajomiona już z sanatoryjnem leczeniem, werandowała w zimie u siebie na ganku przed dworem, drugi chory — właściciel domu — leżał na wiosnę w ogrodzie własnym w odpowiednim fotelu).

Mniej zamożnych należałoby umieszczać w szpitalach, które też powinny przysposobić się do leczenia sanatoryjnego przez posiadanie odpowiednich sal, zbudowanie werand i wyuczenie służby lekarskiej. Wreszcie chorymi tego rodzaju winny się zaopiekować Towarzystwa przeciwgruźlicze i wysyłać ich na lato na wieś lub w góry, albo też budować dla nich w odpowiednich miejscowościach tanie mieszkania letnie.

Wogóle doszedłem do przekonania, iż u chorych powyżej wymienionych i chorych następnej kategoryi konieczne jest czynienie przerw w tuberkulinizacyi na przeciąg 2—3 miesięcy i stworzenie im na ten okres czasu dobrych warunków higienicznych w postaci pobytu na otwartem powietrzu w tym celu, aby ustrój nabrał więcej energii do wytwarzania niweczników, resp. aby zdobył większą siłę odporną.

Chorych, stojących na granicy pomiędzy II a III okresem i niektórych z III okresu należałoby posyłać do uzdrowisk dla poprawy stanu ogólnego, usunięcia gorączki, wzniesienia sił odpornych i przeprowadzenia pierwszej seryi tuberkulinizacyi. W przypadkach podobnych tuberkulinizacya odbywać się powinna pod nieustającym i drobiazgowym nadzorem biegłego w tym dziale lekarza.

Dla chorych III okresu, nie rokujących żadnej nadziei poprawy, stanowiących ciężar i stałą groźbę zarażenia dla otoczenia, należałoby stworzyć przytułki.

Jeżeli przewidywania moje co do wartości tuberkulinizacyi się sprawdzą, tedy powyżej wskazana specyfikacya chorych gruźliczych z jednej strony oszczędzi społeczeństwu wielkich nakładów na budowę i utrzymanie drogich i zbytkownych uzdrowisk-pałaców, z których korzystać może jedynie nieznaczna część chorych, z drugiej zaś strony będziemy mogli umieszczać pewną część gruźliczych w szpitalach, odpowiednio rozszerzonych i do leczenia gruźliczych przygotowanych, a także na wsi, w letniskach, urządzonych na wzór tanich domków letnich, do włościańskich przystosowanych, które można będzie rozrzucić po całym kraju. Oprócz tego będziemy mieli prawo wycofać z obiegu sanatoryjnego znaczną liczbę chorych w I okresie.

Nie ulega wątpliwości, iż zarówno ekonomiczna, jak i lecznicza korzyść będzie znaczna, a demokratyzacya tak przeprowadzonego lecznictwa zakreślić może bardzo szerokie koła i pochwycić w sieć swoją te wielkie masy suchotników, które dzisiaj są pozbawione racyonalnej opieki.

Byłaby to jedna z najważniejszych zdobyczy tuberkulinizacyi.

11) Nie ulega wątpliwości, że we wszystkich preparatach tuberkulinowych zawarty jest tylko jeden czynnik działający, dotychczas nie zbadany i nie wyosobniony. Przeto wszelka tuberkulina, stosowana według metody Getsch-Sahliego, może przynieść poważną korzyść. Sądzę jednak, że z pośród dotychczas znanych TBK zasługuje najbardziej na rozpowszechnienie ze względu na swą małą jadowitość i łatwe dawkowanie.

Na zakończenie niech mi wolno będzie wyrazić życzenie, aby nasza myśl lekarska zwróciła się w kierunku dalszego badania wpływu tuberkulinizacyi, sprawdzania dokładnych dla niej wskazań i sposobów oraz dawkowania tuberkuliny, aby można było oddać w ręce lekarzy praktycznych środek, w leczeniu gruźlicy istotnie pożyteczny.

Z kazuistyki schorzeń gruczołu tarczowego.

Podał

Dr Henryk Wilczyński (Zakopane).

Przypadek, niżej opisany, ma dwojakie znaczenie. Po pierwsze jako bardzo rzadki, najdokładniej *e terapia* stwierdzony obraz kliniczny, na który dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę, a powtóre jako przyczynek do różniczkowego rozpoznania gruźlicy płuc. resp. gruczołów, a schorzenia gruczołu tarczowego. Rozpoznanie takie może być, jak w danym razie, punktem zwrotnym w postępowaniu leczniczem, i z tego względu zasługuje na uwagę.

Panna N. T., lat 21, mieszkanka Warszawy, od 3 lat zamieszkała we Lwowie. Nieco otyła (75 kg), średniego wzrostu, szatynka. Dziedzicznie nie obarczona. 2 siostry starsze zupełnie zdrowe. Przechodziła 2 razy odrę, w 9-ym roku życia krztusiec, w 16-ym zapalenie suche osierdzia (?) i w 17-ym gościec stawowy (?).

Przed dwoma laty w marcu 1907 r. zaczęła niedomagać. Wystąpiły: ciepłota do 37·5°, osłabienie, kłucia w klatce piersiowej, szybkie męczenie się przy ruchu, duszność, bicie serca. Blednica 75% Hmg. Utrata 3 kilogr. wagi.

Zwołana podówczas we Lwowie narada bardzo doświadczonych lekarzy określiła sprawę, jako początkującą gruźlicę prawego szczytu (w istocie drżenie nad prawym grzebieniem łopatki było i jest nieco wzmożone); w listopadzie wreszcie skierowano pacyentkę dla leczenia klimatycznego do Zakopanego. Chora przebyła tam całą zimę; waga wróciła do 75 kg, hemoglobina doszła do 96%, stan podmiotowy jednak nie zawsze był dobry, a kłucia w rozmaitych miejscach, najczęściej zaś w stawach i dole klatki piersiowej nieraz się ponawiały.

Ponieważ ze strony płuc zmiany wybitne nie wystąpiły, lekarz ordynujący skłaniał się raczej do rozpoznania gruźlicy gruczołów przywnękowych, tembardziej, iż ciepłota nad wieczorem sięgała do 37·5°.

13. IV. 1908 chora wyjechała na wieś pod Lwów, bez gorączki. W parę dni jednak wystąpiło znów pogorszenie, z ciepłotą do 38°, z bolami w klatce piersiowej, stawie barkowym i nadgarstkowym (bez obrzęku). Stan ten z małemi przerwami utrzymywał się do jesieni. Narada lekarska potwierdziła poprzednie rozpoznanie; polecono wyjazd do Zakopanego.

1. XII. 1908 chora zgłosiła się do mnie. Skarżyła się na ogólne osłabienie, męczenie się przy ruchu, bicie serca, kłucia w boku to jednym, to drugim, pocenie się, łamanie w stawach. Badanie wykazało co następuje: cera blada, Hmglb. 86%, ciałek czerwonych 6.400.000, białych 5.200. Tętno 110, słabo napięte, tętnice wązkie, tony serca (granice prawidłowe) nieco głuche, przy pierwszym tonie nad komorą lewą — słaby podmuch. Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana, rozszerzalność u góry 7 cm, u dołu 6 cm. Spirometr 2800 cm³. Nieco wzmożone drżenie nad grzebieniem prawej łopatki, opukowych i osłuchowych zmian w płucach niema. Gruczoły szyjne niemacalne. Jama ust, gruczoł tarczowy bez widocznych zmian. *Plethora abdominalis*, śledziona i wątroba niemacalne. Mocz bez zmian. Ciepłota 37·3—37·5° w godzinach wieczornych.

Leczenie: 3—4 godziny werandowania przy słonecznej pogodzie. W ciągu 2 następnych miesięcy chora czuła się nieźle, podniesienia ciepłoty znikły, natomiast bole klatki piersiowej i stawów (zawsze bez obrzęków) od czasu do czasu się odnawiały. Ruch sprowadzał uczucie bicia serca i duszności. Tętno wahało się około 90—100.

W początkach lutego 1909 chora zaczęła bardziej niedomagać. Osłabienie wzmogło się, tętno podskoczyło do 110—120 na minutę, podmuch przy 1-ym tonie serca znacznie się wzmógł, wystąpiły bole przymostkowe po stronie lewej, później i prawej, uczucie omdlewania przy podnoszeniu się z łóżka, a co najważniejsza, ciepłota podnosiła się z dnia na dzień o 0·05—0·1 C. Ze stawów bolał staw barkowy lewy. Kaszlu nie było. Migreny bez wymiotów. Badanie szczegółowe krwi, moczu i wywiady nie dały żadnych wskazówek. Wykonane wtedy próby Moro i Pirqueta (i, jak się dowiedziałem, wykonana latem we Lwowie próba Calmettea) ujemne.

Stałem więc wobec zawikłanego zagadnienia, gdyż w istocie wyraźnych danych, przemawiających za gruźlicą, nie miałem, a inne sprawy jeszcze mniej były pewne. Ponieważ ciepłota doszła już była do 38° C., a stan podmiotowy coraz bardziej się pogarszał, rozpocząłem leczenie próbne i objawowe.

W przypuszczeniu utajonej dny (bole przymostkowe — Biernacki) podawałem wody mineralne zasadowe, z wycofaniem potraw mięsnych. Potem podawałem przetwory salicylowe jako środki przeciwgośćcowe (bóle przymostkowe i barkowe); podawałem sole jodowe w przypuszczeniu zmian toksycznych po zapaleniu gardła (jakkolwiek wyraźnego zapalenia gardła nie było). Stosowałem chininę. Wreszcie mniemając, iż nasilenie szmeru skurczowego w sercu od czasu wystąpienia gorączki może być wyrazem zapalenia wsierdzia, począłem wstrzykiwać podskórnie kollargol.

Wszystkie te leki nie wywarły żadnego skutku dodatniego, a po salicylanach stan podmiotowy nawet się pogorszył. Po 2 tygodniach bezowocnych prób, odrzuciłem wszystko, w celu podniecenia czynności serca poleciłem strofantynę — i postanowiłem czekać.

Tymczasem wyłoniła się jeszcze jedna kombinacya, na co zostałem naprowadzony właśnie otyłością chorej, której to właściwości nie można było odnieść ani do dziedziczności, ani do błędów dyetetycznych. Pochodzenie płucne (jako *phthisis pinguis*) wobec prawie wyłączenia gruźlicy — odpadło. Mogła to być więc jeszcze otyłość tarczyczna (*thyreogene Fettleibigkeit*).

W bieżącem piśmiennictwie francuskiem spotykałem wzmianki o zapaleniach stawów pochodzenia tarczowego (*arthrite thyreogène*), co prawda podawanego w wątpliwość na równi z nieproduktywnem zapaleniem stawów, na tle intoksykacyi gruźliczej (Poncet).

Otóż otyłość mojej chorej, oraz bole przymostkowe, barku, stawu nadgarstkowego — skłoniły mnie do jeszcze jednej próby. Mianowicie poleciłem gruczoł tarczowy (*Gl. thyreoidea Merck*) à **0·1** 2—3 razy dnia. Skutek był niespodziewany. Na drugi dzień ciepłota opadła z 37·8° na 37·2°, na trzeci na 36·8, a na czwarty wobec znakomitego stanu (tętno 84) chora opuściła łóżko. Zaprzestałem podawać gruczoł, natomiast poleciłem co wieczór miesienie okolicy gruczołu tarczowego.

Od tego czasu (5. III. 1909) do połowy października b. r. chora czuła się znakomicie, chodziła na górskie wycieczki. nie odczuwając zmęczenia, szmer w sercu znikł, jak i inne opisane objawy.

W połowie jednak października b. r. po powrocie chorej do Lwowa, cierpienia nawróciły. Ciepłota 37·5°, przyspieszenie tętna, migreny, bole w stawach, osłabienie, apatya. Na zasadzie narady lekarskiej postanowiono zastosować poprzednie leczenie, które znów w przeciągu tygodnia odniosło zupełny skutek

Przypadek ten jeszcze i z tego względu jest ciekawy, iż prawdopodobnie mieliśmy tu »arthrite sèche thyreogène pure«, natomiast dotychczas opisywane przypadki mówią o »arthrite tuberculeuse à terrain strumeux« resp. »arthr· thyreogène à terrain tuberculeux«. W naszym przypadku badanie fizyczne, próby anafilaktyczne, wreszcie cały przebieg przemawiają przeciw gruźliczemu pochodzeniu tej sprawy, którąby należało określić jako *arthritis sicca thyreogenes febrilis.*

Piśmiennictwo. 1) Lévi et Rothschild: Etude sur la physiopathologie du corps thyroide et de l'hypophyse. 1908. — 2) Diamanthberger: Presse med. Nr 85. 1908. — 3) W. Vincent: Presse med. Nr 87, 1908. — 4) Levi et Rothschild: Sem. med. Nr 11. 1909.

Oceny i sprawozdania.

Dr Leon Wernic: **Zasady anatomii, fizyologii i higieny do użytku szkolnego.** Warszawa 1909, str. 216 z 175 rysunkami w tekscie. Wydawnictwo M. Arcta. Cena 1 rb.

Działalnością swoją na polu wydawnictw popularnych zdobyła sobie warszawska księgarnia M. Arcta oddawna dobre imię i uznanie. Wydany przez siebie szereg książeczek popularno-higienicznych uzupełnia obecnie ta firma dziełkiem o szerszym zakroju, podręcznikiem t. zw. somatologii, przeznaczonym dla szkół średnich. Potrzeba takiego podręcznika, odpowiadającego wymaganiom współczesnym, nie ulega wątpliwości, gdyż nieliczne istniejące podręczniki są przeważnie już przestarzałe. Autor obecnie wydanego podręcznika, Dr Leon Wernic, wywiązał się ze swego niełatwego zadania wogóle dobrze. W niewielkich ramach zdołał bowiem uwzględnić w równej mniej więcej mierze najgłówniejsze, uczniowi szkół średnich potrzebne wiadomości z anatomii, fizyologii i higieny, a podaje je w formie przystępnej. Opracowanie zaś takiej popularnej książki bywa nieraz trudniejsze, niż napisanie dzieła naukowego; wymaga bowiem szczególnej staranności w wyborze tego, co najgłówniejsze i w upraszczaniu materyału, obok prostego i zrozumiałego wykładu. Konieczność upraszczania nie zwalnia przytem od obowiązku ścisłości w tem, co się z całego materyału pozostawia i uczącemu się podaje. Tutaj jednak nie uniknął autor gdzieniegdzie usterek, które w następnem wydaniu dziełka trzebaby usunąć. I tak n. p. w kilku miejscach jest mowa o »tkance międzykomórkowej«. Objaśnienie ryc. 12 na str. 13 brzmi: »tkanka międzykomórkowa, zawierająca włókna, czyli włóknista, b — komórki tkanki międzykomórkowej« (?!), przyczem zauważyć należy, że rycina ta nie jest obrazem tkanki włóknistej (o którą zapewne chodziło), ale śluzowatej. Na str. 104 czytamy: »Podobnie, jak nabłonek lub tkanka łączna, krew i limfa są zwykłemi tkankami ciała. Różnica polega jedynie na tem, że są one tkankami płynnemi. Jak każda tkanka, składają się one z komórek i ich wydzielin« (?). Również byłoby pożądane, by w następnem wydaniu dziełka, w którem wogóle znać wyraźnie staranie o poprawne mianownictwo, sprostować niektóre nazwy (n. p. »kość pacierzowa» zam. kręgosłup, »atlas« zam. krąg szczytowy, »tętnica dwumózgowa« zam. szyjna) i poopuszczać niektóre, dodane niepotrzebnie, a nieraz nawet postawione na pierwszem miejscu (»deska piersiowa, albo mostek«, str. 25, dosłownie przetłómaczone z niemieckiego »Brustbrett«, »muskuły, czyli mięśnie« — str. 38, »mózg wielki«, Grosshirn, — str. 50, »gruczoł podżołądkowy, czyli trzustka« — str. 152). — Do zalet książki należą liczne (175) i dobre ryciny. *Z.*

Kalendarz lekarski na r. 1910. Wydawnictwo Dra J. Polaka. Warszawa, 1909.

Szerokiem uznaniem wśród lekarzy pod zaborem rosyjskim cieszący się kalendarz lekarski Dra J. Polaka opuścił niedawno prasę. Oprócz starannie zestawionego schematyzmu lekarzy w Królestwie i zwykłych tablic podręcznych (najwyższe dawki leków, dawki wstrzykiwań podskórnych, dawki do wziewań, wdmuchiwań, wkraplań, przepisy kąpieli leczniczych, rozpuszczalność niektórych środków w wodzie, wyskoku i eterze, oznaczenie okresu ciąży, rozwój płodu, wyrzynanie się zębów, rozwój dziecka i t. d. i t. d.) zawiera kalendarz tegoroczny wskazówki ratowania pozornie zmarłych i otrutych, spis zdrojowisk i uzdrowisk w Europie, wreszcie zwięzły podręcznik terapeutyczny, uzupełniony dodatkiem, opartym na »Therap. Almanach« Becka z roku 1909. Kalendarz Dra Polaka może przeto treścią współzawodniczyć z wydawnictwami zagranicznemi i nie potrzebuje chyba szczególnego zalecenia, by znaleść się w ręku każdego z kolegów w tej dzielnicy, dla której potrzeb jest zastosowany. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Alb. Sippel. **Typowy obraz chorobowy późnej śmierci w następstwie uśpienia chloroformowego.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. 1.). Wszystkie dotychczas opisane (12) przypadki śmierci, następującej w kilka dni po uśpieniu chloroformowem, do których autor dołącza własne spostrzeżenie, okazują zupełnie charakterystyczny i jednaki przebieg kliniczny, jakoteż obraz anatomiczny. U młodych stosunkowo osobników, które prócz cierpienia miejscowego, były zresztą zdrowe, i tak operacyę, jak i uśpienie, zniosły całkiem dobrze, występowały już w kilka godzin po operacyi zaburzenia w tętnie, przy prawidłowej ciepłocie i dobrym stanie ogólnym. Już w drugim dniu dołączają się silne wymioty, żółtaczka, znaczne zmniejszenie ilości moczu, zawierającego białko i liczne wałeczki, tętno miękkie, przyspieszone i zaburzenia przytomności aż do zupełnej jej utraty. W trzecim dniu przeważają objawy ze strony układu nerwowego, chorzy się rzucają i krzyczą; ilość moczu staje się coraz skąpsza. Śmierć występuje w śpiączce w 3. lub 4. dniu choroby wśród objawów zupełnego bezmoczu (żółcicy) i porażenia serca. Zmiany anatomiczne polegały we wszystkich przypadkach — jak przy zatruciu fosforem — na ciężkiem zwyrodnieniu tłuszczowem wątroby, nerek i serca. Co do przyczyny powyższych objawów, przypuszczają jedni, że chloroform, niszcząc wśród pewnych warunków krwinki czerwone i obniżając wskutek tego dowóz tlenu do ustroju, wywołuje zwyrodnienie tłuszczowe; inni, że chloroform wpływa szkodliwie na hemoglobinę, która tracąc zdolność przyjmowania tlenu, wywołuje zwyrodnienie, inni wreszcie, a także autor, że chloroform działa trująco wprost na komórki miąższowe. Bardzo wielu sądzi, że tu raczej chodzi o nacieki tłuszczowe, aniżeli o zwyrodnienie; według Rosenfelda, chloroform odciąga komórkom wątrobnym glikogen, potrzebny do spalania tłuszczu, wskutek czego tłuszcz ten gromadzi się w komórkach. Pytanie, wśród jakich warunków zatrucie to następuje? Ilość użytego chloroformu zdaje się tu nie odgrywać roli, a raczej chodzi może o różną zdolność krwi wchłaniania chloroformu w płucach, względnie o spóźnione wydzielanie go, tak, że w niektórych przypadkach dłużej krąży on w ustroju i w ten sposób może wywierać dłużej i silniej swój szkodliwy wpływ. Istotnie wykazał Burkhardt, że przez wlewania rozczynu soli kuchennej do ustroju krótko przed uśpieniem można znacznie zmniejszyć trujące działanie chloroformu; śmiertelne dla ustroju ilości wdychanego chloroformu znosi ustrój bez szkody, po poprzedniem rozcieńczeniu krwi, o ile wówczas i jej zdolność chłonna znacznie się zmniejsza; Burkhardt sądzi, że prócz tego wlewanie nie dopuszcza do zbytniego obniżenia ciśnienia krwi, wskutek czego i wydzielanie chloroformu przez narządy oddechowe odbywa się nieporównanie szybciej. Autor sądzi, że na tej drodze możnaby istotnie wytłómaczyć niektóre przypadki zatrucia chloroformem po uśpieniu, szczególnie te, w których powstało zagęszczenie krwi przed operacyą. Przypuszczenia te powinny być bodźcem do dalszych badań. Na razie pozwalają one na pewne wnioski praktyczne. I tak nie należy podawać zbyt silnych środków przeczyszczających przed operacyą celem uniknięcia zagęszczenia krwi. Natomiast dobrze jest podawać przed operacyą dostateczne ilości płynów, względnie wykonać zapobiegawczo wlewanie rozczynu soli, jużto przed operacyą, już śródotrzewnie zaraz po operacyi. Ze względu na znaczenie, jakie Rosenfeld przypisuje glikogenowi w sprawie spalania tłuszczów, należy podawać przed operacyą dużo węglowodanów. *E. Ehrenpreis.*

Hagen. **O ginekologicznem zapaleniu otrzewnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 33). Na tegorocznym Zjeździe chirurgów toczyła się dyskusya nad leczeniem zapalenia otrze-

wnej, powstałego na tle ginekologicznem. Rehn i Nötzel występowali za konsekwentnem leczeniem operacyjnem, natomiast Barth twierdził, że ginekologiczne zapalenie otrzewnej rzadko wymaga leczenia operacyjnego, a zwykle leczy się samo dobrze bez zabiegu. Podobne zdania wygłosili także Martin i Sellheim. H. na podstawie swego sześcioletniego obfitego doświadczenia, rozpatruje właśnie tę sprawę. T. zw. ginekologiczne zapalenie otrzewnej może mieć tło bardzo różne. W pierwszym rzędzie wspomnieć tu należy o zapaleniach, powstałych na tle n. p. zropień krwiaków, skręceń szypuły guzów lub torbieli i t. p. Przypadki te wymagają zwykle operacyi, bo chodzi tu także o usunięcie przy tem właściwego cierpienia. Dalej wspomnieć należy o zapaleniach, biorących początek z zakaźnych cierpień części rodnych kobiecych. Połogowe zapalenie otrzewnej zajmuje tu nieco odrębne stanowisko tak pod względem obrazu klinicznego, jak i drogi szerzenia się zakażenia. Zakażenie szerzy się tutaj albo (najczęściej) drogą limfy lub krwi, albo przechodzi na otrzewnę z macicy drogą jajowodów i jajników. Przy leczeniu zapalenia otrzewnej staramy się zawsze usunąć źródło zakażenia. W danym przypadku jest niem macica, usunięcie zaś macicy u osoby, osłabionej porodem i następową chorobą, nie jest zabiegiem obojętnym. Nie dziw też, że wielu wstrzymuje się wtedy wogóle od operacyi, uważając wypuszczenie ropy za zabieg nie wystarczający. Rokowanie w tych przypadkach jest wogóle smutne. Co do operowania zapalenia otrzewnej pochodzenia »przydatkowego« (Adnexperitonitis), to panują tutaj bardzo różne zapatrywania. Rehn i Nötzel twierdzą, że rokowanie w podobnych przypadkach nie jest wcale lepsze, niż przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. H. nie podziela tego zdania, zwłaszcza przyjmowanego szablonowo. Przedewszystkiem odróżnić tu należy przypadki, w których schorzenie przydatków istniało już dawniej, od takich, w których nagle świeże ropienie z jajowodów przechodzi na nieprzygotowaną otrzewnę. Przypadki te przebiegają ciężko i żywo przypominają zapalenie otrzewnej, biorące początek z wyrostka. Co do rokowania, to jest ono zwykle nawet gorsze, niż przy zapaleniu z wyrostka. Te przypadki wymagają bezwarunkowo operacyi. Już o wiele lepiej rokować możemy przy przebiciach do jamy brzusznej ropni jajnikowych lub większych ropniaków jajowodów, albowiem zwykle tutaj spotyka się już zrosty przygotowujące, natomiast nie jest słusznem zdanie, że ropa w razie dłuższego trwania sprawy bywa jałową. Wertheim w 41% swoich przypadkach wykazał w ropie żywotne drobnoustroje. Największa część przypadków zapalenia otrzewnej, wychodzącego z przydatków, przebiega jednak inaczej, mianowicie zakażenie przechodzi tutaj drogami chłonnemi na otrzewnę. Wprawdzie i tutaj spotykamy nieraz gwałtowne początkowe objawy, ale dalszy przebieg staje się łagodniejszym i różni się bardzo od zwykłego obrazu zapalenia otrzewnej. Zwykle nie spotykamy tu wysięku ropnego. Zapalenie to cechuje silne wzdęcie kiszek. Objawy ostre ustępują szybko. Najważniejszą rzeczą jest tu rozstrzygnięcie następującego pytania: Jeżeli te łagodniejsze postacie nie wymagają operacyi, to czy mamy pewne dane, aby te postacie rozpoznawać? Na szczęście rozpoznanie zwykle jest możebne. Przedewszystkiem brakuje tu typowego dla innych postaci zapalenia otrzewnej, wymagających operacyi, napięcia powłok brzusznych, przyczem spotykamy bardzo silne wzdęcie jelit, jako wyraz chemicznego podrażnienia zakończeń nerwowych w ich ścianie. Przy innych postaciach wzdęcie to występuje zwykle znacznie później, już jako wyraz ogólnego zakażenia. Tu zaś wzdęcie występuje zaraz z początku wśród zupełnie dobrego stanu ogólnego. Mimo wysokiej ciepłoty i silnych miejscowych objawów, tętno bywa tylko trochę szybsze, ale zupełnie dobre. Zwykle choroba, przebiegająca na tle wiewióra, bierze początek w czasie regularności, co także ułatwia rozpoznanie. Nie wynika z tego, by w podobnych przypadkach zawsze z góry wyłączać możliwość operacyi. Gdzie są jakie wątpliwości rozpoznawcze, lepiej zawczasu chwycić za nóż, niż potem za późno czynić sobie wyrzuty. *A.*

Dermatologia.

Schattmann. **Leczenie wiewióra szyjki macicznej ssawką.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1907, T. 88). — Leyberg. *Idem* (1909, T. 96). Kiedy wszystkie próby leczenia wiewióra szyjki macicznej, trwające 3½ mies., zawiodły, postanowił autor leczyć chorą zapomocą ssawki Biera. Leczenie przeprowadzano w ten sposób, iż zakładano ssawkę przez ¾ g co 5 minut, robiąc 3-minutowe przerwy, następnie oczyszczano ujście macicy 10% protargolem i zakładano tampony z 10% rozczynu protargolu w glicerynie. Po 6 dniach takiego postępowania dwoinek Neissera w wydzielinie nie znaleziono, a po 36 dniach chorą jako zupełnie wyleczoną wypuszczono. Przy tem leczeniu chora nigdy bólów nie odczuwała. — Na podstawie całego szeregu przypadków wiewióra szyjki macicznej, leczonych ssawką Biera (1—2 godzin dziennie co 20 minut, 5 minut przerwy) z następowem wstrzykiwaniem zapomocą strzykawki Brauna lub Guyona 5% protargolu do wnętrza szyjki lub wycieraniem jej 5% argentaminą i zakładaniem tamponów 10% rozczynu ichtyolu w glicerynie, dochodzi L. do następujących wniosków: samo leczenie ssawką Biera do celu nie wiedzie, leczenie kombinowane środkami przeciwwiewiórowymi daje wyniki doskonałe w stosunkowo krótkim czasie. *Dr H. L. Weber.*

Eichhorn. **W sprawie wiewióra odbytnicy.** (*Dermatol. Zeitschr.* 1909, T. XVI., Z. 7). Badania autora miały na celu stwierdzenie, jak często to powikłanie pojawia się przy wiewiórze narządu moczowo-płciowego. Wydzielinę do badania wydobywano zapomocą wziernika, posługując się bądź pętlą platynową, bądź też łyżeczką. Oprócz badania drobnowidowego stosowano szczepienie wydzieliny na pożywki agarowe z dodatkiem surowicy z obrzęków lub z wodniaka jądra. Mimo trudności, na jakie napotyka się przy uzyskaniu hodowli dwoinek z wydzieliny błony śluzowej odbytnicy, poleca autor w tych przypadkach, w których zachodzi podejrzenie przeniesienia zakażenia na odbytnicę, stosować ten sposób badania, dający niejednokrotnie odrazu właściwe rozpoznanie. Jeżeli (przy leczeniu) wydzielina nie zawiera już dwoinek, uzupełnia autor badanie zapomocą endoskopu. Posługując się tym przyrządem, znalazł E. w kilku przypadkach płaskie owrzodzenia, nie mające żadnych odrębnych cech. W kilku innych przypadkach badanie wykazało bądź tylko powierzchowne nadżerki lub punktowate wybroczyny, bądź też pasmowate lub kłaczkowate nagromadzenia wydzieliny ropiastokrwawej, przylegającej do błony śluzowej. Co do przyczyn powikłania wiewióra narządu moczowo-płciowego wiewiórem odbytnicy, to E. przyjmuje podobnie, jak i inni, że za przyczynę należy uważać przedewszystkiem spływanie wydzieliny po kroczu; następnie zakażenie może być przeniesione przy obmywaniu i obcieraniu po oddaniu stolca. Jako dalsze przyczyny wchodzą w rachubę przebicia do odbytnicy zropiałych gruczołów Bartholiniego, gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych. Mniej często ma przyczynowe znaczenie nienaturalne spółkowanie. Podmiotowe objawy cierpienia są zwykle bardzo nieznaczne i występują w postaci niestale pojawiającego się parcia. W rzadkich tylko przypadkach o ostrym przebiegu występują silniejsze dolegliwości, utrudniające oddawanie stolca. Rokowanie w kierunku wyzdrowienia jest według spostrzeżeń autora w większości przypadków niepomyślne, albowiem badania, wykonywane u chorych, zgłaszających się po ukończeniu leczenia, prawie zawsze wykazywały obecność dwoinek wiewiórowych, a po dłuższym lub krótszym czasie występowały nawroty choroby. W leczeniu uważa autor za najwięcej wskazane stosowanie przetworów srebrowych w postaci przepłukiwania lub czopków.

Spostrzeżenia swoje streszcza autor w następujących wnioskach: Wiewiór odbytnicy u kobiet należy do częstych powikłań, występujących według statystyki autora, obejmującej 235 chorych, w 30% przypadków wiewióra narządu moczowo-płciowego. Powikłanie to zjawia się równie często u prostytutek, jak i u innych kobiet. Za przedmiotowe objawy cierpienia oprócz stwierdzenia dwoinek należy uważać wydzielinę ropną, obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej, natomiast przerosłe fałdy w odbycie i inne zmiany, jak wyprysk w otoczeniu odbytu, wygładzenie fałdów, zwiotczenie zwieracza odbytu, nie mają żadnego w tym kierunku znaczenia. *Stopczański.*

Papée. **Kiła u prostytutek we Lwowie.** (*Archiv f. Derm. u. Syph.* 1908, T. 89). Na 382 badanych, w policyi zapisanych dziewcząt, zakażonych jadem kiłowym było 81%. Okazywało zmiany wczesne (chociaż blisko ⅓ chorowała dłużej, aniżeli 3 lata) 46·0%. 56% zakaziło się w pierwszych dwu latach swego zawodu, a 25% zanim było policyjnie nadzorowanych. W okresie pierwszych 3 lat swej choroby 37% miało niżej lat 20, 42% niżej 25, a wyżej 20 lat. Wśród dziewcząt oddających się prostytucyi tajnej, odsetek kiłą zakażonych był bardzo niewiele mniejszy. *Dr H. L. Weber.*

Welander. **Leczenie kiły atoksylem.** (*Archiv f. Derm. u. Syph.* 1908, T. 89). Atoksyl, wstrzyknięty podskórnie, opuszcza ustrój w przeważnej części w pierwszych 24 godzinach, w następnej dobie zostaje wydalony już w bardzo nieznacznych ilościach. Co się tyczy dróg, któremi atoksyl zostaje wydalany, to najważniejszą rolę odgrywają nerki, które wydalają około

60% w pierwszych 24 godzinach po wstrzyknięciu; z kałem odchodzi około 0·07%, pot i inne wydaliny nie były badane. Atoksyl jako środek przeciwkiłowy nie może zastąpić rtęci i jodu. Na ustąpienie zmian kiłowych przy podawaniu atoksylu trzeba dłużej czekać, a nawroty występują zwykle dość wcześnie.

Dr H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 6 października 1909 r.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonnenberg.

1. Kol. Przedborski: **Przypadek porażenia opuszkowego z porażeniem przeważnie jąder ruchowych, n. błędnego, dodatkowego, gardłowo-językowego i twarzowego.** Przypadek ten dotyczy 36-letniego mężczyzny, który w dniu, kiedy go prelegent po raz pierwszy widział, sprawiał wrażenie ciężko chorego. Chory skarżył się na ogólne osłabienie i gwałtowne bóle przy próbach połykania pokarmów. Ciepłota ciała od 3 dni podniesiona, tętno przyspieszone. Badanie wykazało: niemożność połykania, zniesioną wrażliwość błony śluzowej gardła, język nieruchomy, mowę o zabarwieniu nosowem. Nagłośnia była opuszczona ku dołowi. Obustronne porażenie mięśni obrączkowo-nalewkowych tylnych. Błona śluzowa krtani zupełnie niewrażliwa. Podczas badania dwukrotnie występowały napady duszności i kaszlu. Na 6. dzień choroby umieszczono chorego w szpitalu. Tu napady duszności stawały się częstsze i groźniejsze, wobec czego dokonano tracheotomii. Wkrótce ciepłota opadła, tętno zwolniało (do 50 na minutę). Podczas pobytu w szpitalu rozwinął się obraz zaniku działalności prawie wszystkich mięśni ruchowych krtani, zaopatrzonych w gałązki ruchowe obu nerwów krtaniowych dolnych. Głos utracił chory zupełnie. W 22 dniu trwania choroby chory zmarł w szpitalu. Sekcya ze względów rytualnych nie została dokonana. W ostatnich dnia życia stwierdzono porażenie prawego nerwu twarzowego. Prelegent zaznacza, jako rzecz godną uwagi, że podczas całego przebiegu cierpienia nerw podjęzykowy porażeniu nie uległ, że również nie uwydatniły się żadne zmiany, z wyjątkiem przytoczonych, w ogólnym ustroju nerwowym. Ze względu na to, że przebieg i objawy kliniczne tego przypadku przedstawiają poważne trudności ze stanowiska rozpoznawczego, poświęcił prelegent sprawie rozpoznania kilka uwag krytycznych. Po rozważeniu objawów, które towarzyszą ostrej, udarowatej postaci porażenia opuszkowego, oraz rzekomego ostrego porażenia opuszkowego i po wyłączeniu tych postaci chorobowych, doszedł prelegent do przeświadczenia, że w omawianym przypadku chodziło o swoiste, nader ostro powstałe cierpienie opuszkowe, które w stosunkowo krótkim czasie uszkodziło jądra ruchowe nerwu błędnego, dodatkowego, gardłowo-językowego i twarzowego prawego. Prelegent przypisuje jedynie tylko bardzo szybkiemu przebiegowi cierpienia fakt, że nie zdołały rozwinąć się zmiany zanikowe w mięśniach ruchowych n. twarzowego.

2. Dyskusya: Kol. Sterling zapytuje prelegenta, czy objawy porażenia opuszkowego nie były tylko częścią objawów chorobowych, prelegent bowiem nic nie mówił o stanie innych układów, prócz jednego odcinka dróg oddechowych. Kol. S. nie widzi dowodów, by chwila, kiedy lekarz chorego widział po raz pierwszy, mogła być zarazem chwilą powstania choroby (z gorączką). Objawy zapalne w gardle mogły powstać na znieczulonej i w odżywianiu już upośledzonej błonie śluzowej. Kol. S. nie rozumie, dlaczego choremu z ostrymi objawami (gorączka) podawano jodek potasu; żaden z przypuszczalnych czynników etyologicznych nie upoważniał do tego w gorączkowym i — jak sądzono — w początkowym okresie choroby (str. własne).

Kol. Grabowski zwraca uwagę na stopniowy rozwój porażenia w n. zwrotnym i następnie późniejsze zjawienie się porażenia n. twarzowego. Ta stopniowość rozwoju porażenia przemawia przeciw udarowi (krwotokowi) i zatorowi, raczej przemawia za zakrzepem. Zakrzepy, jak wiadomo, często występują przy zakaźnych cierpieniach gorączkowych (dur, grypa i t. d.). Kol. S. zapytuje się, czy chory, który miał gorączkę, był badany w tym kierunku, czy miał powiększoną śledzionę? itd.

Kol. Goldberg zauważył, że ponieważ między jądrem n. błędnego i twarzowego znajdują się jądra nerwów: odwodzącego i słuchowego, które nie uległy porażeniu, należałoby wobec tego przyjąć nowy wylew krwawy, a nie szerzenie się zmian, które wywołał stary wylew. Dalej kol. G. zauważył, że o porażeniu nagłośni mowy nie było, błona zaś śluzowa gardła była znieczulona, wskutek czego trudno pojąć krztuszenie się chorego. Wreszcie kol. S. zwrócił uwagę na to, że mięśnie gładkie przewodu pokarmowego otrzymują unerwienie od splotów współczulnych. (Streszczenie własne).

Kol. Hartman zauważył, że był pierwszym lekarzem, udzielającym pomocy choremu, o którym mówił prelegent. Kol. H. już podczas pierwszego badania stwierdził u chorego objawy ostrego zakaźnego cierpienia gardła. Na kol. H. cierpienie sprawiło wrażenie różycowego zapalenia gardła lub też ropowicy gardła. — W dyskusyi prócz wymienionych kolegów przemawiali koledzy: Rundo, Pinkus, Trenkner.

Prelegent, opierając się na twierdzeniu kol. Hartmana, na którym przypadek sprawił wrażenie ostrego zakaźnego cierpienia gardła, wypowiedział przypuszczenie, że przypadek ten pozostawał najprawdopodobniej w związku przyczynowym z jedną z ostrych chorób zakaźnych. Prelegent dodał, że, jakkolwiek fakt zaznaczony niezupełnie usuwa wątpliwości, nie mniej do pewnego stopnia wyjaśnia ciemną etyologię tego przypadku.

3. Kol. Perlis pokazał **wyrostki robaczkowe** 3 chorych, u których wykonano operacyę wczesną. Jeden przypadek dotyczy 27-let. mężczyzny, chorego od 4 godzin, drugi 40-letn. kobiety, chorej od 50 godzin, trzeci 17-let. chłopca, chorego od 40 godzin. Przebieg pooperacyjny dobry. W przypadkach pierwszym i trzecim zastosowano wczesne wstawanie według Kümmla.

4. Kol. Grabowski przedstawił **nowotwór nerki,** usuniętej przez laparotomię.

5. W dyskusyi w sprawie **wszesnego wstawania po operacyi** przemawiali Koledzy Krusche i Goldman. W dyskusyi zauważono, że metoda wczesnego wstawania ma wprawdzie zwolenników, lecz wielu przeciwników (Koertner, Eiselsberg). Kol. Krusche i Goldman zabierali również głos w sprawie przedstawionego przez kol. Grabowskiego nowotworu nerki.

6. Przeczytano odezwę Komitetu I-go Zjazdu Neurologów, Psychiatrów i Psychologów polskich w Warszawie, zapraszającą Tow. Lek. Łódzkie do wysłania delegata na wymieniony Zjazd. Uchwalono zaproponować koledze Pańskiemu, aby na Zjeździe reprezentował nasze Towarzystwo.

E. Sonnenberg.

Sekcya pedyatryczna Towarzystwa lekarskiego łódzkiego.

Sprawozdanie za rok 1908/9.

W roku 1908/9 wyczerpała sekcya ułożony na ten rok program prac, poświęcając 10 posiedzeń na wykłady następujące:

1) A. Trenknerowa i A. Tomaszewski. Przebieg i leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci. 2) W. Jasiński i H. Goldberg. O leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci. 3) Wł. Schoenaich i L. Przedborski. Wyrośle adenoidalne, — wpływ na ustrój i wskazania operacyjne. 4) J. Brudziński i J. Perlis. Intubacya i tracheotomia. 5) Z. Prechner i M. Silberstrom. Przymiot dziedziczny w świetle najnowszych badań. 6) T. Mogilnicki i A. Maszlanka. Najnowsze badania w sprawie żywienia niemowląt. 7) S. Rotwand. O gruźlicy wrodzonej i drogach zakażenia gruźliczego. 8) H. Rozenblatówna. Nowe badania z dziedziny bakteryologii błonicy. — Oprócz tego odczytano w lutym 1909 nadesłaną sekcyi pracę Starkiewicza »Przyczynek do zakażeń mieszanych w stanach zapalnych gardła«.

Oprócz posiedzeń odczytowych, odbyły się w roku 1908/9 3 posiedzenia kliniczne (w szpitalu Anny-Maryi)), na których przedstawiono następujące przypadki chorobowe ze szpitala Anny-Maryi i z miasta (Nr 10, 25).

a) J. Brudziński. 1) Obrzęk śluzowaty, leczony od lat 3 tyreoidyną. 2) Obrzęk śluzowaty u 16-letniej dziewczynki, bardzo zacofanej w rozwoju. 3) Przewlekłe zakażenie po zakażeniu mieszanem (odra + płonica). 4) Mongołowatość u 2-letniego dziecka, u którego stwierdzono objaw karkowy. *b)* W. Jasiński. 5) Zapalenie włóknikowe płuc z objawami mózgowymi. 6) Dur brzuszny o przebiegu niezwykłym. 7) Brodawczaki krtani. 8) Gruźlicze owrzodzenie na łuku podniebiennym i migdałku. 9) Choroba Littlea. *c)* A. Goldman. 10) Peritonitis purulenta, po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego; operacya z zejściem pomyślnem. *d)* S. Mogilnicki. 11) Spasmus nutans u 7-mie-

siecznego dziecka. 12) Poodrowe zapalenie oskrzeli z zejściem pomyślnem. 13) Ropniak opłucny z odmą po włóknikowem zapaleniu płuc. *e)* S. Rotwein. 14) Choroba Tay-Sachsa. 15) Pląsawica o ciężkim przebiegu z zejściem śmiertelnem. 16) Rozszerzenie oskrzeli. *f)* H. Rozenblatówna. 17) Ostre obłąkanie po przejściu duru brzusznego u 10-letniej dziewczynki. 18) Nietypowa mikromelia (z rentgenogramami). *g)* A. Tomaszewski. 19) Przepuklina pachwinowa, wyleczona przez operacyę doszczętną u 7-tygodniowego dziecka. 20) Gruźlica nerki u 9-letniej dziewczynki. 21) Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego; wczesna operacya. 22) Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, operowane po przedziurawieniu wyrostka z zejściem pomyślnem, 23) Macroglossa u 2-letniego chłopca, operowana. *h)* Trenknerowa-Zieleniewska. 24) Pląsawica o ciężkim przebiegu z wybitną poprawą po wstrzyknięciach arszeniku. 25) Zapalenie mózgu (*encephalitis*) po odrze u 6-letniego dziecka z następnym bezwładem ogólnym i zniedołężnieniem umysłowem. *i)* A. Pański. 26) Hysteria magna u 12-letniego chłopca.

Na jednem z posiedzeń klinicznych omówił W. Schoenaich przypadek prawdziwych i rzekomych nawrotów płonicy, oraz przypadki popłoniczego zapalenia gardła. Wreszcie na posiedzeniach klinicznych przedstawiano preparaty anatomo-patologiczne z sekcyi (J. Brudziński, W. Jasiński, H. Rozenblatówna) i po operacyi (Goldman, Perlis, Tomaszewski), preparaty drobnowidowe (Rozenblatówna) i rentgenogramy (Rozenblatówna, Goldman).

Sekretarz: *Wacław Jasiński.* Przewodniczący: *J. Brudziński.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie d. 20. maja 1909.

Przewodniczy K. Rumszewicz.' Obecnych członków 18.

1) T. Cichocki: **Przyczynek do nauki o chorobie Adams-Stockesa.**

W dyskusyi zaznacza Hoffman, iż wpływy nerwowe nie mogą wywołać objawów t. zw. »Herzblok«. Łążyński jest zdania, że właściwie w zbiorze objawów Adams-Stockesa należy rozróżniać dwie choroby, jedną, Adams-Stockesa w ścisłem tego słowa znaczeniu, drugą — chorobę Morgagniego, zależną od wpływów nerwowych bądź ośrodkowych, bądź obwodowych. Cichocki zgadza się ze zdaniem obydwu mowców.

2) J. Makowski przedstawia **śluzówkę pęcherza moczowego, wydaloną w całości** przy zgorzelinowem jej zapaleniu. Śluzówka odeszła w 2 tygodnie po dokonanej operacyi cięcia nadłonowego.

W dyskusyi przytacza Reize przypadek z praktyki z całkowitą prawie zgorzelą błony śluzowej, wywołaną wstrzyknięciem jakiegoś żrącego płynu do pęcherza przez pomyłkę. Modrzewski zapytuje, jakiego rodzaju były dwoinki, znalezione w moczu chorego. Makowski odpowiada, że barwiły się metodą Grama. Pietkiewicz przypuszcza, że w omawianym przypadku pierwsze krwawienie u chorego było prawdopodobnie skutkiem pęknięcia żylaka błony śluzowej pęcherza, co nie jest zjawiskiem zbyt rzadkiem.

Posiedzenie z d. 16 września 1909.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 28.

1) A. Januszkiewicz: **Sprawozdanie z pierwszego Zjazdu internistów polskich w Krakowie.**

2) S. Trzebiński: **O problemacie psycho-fizycznym.** Dyskusyi nie było.

Posiedzenie z d. 7. października 1909 r.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 30.

1) St. Nowaczek: **Słowo o Duninie.** Prelegent w pięknej, a gorącej przemowie kreśli niepospolitą postać znakomitego polskiego uczonego i niestrudzonego działacza na niwie społecznej i podkreśla, jaką niepowetowaną stratę poniosła nauka polska i polskie społeczeństwo przez zgon przedwczesny ś. p. Dunina.

Obecni przez powstanie uczcili pamięć zmarłego.

2) M. Pietkiewicz: **Dziesięć przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet.**

W dyskusyi prosi Sochacki prelegenta o bliższe wyjaśnienie, w jaki sposób na zakażenie t. zw. współczulne drugiej nerki wpływa połączenie żylne podprzeponowe zapomocą kanału żylnego, odkrytego przez francuskich autorów Albarrana i Cathelina? Zwraca dalej uwagę na bardzo ciekawy, a mający według niego doniosłe znaczenie przypadek, spostrzegany przez prelegenta, w którym wycięta nerka okazała się anatomicznie nie zmienioną, a tymczasem sprawa gruźlicza w pęcherzu znacznie się polepszyła. Być może, iż wycięcie zdrowej na oko nerki, nawet gdyby ona nie wydzielała prątków gruźliczych, w jakiś nieznany nam dotychczas sposób wpływa na ustępowanie sprawy w pęcherzu, a mianowicie okolicy ujścia odpowiedniego moczowodu. Wreszcie przytacza mowca przypadek gruźlicy pęcherza moczowego, leczony tuberkuliną z dobrym wynikiem. Reize przypomina również 10 przypadków gruźlicy nerek, z powodzeniem leczonych tuberkuliną w klinice Caspra. Sągajło stara się wytłomaczyć opisany przez prelegenta przypadek z wycięciem zdrowej na oko nerki, a chorym pęcherzem, tem, że sprawą gruźlicza była usadowiona w dolnym odcinku moczowodu. Zapytuje przytem, czy były przypadki, w których wszystkie okresy choroby nie dawały podwyższenia ciepłoty. Makowski sądzi, że początek schorzenia drugiej nerki nie tylko nie jest przeciwwskazaniem do usunięcia nerki gruźliczej, ale nawet jest wskazaniem do tego zabiegu. W praktyce chirurgicznej zauważył, że wogóle po usunięciu jakiegoś jednego ogniska gruźliczego przygasa sprawa w innych miejscach, jeżeli istniała gruźlica wieloogniskowa. Waryński utrzymuje, że w trzecim i czwartym okresie gruźlicy pęcherza przy skrzętnem badaniu ciepłoty, zawsze zauważymy jej podwyższenie.

W końcu wywiązała się ożywiona dyskusya o stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy. W dyskusyi tej przemawiali Januszkiewicz, Trzebiński, Nowaczek, Łowieniecki, Rumszewicz, Sochacki, Sągajło, Żebrowski i Modrzewski.

Sekretarz: *M. Łążyński.*

IV. międzynarodowy Zjazd prasy lekarskiej w Peszcie.

Zajęty przygotowaniem wykładów dla międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, nie miałem niestety sposobności w czasie trwania Zjazdu prasy opisać przebieg tego Zjazdu, któremu co do czasu przyznano pierwszeństwo przed międzynarodowym lekarskim turniejem, by snać członków Zjazdu prasowego nie krępować w braniu udziału w dalszych zajęciach fachowych. Później inne zajęcia przeszkodziły mi w spełnieniu obowiązku delegata. Sądzę, że sprawa nie straciła na swej aktualności przez to mimowolne spóźnienie. — Dla niebardzo licznych członków Zjazdu prasy otworzyła dn. 27. VIII. podwoje w pięknym swym przybytku węgierska Akademia Umiejętności. Posiedzenie zagaił w obecności sekretarza stanu p. Molnara i radcy minister. p. Totha (z min. oświaty) prezes Związku prasowego węgierskiego Prof. Lenhossek, witając gości i podnosząc, że pierwsze węgierskie czasopismo lekarskie powstało w roku 1831 (Orvosi-tár), a w r. 1857 drugie pismo (Orvosi-hetilap). Od tego czasu drukuje się 30 rozmaitych czasopism lekarskich, pomiędzy temi jednak jest wiele popularnych. Lubo pisma węgierskie mogą mieć tylko znaczenie miejscowe i zadanie, by ziomków pouczać o postępie naukowym, to jednak Węgrzy chętnie popierają cele międzynarodowe i, utworzywszy Związek prasy lekarskiej, przystępują do międzynarodowego Związku prasy.

Po Molnarze, który witał gości w imieniu ministra oświaty Apponyiego, dziękował Koloman Müller, prezydent XVI. Zjazdu lekarskiego, za pomoc, udzielaną stale przez prasę w przygotowaniu za dni kilka mającego się odbyć Zjazdu; poczem w imieniu Związku prasy międzynar. dziękował sekretarz Blondel z Paryża, a następnie wskazał na już prawie zdrożny wzrost ilości pism i stąd powstającą trudność zoryentowania się w tem, co ma wartość rzeczywistą. Trudność tę wzmaga jeszcze różnojęzyczność pism, a każdy naród ma prawo pisać w swym języku: »avec le réveil des nationalités et de l'ésprit de race qui s'affirme au travers des groupements artificiels créés par la politique«. Mowca wnosi wreszcie, by zawczasu tej trudności zapobiedz, a służyć wyłącznie nauce. Na podstawie tego wniosku wszystkie pisma, należące do Związku międzynar. prasy, miałyby przyjąć od 1. I. 1910 zasadę, by do **każdej pracy oryginalnej dodawać streszczenie** w języku francuskim, angielskim lub niemieckim, jeżeli praca napisana została w innym, aniżeli jeden z tych trzech języków. Streszczenia takiego dostarczyć powinien autor, albo gdy sam tłomaczenia dokonać nie może, redakcya ma się tem zająć. — Referent wyraża nadzieję, że później, gdy publikowanie takich streszczeń się rozpowszechni, Związek przyjmie na siebie ich zbieranie w jedno dzieło. — Dość nużąca dyskusya nad tym tematem wykazywała trudność zobowiązania redakcyi do takiego postępowania. — Włoch Zicaretti, który żądał, by do tych urzędowych języków doliczono

i włoski, twierdził, że tak już postępuje pismo przez niego wydawane, a Wicherkiewicz zwrócił na to uwagę, iż komitet lekarski słowiański postanowił wydawać w języku francuskim czasopismo, któreby wyłącznie zawierało streszczenia prac słowiańskich. Analogicznie możnaby rozciągnąć myśl wnioskodawcy na wszystkie pisma, byleby streszczenia były ograniczone do kilku wierszy. Do uchwały żadnej nie przyszło.

William Dowson z Londynu proponuje, aby odstąpić od dotychczasowego **sposobu urządzania międzynarodowych Zjazdów,** sposobu, który sprawia, że narodowe komitety poszczególnych państw przygotowują materyał, i radzi utworzyć stałą komisyę z płatnym sekretarzem; ta komisya przyjęłaby główną pracę komitetu lokalnego, a referent podaje jednocześnie skład takiej komisyi i jej czynności. Wedle tej propozycyi komisyę tworzyliby: delegaci komitetów narodowych w liczbie 37, jeneralni sekretarze sekcyjni Zjazdu poprzedniego 20, prezydent Zjazdu 1, jener. sekretarz tegoż 1, sekretarzy jener. poprzednich Zjazdu 4, nadto prezydent, sekretarz i skarbnik Związku prasy, czyli razem 66 osób. — Po krótkiej dyskusyi zgromadzenie przychyliło się do tego poglądu. Jener. sekretarz Dr Déjace z Brukseli podniósł potrzebę **ochrony powagi prasy lekarskiej,** zagrożonej przez używanie prasy lekarskiej w celach reklamy osobistej, a także przez rozpowszechnianie się bezpłatnych pism lekarskich, które służą reklamie bezwartościowych leków. Pisma te wyzyskują tylko publiczność, a szkodzą powadze zawodu lekarskiego. Bardzo ożywioną na ten temat debatę zrodziło głównie pytanie, kiedy artykuł treści lekarskiej przybiera znamię reklamy. Redaktor pisma »The Lancet« domaga się imieniem swego komitetu, by dla ochrony publiczności przed artykułami reklamowymi zawiązał się ścisły stosunek pomiędzy piszącymi, a redaktorami pism lekarskich.

Nazajutrz, t. j. 28 sierpnia rano Dr Blondel przedłożył sprawozdanie nieobecnych członków, a gdy referenci narodowych i lokalnych Związków zdawali **sprawozdanie z organizacyi prasy,** podpisany sprawozdawca, zastępujący Związek polskiej prasy, a także upoważniony do zastępowania czeskiego, podniósł, iż tak polska, jak i czeska prasa nietylko oddawna istnieje, ale posiada prawie dla wszystkich gałęzi umiejętności lekarskiej czasopisma specyalne. Polska prasa, dziś już posiadająca znaczną liczbę pism fachowych, utworzyła Związek, który do Związku międzynarodowego przystąpienie swe zgłosił.

Podjęto na nowo dyskusyę **w sprawie reklamy,** przyczem Dr Jaffe z Hamburga poleca, by dla wykluczenia autorów artykułów reklamowych założyć czarną listę, jak to podobno w Niemczech już się stało. — Dr Grün z Wiednia mniema, że prasa polityczna potrzebuje anonsów przemysłu chemicznego i dlatego nie może ich nie przyjmować. — Dr Grünfeld z Odessy domaga się, by redakcye pism lekarskich prowadziły ścisłą kontrolę nad anonsami.

W końcu Zjazd zgodził się na wniosek Blondela, by przyjąć ustawę, któraby zabraniała przedruku prac oryginalnych i nadużywania takich artykułów do celów reklamy. Również postanowiono zaprowadzić czarną listę lekarzy, którzy systematycznie zajmują się pisaniem artykułów reklamowych.

Po tych debatach odbyło się jeszcze posiedzenie ścisłe stałego Wydziału z delegatami, który przeprowadził wybory funkcyonaryuszy.

Prezydentem wybrany został Lucas Championnière, wiceprezydentami L. Déjace i Michał Lenhossek, a jener. sekretarzem Raoul Blondel.

Przyszły Zjazd prasy odbędzie się we wrześniu 1910 w Brukseli. *B. Wicherkiewicz.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Zjazd delegatów Związku państwowego organizacyi lekarskich w Wiedniu w d. 23. i 24. XI. 1909.

(Dokończenie).

Zastanawiono się także nad życzeniami organizacyi lekarzy wiedeńskich, którzy przez swego prezesa Skorschebana te życzenia przedstawili w następujących punktach: 1) Granica dochodowa 2400 K. 2) Odłączenie ubezpieczenia przymusowego od dobrowolnego, które nie powinno dawać prawa do leczenia bezpłatnego. Gdyby się to jednak nie dało przeprowadzić ze względów techniczno-prawnych, w takim razie żąda się, by i dla tego ubezpieczenia dozwolona była granica majątkowa nie wyższa nad 2400 K. 3) Ubezpieczenia rodzin powinny być zaprowadzone tylko na podstawie wolnego wyboru lekarzy, i to tylko tam, gdzie odpowiednie czynniki, t. j. władze polityczne, pracodawcy, kasy i lekarze na nie się godzą, a to z powodu, iż warunki na wsi i w miastach są różne. 4) Ponieważ według projektu ustawy o ubezpieczeniu kasy są zobowiązane do wydawania orzeczeń (parere), przeto trzeba upewnić się, by lekarzy za nie wynagradzano.

Dyskusya trwała 4 godziny i jeszcze nazajutrz, t. j. 24/XI rano sporo zajęła czasu. Wogóle jednak objawiała się jednomyślność w tym kierunku, że od projektu rządowego, który odpowiada najmniejszej stawce naszych żądań, odstąpić nie można i że trzeba wyczerpać wszystkie środki obrony naszego stanowiska w parlamencie, a ponieważ widoki są słabe wobec podkładu politycznego, który może zaważyć w ukształtowaniu tego prawa, przeto, nie oglądając się na nic, trzeba się organizować wszędzie, względnie pomódz do większej siły organizacyom niedostatecznie rozwijającym się, by stanąć do walki w zwartym a silnym szeregu.

Przybyły na zgromadzenie Dr Michl, poseł do parlamentu, pokrótce omawiał usposobienie komisyi parlamentarnej. Na wniosek Dra Lederera postanowiono gremialnie udać się do parlamentu, by tu z wybitniejszymi członkami komisyi pomówić i starać się ich przekonać, iż d e l e g a c i o r g a n i z a c y i l e k a r s k i c h w s z y s t k i c h k r a j ó w k o r o n n y c h ż ą d a j ą t e g o s a m e g o. Ten akt, niestety, wyznać to należy, trochę niezręcznie aranżowany, odbył się w kuloarach parlamentu, tak sobie na ochotnika. Nie było jednolitego wystąpienia, tylko omawiano grupami, jak się one właśnie przypadkowo ukształtowały. Głównie przewodniczący komisyi tej, prof. Buzek, odpowiadał na interpelacye i dawał wyjaśnienia na pytania, z rozmaitych stron stawiane, a wynikało z danych wyjaśnień, iż usposobienie dla nas jest niekorzystne; chodzi, zdaje się, o jakąś szacherkę polityczną, za którą my mamy płacić. Prof. Buzek dziwił się pretensyom lekarzy wobec tego, iż dotychczas żadnej granicy majątkowej nie było, na co zauważyłem, iż to była właśnie niesprawiedliwość, przed którą nowe prawo powinno nas zabezpieczyć. Rozmawiałem także z jednym z posłów z Tyrolu, który sądził nawet, że granica 2400 K. jest jeszcze zbyt wysoka, a sądził to ze stosunków swego kraju, gdzie chłop, mający 2400 K. dochodu, uchodzi za zamożnego. To samo powiedziećby można, — zauważyłem na to, — i o naszych stosunkach. Tak trwała pogadanka przeszło godzinę, przystępowali najrozmaitsi posłowie do deputacyi naszej, jedni przysłuchiwali się, inni, jak Stransky, bronili zacięcie przeciwnego nam stanowiska, gdy dźwięk dzwonka w kuloarach, ponownie powołując posłów na rozpoczynającą się znowu rozprawę w tym krytycznym dla parlamentu dniu, położył koniec naszym, nie bardzo sympatycznym, ale, jak sądzę, niezupełnie bezowocnym zabiegom.

W dalszym ciągu zgromadzenia długi dosyć referat złożył Dr Gruss **o projekcie prawa karnego.** Powołując się częściowo na broszurkę »Die Anzeigepflicht des Arztes nach § 359 des oester. Strafgesetzes«, wydaną przez siebie w r. 1904, podnosi Dr G. ze swego obecnego nowego referatu, mającego wyjść drukiem, tylko najważniejsze szczegóły, z których niech mi wolno będzie kilka przytoczyć. Na wstępie podnosi, że wobec tego, czego prawo wymaga od lekarza, powinien lekarz mieć i korzyści urzędnika, a nietylko obowiązki. Wedle § 335 lekarz zobowiązany jest udać się do chorego na wezwanie w razie ciężkiej choroby i skaleczenia, a gdy tego nie uczyni, będzie karany, chociażby stąd dla chorego nie wynikła żadna szkoda, lecz tylko była możliwą. Spędzenie płodu jest karane i słusznie, lecz jeżeli nastąpiło ono z litości, a nie dla zysku, powinny, zdaniem referenta, okoliczności łagodzące karę obniżyć. Władza administracyjna może w pewnych razach odebrać lekarzowi czasowo lub na zawsze prawo praktykowania (Gewerbeerlaubniss). Tu słusznie referent zauważa, iż »stoimy na wulkanie«. Prawo domaga się ewent. powtórzenia wszystkich egzaminów, chociażby lekarz w przewinieniu objawił był niezdolność w pewnej tylko gałęzi umiejętności lekarskiej. Inaczej z sędzią. Gdy on zasądzi niesłusznie obwinionego, nic mu się nie stanie, albo, gdy w jakim dziale sądownictwa okaże się niezdolnym, dostaje posadę w innym, a nikt nie pyta, czy nie zapomniał potrzebnych do tego wiadomości. Prawo karze osoby, które zaniechały niesienia pomocy w nagłych przypadkach, czy cięższych obrażeniach ciała. Lekarz powinien nieść pomoc, nawet w przypadkach lekkiego zachorowania, czy zranienia. W Niemczech

sprawy takie pozostawia się Izbom lekarskim do dochodzenia i ukarania, i to słusznie, bo te korporacye mogą osądzić, o ile lekarz przy tem zawinił. — Paragraf dotyczący dręczenia zwierząt, który wejść ma w dawnej osnowie do ustawy, znowu jest niebezpieczny dla lekarzy. Dorożkarz, powiada referent, który bije konia, nie zostaje pociągany do odpowiedzialności, ale lekarz, lub n. p. profesor fizyologii i t. d., wykonywający doświadczenia, byłby tutaj poddany surowemu postępowaniu. — Paragraf o partactwie przechodzi również w dawnej formie do nowej ustawy, która partactwo bardzo oględnie traktuje. Dlatego żądać trzeba takiego brzmienia: »Kto, jako lekarz, czy położnik sprawuje jakie czynności, nie posiadając dyplomu krajowego lub nostryfikowanego, będzie karany więzieniem, a w razie powtarzania się winy wydaleniem z granic państwa«. — Inny znów paragraf postanawia, iż kto z osobą ciężarną między 6—10. miesiącem utrzymuje stosunki, może w razie danym być oskarżony o ojcowstwo. Tu otwiera się szerokie pole do szantażu.— Po krótkiej dyskusyi uchwalono nad wnioskami referenta przeprowadzić rozprawę na przyszłem zebraniu delegatów.

W sprawie opodatkowania lekarzy referuje Dr Pick. Do podatku z praktyki pociąga władza podatkowa także dochody stałe z kas lub innych zakładów, co nie jest dopuszczalne. Tu trzeba i władzy zwrócić uwagę na niesłuszność postępowania, i opodatkowanych pouczać, a władzy nadto wykazać, że dochody z kas chorych zmniejszają się coraz więcej. Władza podatkowa nie powinna powodować się w ocenie pozorami. Lekarz musi na zewnątrz występować lepiej, aniżeli to odpowiada jego dochodom (lepsze mieszkanie, w lepszej dzielnicy, więcej służby, dbałość o przyzwoitą powierzchowność). Do komisyi podatkowych powinno należeć więcej lekarzy.

W sprawie unormowania stosunku między lekarzami państw ościennych referują Dr Koralewski i Pick. — Sprawa dotyczy wykonywania praktyki przez lekarzy sąsiednich państw na wypadek bojkotów i t. d. Węgrzy nie posiadają Izb lekarskich, ale prawie wszyscy lekarze (bo na 5400—4800) należą do organizacyi. W tej organizacyi jest bardzo wielu profesorów, co właśnie tym organizacyom nadaje i więcej powagi i siły, bo i młodzi idą chętnie za przykładem przewodników. — Związek państwowy winien wejść w układ z lipskim Związkiem lekarskim, aby w pasie granicznym ustanowiono taryfy i nikomu nie było wolno licytować *in minus*.

Sprawa **opodatkowania wód mineralnych,** przedstawiona przez ref. Dra Grüna, zajęła tylko chwil kilka. Niesłusznie zrobiono sztuczny podział między wodami mineralnemi stołowemi, a leczniczemi, bo i wody lecznicze często są stołowemi, a stołowe leczniczemi. — Opodatkowanie wód tych w każdym razie stoi w sprzeczności z popieraniem higieny ogólnej, gdyż utrudnia stosowanie wód mineralnych tam, gdzie woda zwyczajna do picia jest niewłaściwa, bo zdrowiu szkodząca.

Dalej omawiano raz jeszcze, rozbierane obszerniej na zeszłorocznem zebraniu, **ustawy o chorobach zakaźnych i o zdrowotności** (Reichsseuchengesetz i Reichssanitätsgesetz) (ref. Dr Grün). Wykonywanie szczepienia krowianką powinno być ściśle w ustawie, jako obowiązkowe, oznaczone. Obowiązek zgłoszenia choroby zakaźnej nie powinien się rozciągać na kilka osób, bo stąd łatwo powstać mogą pomyłki pod względem rozpoznawania choroby. — § 21 opiewa, że odkażanie pomieszkania przemysłowców nastąpić powinno przez rozporządzenie inspektora przemysłowego. Do tego powinien lekarz mieć prawo, bo inspektora często niema itd., a zwłoka szkodę przynieść może. — Lekarze cywilni zatrudnieni w razach epidemii, powinni mieć przyznane pobory urzędników VII. rangi, chociażby urzędnikami nie byli.

W sprawie techników dentystycznych referuje Dr Skorscheban, podnosząc skuteczne jednomyślne wystąpienie wszystkich organizacyi, popierających protest lekarzy wiedeńskich w d. 12. czerwca przeciw referatowi Dra Heilingera w sprawie wydania pewnych gałęzi dentystyki w ręce osób do tego nieuprawnionych; specyalnie dziękuje referent organizacyi krakowskiej za energiczne poparcie akcyi. — Gdyby dopuszczono do zrównania techników z dentystami, to niezadługo wystąpiliby i masażyści, i golarze, i bandażyści, jak wogóle wszyscy, którzy w jakimkolwiek do medycyny stoją stosunku, z podobnemi pretensyami, szkodzącemi powadze stanu lekarskiego.

W sprawie regulaminu dla bojkotu i ostrzeżeń referuje pokrótce prezes Dr Gruss, podnosząc, iż pokazały się w praktyce rozmaite niedomagania, i dlatego regulamin, wygotowany na podstawie statystyki kazuistycznej, będzie organizacyom swego czasu rozesłany do zaopiniowania.

Co do wyzysku lekarzy kolejowych przez dyrekcyę kolei południowej, która, jak wiadomo, chciała lekarzy kolejowych zobowiązać także do leczenia bezpłatnego rodzin urzędników, to wskutek interwencyi prezydyum Związku dyrekcya kolei cofnęła rozporządzenie, a że zwróciła przytem i na to uwagę, iż to samo czyni kolej państwowa i północno-zachodnia, przeto przeciw tym dyrekcyom te same poczyni się kroki.

W sprawie reorganizacyi Najwyższej Rady zdrowia referuje Dr Grün, przemawiając za tem, by przy wyborze do składu tej Rady uwzględniano więcej, niż dotychczas, lekarzy praktykujących, a delegat galicyjski, dawszy pogląd na stosunki galicyjskie, gdzie pierwotnie tylko 2 było członków Najwyższej Rady, obecnie zaś wskutek interwencyi Koła Polskiego jest 6, podnosi, iż stosunek jeszcze nie odpowiada liczbie ludności, lekarzy i terytoryalnemu obszarowi, i dlatego wnosi: Zebranie delegatów upoważnia prezydyum Związku do poczynienia odpowiednich kroków, by poszczególne kraje koronne w sposób słuszny pod względem liczebnym w Najwyższej Radzie zdrowia były uwzględnione. Dr Hellbig imieniem czeskiej organizacyi przyłącza się do tego wniosku.

Wiedeńska organizacya przez swego delegata poruszyła **sprawę ściągania należytości.** Delegat galicyjski zwrócił uwagę na to, iż organizacya galicyjska posiada taki dział, doskonale funkcyonujący, nie uważa jednak za właściwe nad tem się rozwodzić, gdyż sprawa ta nie należy przed forum Związku państwowego i wnosi, by ją pominięto przy obradach obecnych.

Kilka innych pomniejszych spraw również odłożono do następnego Zjazdu.

Gdy przewodniczący podziękowaniem, do wszystkich obecnych zwróconem zamknął posiedzenie, zabrał głos na zakończenie podpisany, podnosząc zgodne i jednomyślne, a tak skutecznie prowadzone rozprawy, do czego się przyczyniły doskonale opracowane referaty i znakomite przewodnictwo. Dziękuje więc w imieniu zgromadzonych i referentom i przewodniczącemu, a dołącza prośbę, by wszystkie tezy, jakie stawiano, czemprędzej pojedynczym organizacyom przesłano w odbitkach, jako podkład do dalszej akcyi. *B. Wicherkiewicz.*

Do komitetów Najwyższej Rady Zdrowia proponuje ministerstwo wedle »Tygodnika lek.« (Nr 48) następujących członków z Galicyi: 1) Sprawy ogólne — Prof. Kostanecki, 2) zaopatrzenie w wodę — Dr Walczyński, 3) służba sanitarna z wyjątkiem aptek — Prof. Łazarski, 4) wykształcenie i obsada służby sanitarnej rządowej — Prof. Łukasiewicz, 5) sprawy aptekarskie i 6) środki lekarskie — Prof. Łazarski, 7) choroby zakaźne — Prof. Łukasiewicz, 8) ochrona młodzieży i higiena szkolna — Dr Sielski, 9) zakłady lecznicze i humanitarne — Prof. Łukasiewicz i dyr. Starzewski, 10) higiena więzień — dyr. Starzewski, 11) postępowanie ze zwłokami i 12) statystyka sanitarna — Prof. Kostanecki. Galicya nie miałaby zaś przedstawicieli przy sprawach: 1) higieny budynków i mieszkań, 2) higieny przemysłu, 3) środków żywności, 4) opieki nad obłąkanymi, 5) zdrojowisk i uzdrowisk, 6) prymaryatów. *R.*

W sprawie ubezpieczenia społecznego wystąpił przeciw postulatom lekarzy galicyjski Związek kas chorych, uchwalając 5. XII. b. r. i wysyłając do komisyi ubezpieczenia społecznego następującą rezolucyę: »Zgromadzenie protestuje przeciw opinii, wyrażonej podczas ankiety, zwołanej przez komisyę parlamentarną dla ubezpieczenia społecznego przez eksperta z Galicyi w sprawie ustanowienia granicy płacy dla ubezpieczonych na wypadek choroby, albowiem zgromadzenie na podstawie znajomości stosunków wśród tej kategoryi ubezpieczonych i na podstawie znajomości woli tych ubezpieczonych uważa postawienie jakiejkolwiek granicy poborów, tak co do obowiązku ubezpieczenia, jak i świadczeń, za sprzeczne z intencyami ubezpieczonych w kasach chorych«. *R.*

Szkołę dozorczyń otwiera Wydział krajowy, jak donosi »Tygodnik lek.« (Nr 48) w szpitalu krajowym lwowskim z Nowym Rokiem 1910, przeznaczając na nią rocznie 2000 kor. Zorganizowaniem szkoły, na razie przeznaczonej wyłącznie dla SS. Miłosierdzia (które na zasadzie nowej umowy z Wydziałem kraj. są obowiązane odbyć kurs pielęgnowania chorych) zajmuje się dyrektor szpitala Dr Starzewski na zasadzie studyów, poczynionych zagranicą z ramienia Wydziału kraj. — Nie dociekając, gdzie i kiedy sprawę tę podniesiono po raz pierwszy, co jest rzeczą uboczną, należy z radością powitać spełnienie się jednego z najpilniejszych postulatów naszego szpitalnictwa na razie we Lwowie, a — miejmy nadzieję — z czasem i w Krakowie i większych szpitalach prowincyonalnych, *R.*

Państwowy urząd nadzoru mleka (Reichsmilchamt),

z radą przyboczną, złożoną z lekarzy, weterynarzy, rolników i chemików powstać ma w Niemczech, aby czuwać nad zaopatrzeniem wielkich miast w dobre mleko. *Z.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca października 1909	478,947	290,494
W listopadzie 1909	400	7,700
Razem .	479,347	298,194

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 28. XI. do 4. XII. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Dobromil (Żohatyn 2), Jarosław (Radymno 7), Kałusz (Dołżka 3), Stryj (Dzieduszyce wielkie 7), Zborów (Jezierzanka 4). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 21. XI. do 27. XI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 5 (w tem obcych 2 † 3). płonicy 30 † 2 (3 † —), odry 217 † 3 (2 † —), duru brzusznego 1, *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. XI. do 4. XII. zgłoszono przypadków: błonicy 12 † 4 (w tem obcych 7 † 3), krztuśca 2 † 2, płonicy 12 † 1 (6 † 1), odry 2, duru brzusznego 4 † — (3 † —), czerwonki 2 (2). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 14. XI. do 20. XI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 32 † 5, odry 8, płonicy 12 † 3, błonicy 1 † —, róży 13 † 1, duru brzusznego 18 † 1, duru osutkowego 5, duru powrotnego 1, grypy 9. (*Gaz. lek.* Nr 49).

Śmiertelność w Warszawie w r. 1908 wynosiła 19·48 na tysiąc mieszkańców; największa była w marcu, lipcu i styczniu, najmniejsza we wrześniu, maju i kwietniu; największa z zapalenia płuc, gruźlicy i nieżytu jelit.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dowiadujemy się, iż Dr Feliks Sielski ze Lwowa, członek Najwyższej Rady Zdrowia, nie mógł być obecny na pierwszem posiedzeniu Rady w Wiedniu, gdyż znajdował się podówczas na statku »Thalia«, odbywającym podróż naukowo-lekarską do Egiptu. Statek ten wypłynął z Tryestu 4. listopada, kiedy jeszcze nie były ogłoszone powołania do Najwyższej Rady Zdrowia, ani nie był naznaczony dzień pierwszego posiedzenia Rady w Wiedniu.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Leopold Stanisław Welecki, rodem z Rzeszowa.

— Rada nadzorcza Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie, udzielając krakowskiemu Kołu Towarzystwa walki z gruźlicą subwencyi 200 kor., poleciła zarazem, na wniosek JE. Antoniego hr. Wodzickiego, dyrekcyi Towarzystwa zastanowić się nad sposobem, w jakiby można walkę z gruźlicą wydatnie poprzeć, np. podejmując z okazyi bliskiego jubileuszu Towarzystwa akcyę na wzór Towarzystw amerykańskich, budujących sanatorya i t. p. W dyskusyi podniósł m. i. Dr Lipowski fakt, że 30—35% wszystkich wypadków śmierci wśród ubezpieczonych w Towarzystwie stanowi gruźlica.

— W austryackiem Towarzystwie okrętowem »Austro-Americana« w Tryeście wakują posady lekarzy okrętowych, na które poszukiwani są także Polacy. Informacyi udziela agencya Towarzystwa p. f. Goldlust i Sp., Kraków, Lubicz 7.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył posiedzenia w d. 3. i 14. XI. 1909. Na pierwszem z nich uchwalono na podstawie referatu Dra Mikołajskiego w sprawie organizacyi lekarzy po przeprowadzeniu obszernej dyskusyi na wniosek referenta rezolucyę, która ma być przesłana »Krajowemu Związkowi lekarzy« i Izbie lek. zachodnio-galicyjskiej, odczytano postulaty Związku lekarzy okręgowych w sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej i uchwalono przesłać je Namiestnictwu i Wydziałowi kraj., zatwierdzono taryfę lekarską w Skolem i uchwalono wezwać i inne miasta do ułożenia taryfy, wreszcie załatwiono 2 sprawy honorowe. — W d. 14. XI. zaś wydelegowano wiceprezydenta Dra Papée na ankietę w sprawie ubezpieczenia społecznego i uchwalono przyznać delegatom Izby w razie wyjazdu koszta podróży I. klasą i 20 kor. dyety.

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 4. XII. b. r. sprawą oddziałów zakaźnych w szpitalach, sprawą planów szpitala w Tarnowie, rekursem od orzeczenia Izby lekarskiej w sprawie Dra N. i kilku drobniejszemi sprawami.

— »Koło medyków wszechnicy lwowskiej« liczyło w roku 1908/9 141 członków zwyczajnych, 14 wspierających i miało 3925·39 kor. dochodu, 3194·92 rozchodów, a 356·22 kor. kapitału żelaznego. Oprócz wiecu w sprawie potrzeb Wydziału lek., urządziło »Koło« 3 odczyty i kursa samarytańskie dla pań. Z biblioteki, która zwiększyła się o 169 tomów, wypożyczono dzieł (podręczników) 492.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie odbyło w r. z. 32 posiedzenia, na których przedstawiono 75 rozpraw; z tych posiedzeń przypada na Wydział matematyczno-przyrodniczy 9. Do Towarzystwa należy 86 członków.

— W Ojcowie stwierdzono w 2 źródłach wysoką zawartość kwasu węglowego.

— W Łodzi została otwarta wystawa przeciwalkoholiczna

— Sprawa wodociągów w Łodzi zbliża się ku urzeczywistnieniu. 3. XII. b. r. zebrała się miejska komisya wodociągowa (po raz pierwszy z udziałem zaproszonych lekarzy i inżynierów) i uchwaliła powierzyć inż. Lindleyowi wypracowanie kosztorysów.

— 1. XII. ukończyło Pogotowie ratunkowe w Łodzi dziesięciolecie swej działalności.

— Termin nadsyłania życiorysów do »Słownika lekarzy polskich«, przygotowywanego przez Redakcyę »Medycyny i Kroniki lek.« (Warszawa, Niecała 7) upływa 1. stycznia 1910.

Z różnych stron. XI. Zjazd im. Pirogowa został odłożony na kwiecień 1910.

— Komisya sanitarna parlamentu austr. wybrała prezesem swym Dra Adlera z Wiednia, a wiceprezesem Dra Dietziusa z Jarosławia.

Mianowani: Dr Jarosiewicz lekarzem kolejowym w Stanisławowie;

Dr Houwink profesorem dermatologii w Amsterdamie, Doc. Muratow profesorem neurologii w Tomsku, Doc. Szkarin profesorem pedyatryi w Akademii wojsk.-lek. w Petersburgu.

Zmarli: lekarz-dentysta Henryk Arnstein we Włocławku w 55 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 15. grudnia 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Wybory Zarządu Towarzystwa na r. 1910. 2) Dalszy ciąg dyskusyi nad wykładem Prof. Browicza: »Etyologia raka«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Pyrenol. Dr Bresciani w Arco. (Wiener klin. Rundschau, 1909. Nr 40). Wykonanie ciężkich zabiegów operacyjnych, do jakich należy stworzenie sztucznej odmy piersiowej według metody Forlaniniego w Pawii i leczenie następowe po takich zabiegach, wymaga, aby płuca znajdowały się w możliwie najlepszych warunkach żywotności. Obok szeregu czynników fizycznych przypada ważna rola działaniu leczniczemu. Leczenie ma tu dwojakie zadanie: uwolnić płuca dokładnie z wydzieliny i zapobiegać osłabieniu czynności serca. Pomiędzy środkami w tym wypadku w grę wchodzącymi uważa B. pyrenol za najodpowiedniejszy, a to z powodu, że środek ten posiada, jak żaden inny, własność łagodzenia kaszlu, bez działania narkotycznego. Działanie to osiąga przez rozrzedzenie wydzieliny i zarazem przez jej zmniejszenie. Pyrenol zatem przewyższa, zdaniem B., jako środek wykrztuśny, zarówno wymiotnicę, krzyżownicę i jodek potasu, jak z drugiej strony apomorfinę, morfinę i t. d. Znana własność skrzepiania serca działa pomocniczo przy cierpieniach płuc. *Hr. W.*

Szczawa
Krondorfska
uznana za
najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Gastrosan Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym z ich następstwami przy dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania i przy nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.

Salit szybko uśmierzający ból i leczący środek do wcierania przy cierpieniach gośćcowych. Salit znosi skóra w stanie nierozcieńczonym.

Novargan Z powodu braku działania drażniącego także wyżej zgęszczonych rozczynów nadaje się szczególniej do leczenia ostrego wiewióra.

Injectio Dr Hirsch: rozczyn gotowy do użycia do zupełnie niebolesnych podskórnych i śródmięśniowych wstrzykiwań rtęci.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 b

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 F. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety

Wystawa hig. Wiedeń 1906: Nagroda państw. i dypl. hon. do medalu złotego. Odznaczone kilkakrotnie. — Przeszło 6000 orzeczeń lekarskich. Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki.

J. Serravallo. c. i k. dostawca Dworu

Triest-Barcola. 43

Dla uspokojenia nerwów i pobudzenia snu

Bromural

(α-monobromisovalerianylowy mocznik)

Dawki: jako środek uspokajający 0,3 g. kilka razy dziennie; jako lekki środek nasenny 0,6 g. przed pójściem spać jako proszek lub w kołaczykach.

Rp. 1 rurka oryg. kołaczyków bromural. (Knoll) po 0,3 No XX. 18 a

KNOLL et Co., Ludwigshafen am Rhein.

GUTTAPLASTY

Beiersdorfa gutaperkowe muśliny plastrowe według prof. Dra P. G. Unny,

odznaczające się przed wszystkimi innymi plastrami leczniczymi przez

skuteczność! siłę przylepienia! trwałość!

Guttaplasty zawierają leki, rozdzielone najdokładniej i najjednostajniej, zatopione w zupełnie niedrażniącej i silnie lepkiej podstawowej masie kauczukowej. Roztarte one są na nieprzepuszczalną warstwę muślinu gutaperkowego, pod którą zdolność wchłaniania skóry i działanie leków w głąb wybitnie się wzmagają. Przy umiejętnem obchodzeniu się zachowują latami siłę lepkości i skuteczność. Są skuteczniejsze od wszystkich innych plastrów leczniczych i przedstawiają oszczędność w porównaniu z maściami.

Najwięcej używane bywają:

Guttaplast Nr 24 z zincum oxydatum 14 a
Nr 15 z rtęcią
Nr 16 z kwasem karbolowym i rtęcią
Nr 10 z kwasem salicylowym
Nr 2 z kwasem borowym.

Próbki, piśmiennictwo i wykazy bezpłatnie.

P. BEIERSDORF et Co., Hamburg 30.

Fersan (Jolles).

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).

ŻELAZO! FOSFOR! zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.

Kołaczyki czekoladowo-jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).

D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.

Kołaczyki fersanowe.

Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych (w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk).

D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazania.

Nowość! 41

Pastylki-bromowe-fersanowe

Panom Lekarzom piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Fersan-Werk, Wien IX.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 **Główny skład i wyrób**

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo - hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker Wien II/1 Castellezgasse 25

Fabryka przetworów leczniczych Eugeniusza Matuli

MARKA OCHRONNA E. MATULA

w Radomyślu Wielkim poleca przetwory własne:

Kamphenol Prof. Dra Chlumskyego. Znakomite Antisepticum: przy róży, flegmonach, ropniakach, czyrakach, przetokach gruźliczych i t. p. Cena flaszki Kor. 2·—.

Pilulae medic. Matula. Pilulae natr. arsenic. comp. Każda pigułka zawiera: Natr. arsenic. 0.0005 Ferr. protokol. 0.05. Chinin hydr.-Calc. glycerin. phosphor. Extr. Colae spis. aa 0.03. Extr. nucis vom 0.005. Pulvis rhei q. s. Pigułki te są obdukowane cukrem. Cena za flakon o 100 pig. Kor. 4·—. Wydaje się jedynie na przepis lekarski.

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastanii, itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2·—. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabybia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa). 208

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1 40, za duży Kor. 5·—. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Ministerstwa spraw wewnętrznych w Petersburgu.

Preparata powyższe są do nabycia we wszystkich aptekach. — Skład główny w aptece WP. Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka, ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu Wielkim.**

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

Polecony przez Krakowską Komisyę przemysłowo-lekarską. Odznaczony najwyższemi odznaczeniami na wystawach hygienicznych we Wiedniu i Paryżu 1906 i we Lwowie 1907.

Najprzyjemniejszym zarówno w smaku jak zapachu, tranem rybim jest specyalną metoda przyrządzony

Tran jodowo-żelazisty-aromatyczny

z prawnie zarejestrowaną marką ochronną **JECOFERROL**

wyrobu chemika **Dra JULIUSZA FRANZOSA** aptekarza w Tarnopolu.

Tran ten sprowadzony wprost z Bergen w Norwegii, zawiera 0·25% jodku żelazowego, podczas gdy tran Lahusena ma tylko 0·20% FeJ_2. Nadto jest »JECOFERROL« o całą koronę tańszy od tranu Lahusena, który kosztuje kor. 3·50. Do każdej flaszki oryginalnej, pojemności $^1/_2$ litra, dołączony jest pakiet nader przyjemnej pasty miętowej.

Cena 2 Kor. 50 hal. **Ordynuje się: „JECOFERROL" Dr FRANZOS.**

Do nabycia we wszystkich większych aptekach. 146

We Lwowie w aptekach Mikolascha, Haya, Dra Piepes-Poratyńskiego, Dra Wiewiórkowskiego, Łazarskiego. W Krakowie w aptece Wiszniewskiego.

POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ ✱ POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ" PIOTRA MIKOLASCHA

wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca ustalonej sławy WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wina Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych

ROK VI. 185 ROK VI.

„GŁOS LEKARZY"

Dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcyą Dra Szczepana Mikołajskiego.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron = 6 marek = 3 ruble.

Adres redakcyi i administracyi: **Lwów, ul. Śniadeckich, Nr. 6.**

Alkohol

Dra Emmerich'a Sanatoryum B. Baden

założ. 1890 dla chorych nerwowych, morf. i alkoholików. Łagodn. sposób odzwycz. od morf. Bez przymusu, bez strzykawki. Odzwycz. od alhol. wedł. wypróbowanej postęp. Prosp. bezpł. Właść. i kier. lekarz **Dr A. Meyer.** 350

Morfina

P. T.

Na żądanie i z polecenia Towarzystwa ginekologicznego we Lwowie wyrabiam opatrunki P (położnicze) z moją firmą i polecam je WPanom Ginekologom:

Gaza odtłuszczona P sterylizowana
pudełko zawierające 5 metr.

Gaza jodofanowa 10% P
pudełko zawierające 5 metr.

Gaza jodoformowa 10% P
pudełko zawierające 5 metr. 212

Gaza vioformowa 10% P sterylizowana
pudełko zawierające 5 metr.

Wata Brunsa w płatkach P sterylizowana
karton zawierający 250 i 100 gr.

Proszę żądać w aptekach lub u podpisanego.

M. L. Dobrowolski

Mag. farm. właściciel fabryki opatrunków chirurg. w Podgórzu.

FILIA WE LWOWIE CZARNECKIEGO 6.

SANATORIUM REKAWINKEL

przy kolei zachodniej dla chorych nerwowo i umysłowo. System pawilonowy, wszystkie pomocnicze środki lecznicze, otwarte cały rok, telefon międzymiastowy Rekawinkel 2. 47

Abacya willa Heim

PENSYONAT LECZNICZY

WANDY MARCHLEWSKIEJ pod kierunkiem lekarskim Dra Xawerego Gorskiego otwarty cały rok. 247

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

HEMOKROMOMETRY
MODEL MARUCELLI'EGO

Hemometry
Gowersa, Sahliego, Fleischla i Fleischl-Mischera.

Aparaty do liczenia ciałek krwi
(Thoma).

Mikroskopy
C. Reicherta 248 a

poleca

SKŁAD PRZYBORÓW LEKARSKICH
Dra BOLESŁAWA DROBNERA
W KRAKOWIE, PRZY PL. SZCZEPAŃSKIM 2

TRAN JODOWO ŻELAZISTY
zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece
K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.
We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"
Przetwór leczniczy składający się: z Kali jod. 0·05 Ferratin 0·10 Calc. glycer. phosph. aa. 0·10 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"
polecane są z dobrym skutkiem przy blednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p. Daw. dz: dla dzieci 2—4 szt., dla dorosłych 6—9 szt. Tylko w oryginal pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 Korony 50 halerzy. 215 c

Rp. Pastill. Jodo-Ferrat. comp. „Jahr" scat. origin.

Wyrób i główny skład
w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach.



Kto zamierza zakupić postępowe, pewnie funkcyonujące urządzenia do sterylizacyi i desinfekcyi każdej wielkości, łączone bez nitu meble operacyjne i do sal chorych, wszystkie artykuły do potrzeb laboratoryjnych, ręcznie wyrabiane narzędzia chirurgiczne (wykaz nowości J), przyrządy i przybory diagnostyczne (wykaz nowości D), urządzenia do inhalacyi i leczenia elektrycznością, uniwersalne stoły operacyjne według prof. de Quervain, wszelkie artykuły do pielęgnowania chorych i higieniczne tylko pierwszej jakości, niech zażąda wpierw **cenników i kosztorysów** od firmy



M. SCHAERER, A. G., Bern (Szwajcarya)
Filie w Brüssel i Lausanne. Filie w Brüssel i Lausanne.

Źródło centralne dla wszelkich potrzeb lekarskich.



Nasz katalog Nr 112. »Techniczne urządzenie postępowego zakładu leczniczego« wyszedł i jest do rozporządzenia panów lekarzy, jakoteż inne nasze wykazy szczegółowe jako to:

Katalog główny 1.000 stronic, 20.000 rycin.

Katalog artykułów do pielęgnowania chorych, przeszło 100 stronic. Bezpłatnie i opłatnie.

Prosimy żądać naszych specyalnych wykazów nowości chirurgicznych i diagnotycznych. 213

Zastępca na Galicyę i Bukowinę: pan Leo Isenberg, Kraków.



Rok XLVIII. Kraków, dnia 18. grudnia 1909. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie.
(Kierownik Prof. O. Bujwid).

Przyczynki do techniki i teoryi odczynu Wassermanna.[1])

Podali

Dr Filip Eisenberg i Doc. Dr R. Nitsch,

asystenci Zakładu.

W badaniach, które stanowią treść niniejszej pracy, staraliśmy się przez doświadczalną analizę niektórych czynników, biorących udział w odczynie Wassermanna, próbę tę w miarę możności uczynić czulszą, a nadto wniknąć głębiej w jej istotę. Oczywiście zdajemy sobie sprawę zgodnie ze Sachsem i Altmannem, Meirowskym i R. Müllerem, że każda próba takiego uczulenia odczynu kryje w sobie niebezpieczeństwo przekroczenia granicy swoistości, t. zn., że wprawdzie większy odsetek surowic kiłowych będzie oddziaływał dodatnio, że jednak równocześnie zjawią się i zahamowania ze strony surowic niekiłowych. Wobec uznanej powszechnie znacznej sprawności metody klasycznej wynika stąd dla każdego, kto ją choćby w drobnych szczegółach zechce zmienić, obowiązek udowodnienia, że zmiana ta nie narazi nas na wspomnianą co dopiero możliwość.

Nie wdając się na razie w sprzeczności poglądów — dotąd hipotetycznych — na istotę odczynu (czy chodzi mianowicie o związanie, czy o zniszczenie dopełniacza) musimy jednak przyjąć za pewne, że zarówno ilość użytego do próby dopełniacza jak i dwuchwytnika, może wybitnie wpływać na wynik odczynu. Przedewszystkiem musi nas zastanowić fakt, że prawie wszyscy badacze, o ile chodzi o dopełniacza, zatem najważniejszy składnik odczynu, używają go w stałej ilości 1 centymetra sześc. surowicy 10-krotnie rozcieńczonej (przy ogólnej objętości prób = 5 cm³). Otóż ponieważ ta ilość stanowi przeważnie 3—4-krotną najmniejszą dawkę rozpuszczającą, można sobie wyobrazić, że niektóre słabo hamujące surowice nie dadzą odczynu wobec tego nadmiaru dopełniacza, ponieważ nie potrafią go tyle związać. Mogłoby się więc zdarzyć, że tasama surowica, badana tego samego dnia zapomocą tychsamych czynników, dałaby wynik dodatni wobec małej ilości dopełniacza, zaś ujemny wobec większej. Nadto należy mieć na względzie, że zawierające dopełniacz surowice świnek morskich zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym, nie mogą być uważane za równowartościowe, jak tego dowodzą badania Sternówny, M'kenziego, Browninga i M'kenziego, Sachsa i Altmanna jakoteż Maslakowetza i Liebermanna.

Znaczenie ilości dwuchwytnika.

Co się tyczy znaczenia ilości dwuchwytnika, używanego do prób, znajdujemy wprawdzie u przeważnej części autorów wzmiankę, że używają 2—4 jednostek dwuchwytnikowych, rzadko jednak spotkamy się ze wskazówkami, w jaki sposób należy oznaczać tę jednostkę. Rozpuszczanie swoiste krwi jest sprawą czasowo postępującą, to też jednostka dwuchwytnikowa, określona po 15 minutach, będzie inna, i to większa, aniżeli określona po 45 minutach, lub 2 godzinach. L. Meyer określa ją po 20 minutach (przy 37° C.), Jaworski i Łapiński po 15 minutach, Noguchi jakoteż Detre i Brezovsky (dla krwi ludzkiej wzgl. końskiej) po godzinie, G. Meier po 2 godzinach. Co do sposobu miareczkowania dwuchwytnika w klinice wrocławskiej Neissera odsyłamy do pracy Taegego.

Co prawda, już w badanej surowicy ludzkiej z powodu jej zmiennej zawartości dwuchwytników dla krwinek baranich wprowadzamy zmienny czynnik do próby, ale tembardziej zdawało się nam pożądanem możliwe ustalenie ilości dwuchwytnika swoistego. Szereg badań porównawczych, podjętych w tym kierunku, pouczył nas, że jednostka dwuchwytnikowa, określona po kwadransie jest 2—7 razy większa, niż określona trzech po kwadransach, a jeśli się przedłuży czas obserwacyi do dwóch godzin, różnice są jeszcze znaczniejsze. Wobec tego należało sprawdzić na większej ilości surowic, jaki wpływ wywierają te różne ilości dwuchwytnika na wyniki odczynu. W doświadczeniach tych ustaliliśmy przedewszystkiem miano dwuchwytnikowe po 45 minutach przy 37° C. Pierwotnie, jak się to jeszcze dzieje we wielu pracowniach, określaliśmy to miano po kwandransie. Ponieważ jednak zasadnicze odczytanie wyników prób właściwych odbywa się po $^{3}/_{4}$—2 godz., musieliśmy sobie powiedzieć, że w ten sposób używamy dość znacznego nadmiaru dwuchwytnika, a mianowicie 6—20 jednostek. Zupełnie konsekwentnie należałoby właściwie określenie miana przeprowadzać po 2 godzinach, ze

[1]) Częściowo przedstawiona na I. Zjeździe polskich Internistów w Krakowie dnia 21. lipca 1900.

względu jednak na połączone z tem przedłużenie pracy ograniczyliśmy się do $^3/_4$ godz. We właściwem doświadczeniu następnie dodawaliśmy do identycznego wszędzie układu hamującego (surowica + wywoływacz + dopełniacz) krwinki baranie, uczulone różnemi ilościami dwuchwytnika. Użyte przytem ilości wahały się od 1—100 jednostek. Wspomnieć też należy, że według ogólnie przyjętych norm używaliśmy wyskokowego wyciągu z wątroby kiłowej, przemytych krwinek baranich, surowicy króliczej, jako dwuchwytnikowej, i świeżej surowicy świnki morskiej, jako dopełniaczowej. Objętość prób wynosiła 1 cm^3, względne stosunki ilościowe składników stosowały się ściśle do przepisów Wassermanna. Ogólny wynik 119 doświadczeń porównawczych, w ten sposób wykonanych, da się mniej więcej w następujący sposób ująć: u przeważającej większości surowic, oddziaływających dodatnio, można przez większy lub mniejszy nadmiar dwuchwytnika sprawić, że odczyn dodatni ustępuje miejsce ujemnemu. Można przytem uzyskać zupełnie regularne stopniowanie wyników, tak że np. surowica mocno dodatnia, przy miernej ilości dwuchwytnika dająca zahamowanie w obu rurkach, wobec nadmiaru dwuchwytnika hamuje już tylko w pierwszej rurce, wobec jeszcze większego daje już w niej tylko zahamowanie częściowe, a wreszcie wobec bardzo wielkiego nadmiaru oddziaływa ujemnie. Wynika stąd dla praktyki rozpoznawczej oczywista wskazówka, że należy unikać nadmiaru dwuchwytnika, bo przez to odczyny dodatnie mogą ujść naszemu badaniu i to najłatwiej słabo dodatnie odczyny przy wrzodzie pierwotnym lub w kile utajonej, na których stwierdzeniu rozpoznawczo najbardziej może zależeć. I rzeczywiście wśród 119 naszych badań spotkaliśmy 12 surowic (= 10%), które oddziaływały ujemnie wobec 3 jednostek, określonych po kwadransie, a dodatnio wobec 3 jednostek, określonych po $^3/_4$ godz. Czy można iść tą drogą jeszcze dalej, mianowicie do 1—2-krotnej dawki oznaczonej po $^3/_4$ h., bez obawy utraty swoistości odczynu — nie możemy jeszcze obecnie na pewno powiedzieć. Wśród 36 surowic, zbadanych przez nas temi ilościami dwuchwytnika, nie spotkaliśmy ani jednej zdrowej surowicy hamującej (chyba że i kontrole były zahamowane). Natomiast znaleźliśmy 3 surowice, pochodzące z przypadków kiły utajonej, które przy tych małych ilościach dwuchwytnika dały wynik dodatni; gdy natomiast już przy 3-krotnej ilości dwuchwytnika wypadły ujemnie. Ten niewielki szereg prób nie uprawnia oczywiście jeszcze do żadnych wniosków; gdyby jednak dalsze badania wykazały z jednej strony ścisłą swoistość tej modyfikacyi, a z drugiej jej większą czułość, dałoby się na tej drodze z pewnością niejedno uzyskać. Złą stroną tej modyfikacyi byłoby oczywiście to, że występowałyby częściej zahamowania w kontrolach, niż przy zwykłej metodzie. W każdym razie można z zupełną pewnością używać 3 jednostek, określonych po 45 min.; wśród surowic, które przy tej metodzie oddziaływały dodatnio, a wobec 3 jednostek, oznaczonych po 15 min. — ujemnie, nie było ani jednej, co do której klinika nie usprawiedliwiałaby rozpoznania kiły.

Polecając tedy na podstawie swoich doświadczeń używanie możliwie małych ilości dwuchwytnika, dochodzimy do wyników podobnych jak G. Meier, który radzi używać 3 jednostek, oznaczonych po 2 godzinach. Jak już wyżej zaznaczyliśmy, zadowalniamy się miareczkowaniem po $^3/_4$ godziny, jużto z powodu uproszczenia techniki (i Meier widocznie odczuwał niedogodność miareczkowania po 2 godz., jak tego dowodzi jego własna modyfikacya), jużto z powodu zahamowań, które występują czasem przy użyciu tej ilości w kontrolach surowiczych. Także Bauer niedawno zwrócił uwagę na to, że nadmiar dwuchwytnika może czasem zamaskować odczyn dodatni. Na twierdzenie Sachsa i Altmanna, że »wedle licznych doświadczeń, nadmiar dwuchwytnika lub dopełniacza w dość szerokich granicach jest obojętny dla powstania odczynu Wassermanna«, możemy się tylko po części zgodzić; stwierdza się ono tylko na niektórych surowicach, inne przedstawiają przytem różnice wyżej omówione. Zasada, wyrażająca się w naszym przepisie, była zresztą świadomie czy nieświadomie podstawą licznych modyfikacyi próby Wassermanna, które wyrzekają się stosowania swoistych dwuchwytników dla krwinek baranich, a używają tylko dwuchwytników, zawartych w badanej surowicy ludzkiej. Także w metodach wiązania dopełniacza, dotyczących bakteryi, kilkakrotnie już zalecano stosowanie małych ilości dwuchwytnika. Bardzo zresztą być może, że normy podobne do naszej, znalazły już zastosowanie w różnych pracowniach, choć brak o nich wzmianki w piśmiennictwie. Tak np. R. Volk z zakładu seroterapeutycznego w Wiedniu doniósł nam, że już od dłuższego czasu w swej metodyce unika nadmiaru dwuchwytnika i dopełniacza.

Co się tyczy czasu działania dwuchwytnika na krwinki, zawdzięczamy, jak wiadomo, twórcom całej metody, Bordetowi i Gengou, przepis, żeby pozwolić jakiś czas działać dwuchwytnikowi na krwinki, zanim się ich mieszaninę doda do układu hamującego. Także G. Meier trzyma tę mieszaninę przez $^1/_4$—$^1/_2$ godz. w cieplarce, aby uzyskać wydatniejsze uczulenie krwinek, co, zdaje się, ogólnie się przyjęło. Nam natomiast zdawało się, że możeby się udało przez skrócenie lub usunięcie tego czasu zetknięcia się krwinek, z dwuchwytnikiem obniżyć stopień »uczulenia« krwinek, a zarazem powinowactwo ich do dopełniacza, przez co byłoby łatwiej uzyskiwać zahamowania. Doświadczenie, które przeprowadziliśmy w tym kierunku z 11 surowicami i 3 różnemi ilościami dwuchwytnika, nie potwierdziło tego przypuszczenia. W pierwszej seryi dwuchwytnik działał na krwinki przez 5 godzin w cieplarce, w drugiej przez $^1/_2$ g., w trzeciej zmieszano krwinki z dwuchwytnikiem bezpośrednio przed ich dodaniem do układu hamującego. Mimo to wszystkie trzy serye dały wyniki bardzo nieznacznie tylko od siebie się różniące.

Znaczenie ilości dopełniacza.

Niemniej ważną, a może jeszcze ważniejszą rolę niż ilość dwuchwytnika, odgrywa w odczynie ilość dopełniacza. Po tem, cośmy powiedzieli na wstępie, zdawałoby się najprostszem stosować możliwie małe ilości dopełniacza dla zapobieżenia temu, żeby surowice słabo dodatnie, które potrafią związać tylko pewną małą ilość dopełniacza, nie okazały się ujemnemi wobec nadmiaru dopełniacza. Nie wolno jednak przytem zapominać, że im mniejszych się używa ilości dopełniacza, tem większych trzeba także ilości dwuchwytnika, aby uzyskać tensam wynik hemolityczny. O ile się tedy chce stosować także małe ilości dopełnia-

cza, trzeba dla nich przeprowadzić także mianowanie dwuchwytnika, przyczem naturalnie otrzymamy odpowiednio większe ilości jako jednostkę. Nie udaje się natomiast połączyć obu korzyści, t. j. obniżenia ilości dwuchwytnika i dopełniacza równocześnie, bo układ hemolityczny staje się wtedy tak słaby, że występują przeważnie zahamowania (niepożądane oczywiście) także w kontrolach surowiczych. W naszych doświadczeniach używaliśmy ułamków powszechnie stosowanej ilości dopełniacza ($^1/_2$—$^1/_6$) wraz z trzykrotną jednostką dwuchwytnika, oznaczoną po $^1/_4$ g., dla porównania zaś sporządzaliśmy próby z tąsamą ilością dwuchwytnika, a z prawidłową ilością dopełniacza. I ta metoda zgodnie z naszemi oczekiwaniami okazała się czulszą, niż zwyczajne, ponieważ na 90 badań porównawczych znaleźliśmy 8 surowic (= 9%), które okazały się ujemnemi przy zwykłej metodzie, a dodatniemi wobec zmniejszonej ilości dopełniacza. Lepsza sprawność tej metody w porównaniu ze zwykłą wyraża się mniej więcej takim samym odsetkiem, jak przy metodzie zmniejszenia ilości dwuchwytnika. Tosamo wrażenie odnieśliśmy z szeregu 75 prób porównawczych, wykonanych w następujący sposób: Wykonywano miareczkowanie dwuchwytnika w dwu szeregach równoległych dla normalnej ilości dopełniacza (0·02) i dla połowy (0·01) po $^3/_4$ godz. przy 37° C., a następnie we właściwem doświadczeniu użyto w dwu seryach każdej z tych ilości dopełniacza z odpowiednią 3-krotną ilością dwuchwytnika. Porównanie obu tych seryi nie wykazało wyraźniejszych różnic, tak że obie te metody można uważać za mniej więcej równowartościowe. Bądź cobądź jednak dla zachowania swoistości odczynu nie radzilibyśmy używać ilości mniejszych od 2 jednostek dopełniaczowych (dla danej ilości dwuchwytnika!). W ważnych rozpoznawczo przypadkach, gdzie próba zwykła da odczyn ujemny, warto będzie zastosować obie metody, t. j. małą ilość dwuchwytnika przy normalnej dawce dopełniacza i małą ilość dopełniacza przy większej dawce dwuchwytnika; sprawność rozpoznawcza próby powinnaby na tem zyskać.

To dążenie do uczulenia próby Wassermanna przez obniżenie ilości dopełniacza znajduje pewne analogie w metodach wiązania dopełniacza, stosowanych do bakteryi. Tak np. Schütz i Schubert, Schubert, jakoteż Miessner i Trapp polecają przy nosaciznie stosować tylko jedną jednostkę dopełniaczową, ponieważ w tej chorobie podobno tylko przy małych ilościach udaje się uzyskać odczyn dodatni. Również Nicolle i Pożerski, jak również Armand-Delille polecają używanie surowicy dopełniaczowej, przechowanej 9—14 dni w lodowni, a zatem osłabionej, ponieważ ma ona dawać wyniki lepsze, niż świeża.

(Dok. nast.).

Spostrzeżenia z praktyki.

Z chirurgii jamy brzusznej.

Pęknięcie wrzodu żołądka — laparotomia, wyleczenie.

Podał

Dr Chrząszczewski ze Sambora.

Postęp w chirurgii jamy brzusznej jest w czasach obecnych tak znaczny, iż pojedyncze przypadki laparotomii z dodatnim wynikiem przestały już budzić znaczniejsze zajęcie; od czasu do czasu jednak nasuwają się przypadki, które bądź dla swej rzadkości, bądź też z powodu szczególniejszych niekorzystnych warunków, pośród których operacyę wykonano, zasługują na to, by je podać do wiadomości lekarskiego ogółu. Za taki właśnie uważam przypadek następujący:

Przed 3 niespełna miesiącami wezwany zostałem do wieśniaka we wsi Dublany Jana Ł., który odbywszy podróż do sąsiedniego miasteczka nagle wśród jazdy na mocno trzęsącym wozie, uczuł silne bole w całej jamie brzusznej i z trudnością tylko skurczony w pałąk, zdołał odbyć drogę powrotną. W 6—8 godzin po powrocie do domu, badałem chorego siedzącego, mocno ku przodowi pochylonego, gdyż żadnego innego ułożenia znieść nie mógł. Badanie wykazało ledwo wyczuwalne nitkowate i przerywane tętno, oblicze Hypokratesowe, kroplisty zimny pot na czole i policzkach, suchy, brunatnym mułem obłożony język, ciepłota 36.4° C., wyraz oczu wystraszony. Całe nadpępcze twardo napięte tak, że obmacanie prócz stwierdzenia owego napięcia żadnego innego wyniku dać nie mogło; — poniżej pępka powłoki brzuszne wiotkie bez żadnego oporu ani oddziaływania bolesnego, a ręka badająca wyczuwa często kruczenia w pętlach jelit cienkich. Ogólne wrażenie zapadu, — liche tętno, brak zupełny stolca i wiatrów, twardość brzucha w nadpępczu, a wiotkość od pępka aż do spojenia łonowego i obu pachwin nakazywały przyjąć jakieś przedziurawienie przewodu pokarmowego, siedziby przedziurawienia jednakże bliżej oznaczyć nie było można. Oświadczyłem wobec tego stanowczo, iż jedynym środkiem, jaki dla uratowania życia chorego pozostaje, jest najszybsze otwarcie jamy brzusznej i to na miejscu, bez przewożenia chorego do szpitala najbliższego w Drohobyczu, czy Samborze, gdyż rozpaczliwy stan chorego usuwa stanowczo możność transportu. W trzy godziny potem dzięki nadzwyczajnej uprzejmości naczelnika stacyi w D. P. T., który wprowadził w ruch wszystkie środki, jakie miał do dyspozycyi, powiodło się sprowadzić z Drohobycza dwóch kolegów Dra K. i E. i w małej izbie na wsi przy kilku lampach w uśpieniu eterowem przystąpiliśmy do otwarcia jamy brzusznej. Cięcie poprowadzono od wyrostka mieczykowatego, aż do wzgórka łonowego, poczem zaraz zauważono spływającą po pętlach jelit tłustą ciecz (olej rącznikowy), nieco krwi płynnej i kilka małych skrzepów, tak że rozpoznanie Dra K., uczynione przed operacyą co do istnienia przedziurawienia nie ulegało już żadnej wątpliwości. Zbadano wszystkie trzewia, poczynając od pachwiny prawej, nie znajdując nigdzie przedziurawienia; dopiero na krzywiźnie małej żołądka, tuż obok brzegu wątroby wykryto otwór wielkości korony, o brzegach strzępiastych, przez który swobodnie duży palec dawał się przeprowadzić. Otwór ten zeszyto trójpiętrowym szwem katgutowym, wprowadzono cztery grube sączki, dwa po prawej i lewej stronie linii środkowej ciała w okolicy żołądka, dwa zaś w okolicy prawego i lewego podżebrza. Dreny ustalono przyszyciem ich do skóry, ranę laparotomijną zeszyto drutem wiedeńskim szwem kuśnierskim.

Stan chorego po operacyi był tak lichy, że nie pozostawiał niemal zgoła żadnej nadziei życia, to też jednogłośnie oświadczyliśmy się za zupełnie złem rokowaniem i odjechaliśmy tylko z poczuciem dopełnienia obowiązku i zrobienia wszystkiego, co w danym wypadku zrobić należało. Ku wielkiemu zdziwieniu otrzymałem jednak trzeciego dnia telegram, wzywający mnie do zmiany opatrunku, który był przepojony obfitą surowiczo-krwawą wydzieliną, wydobywającą się z ujścia wszystkich czterech sączków. Opatrunek zmieniałem potem co 3—4 dni, skracając za każdym razem o 2—3 ctm każdy sączek i przepłukując jego wnętrze 3% wodą utlenioną. Dwunastego dnia po operacyi usunąłem szew metalowy kuśnierski z rany laparotomijnej. 18. zaś wyjąłem zupełnie wszystkie 4 sączki, a duże otwory w tych miejscach pokryłem grubymi knotami gazy wyjałowionej, napojonej 3% wodą utlenioną. Prócz pierwszych 6 dni po operacyi, w których chory miewał wzniesienia ciepłoty od 38·4—38.° C., był zresztą przebieg pooperacyjny bezgorączkowy bez zgoła żadnych powikłań; żywienie wyłącznie płynami, lawatywy celem sprowadzenia stolca co drugi dzień i kilkakrotnie powtórzony napar naparstnicy, celem podtrzymywania lichej czynności serca. W 7 tygodni chory zaczął wychodzić do ogrodu, a w 10 tygodni od operacyi przyjechał do mnie do Sambora. Stan odżywienia bez porównania lepszy, aniżeli przed operacyą; chory jada niemal wszystko, z wyjątkiem trudno strawnych pokarmów, a porównując sam stan swój obecny z dawniejszym od lat 6 przed operacyą, twierdzi, iż nigdy nie czuł się tak dobrze, jak obecnie,

że ten sam rodzaj pokarmów sprawiał mu dawniej dotkliwe bole żołądka, który teraz zgoła żadnych zaburzeń nie wywołuje.

W przypadku naszym istniał więc wrzód okrągły żołądka, który przez lat kilka drążąc coraz głębiej, wreszcie pod wpływem niewłaściwej dyety i jeszcze niewłaściwszego zachowania się chorego (jazda złym wozem, ugniatanie żołądka, od czasu do czasu przez kobiety wiejskie wykonywane i t. p.) przebił wreszcie do otrzewnej. Przypadki laparotomii takie, jak niniejszy, do których wskazanie daje przedziurawienie żołądka, należą do wcale rzadkich, a pomyślne ich zejście do jeszcze rzadszych zdarzeń. Pod względem praktycznym dowodzi znakomity wynik operacyjny w naszym przypadku, że w żadnym tego rodzaju przypadku nie wolno lekarzowi założyć rąk, lecz że należy przekonać otoczenie chorego o konieczności zabiegu operacyjnego. Może on być uwieńczony dobrym skutkiem mimo nawet tak niekorzystnych warunków, z jakimi w przypadku naszym mieliśmy do czynienia. Dostateczna aseptyka da się z pewnością przy dobrej woli i należytej uwadze nawet w chałupie wieśniaka przeprowadzić.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

F. Malmejac. **Odczyn moczowy, a wczesne rozpoznawanie gruźlicy.** (*Presse médic.* Nr 76, 1909). Mocz gruźliczych nie zażywających żadnych leków, jałowo zebrany, trzymany na powietrzu i chroniony przed kurzem, zachowuje swój odczyn kwaśny od 12 dni do 3 miesięcy i dłużej, w tych samych zaś warunkach zebrany i przechowywany mocz zdrowych pozostaje kwaśny tylko 3 do 10 dni, średnio 7 dni. Zapisując codzienną kwaśność moczu gruźliczych i zdrowych, można się przekonać, że mocze chorych na gruźlicę zachowują długo pierwotną swą kwaśność, czego nie można zauważyć u zdrowych. Trwałość kwaśności moczu u gruźliczych wzmaga się z postępem choroby, i tak w gruźlicy 1. stopnia utrzymuje się kwaśność średnio 17 dni, w gruźlicy 2. stopnia średnio dni 26, a u chorych w okresie trzecim średnio dni 40. To samo można powiedzieć o stopniu kwaśności. Liczby, odnoszące się do tych 3 okresów, wynoszą: 0,6756 w okresie pierwszym (liczby wyrażają średnią kwaśność w kwasie siarkowym na litr), 0,9910 w okresie drugim, i 2,2870 w okresie trzecim. Żadne inne schorzenia nie okazywały tego objawu, nawet cierpienia płuc, inne, nie gruźlicze. Z pośród innych najdłużej zachowuje kwaśność mocz w toku cukrzycy i duru brzusznego. — Otóż ważną rzeczą jest fakt, że kwaśność moczu i dość wysoka i trwała zjawia się u gruźliczych, zanim gruźlica da się nieraz klinicznie na pewno stwierdzić, jest zatem prawdziwym wczesnym zwiastunem gruźlicy. *Stahr.*

Ernst Kovacs. **Wyniki uzyskane bromfersanem.** (*Pester med. chir. Presse* 1909, Nr 18). W poliklinice peszteńskiej stosował K. u szeregu chorych pastylki bromfersanowe, zawierające 0·5 gr fersanu i 0·1 gr bromku sodowego, a mianowicie podawał je w histeryi i w neurastenii na tle blednicy i niedokrwistości. Zwykle stosował K. 3 pastylki dziennie przed jedzeniem, w większości przypadków doszedł do 9 pastylek dziennie. Na uwagę zasługuje łatwa wessalność bromu w tym przetworze (w przeciwieństwie do czystego bromku sodu), gdyż już po paru godzinach dał się brom w moczu i ślinie wykazać. Chorzy zażywają te pastylki chętnie. Wpływ na wspomniane nerwice zauważył K. korzystny. Zaparcia i objawów zatrucia bromem nie spostrzegano. *M. W.*

Wolff-Eisner. **O tuberkulin-waselinie do wykonywania odczynu spojówkowego; modyfikacya próby spojówkowej dla praktyki.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 44). Okuliści przekładają w leczeniu cierpień ocznych maści nad krople, a to dlatego, że krople oczne nie dają się utrzymać czas dłuższy w stanie jałowym, a maść pozostaje znacznie dłużej w zetknięciu ze spojówką. Wielu lekarzy nie otrzymuje dodatnich odczynów ocznych tuberkuliną właśnie z tego powodu, że się krople ze spojówką stykają za krótko, i dlatego W. E., podaje do tego celu 1%, ewentualnie 2% tuberkulin-waselinę. Maść ta nie rozkłada się szybko, a jest w użytku bardzo wygodna. Rozróżniamy 3 stopnie odczynu: 1) zaczerwienienie, 2) występowanie grudek, 3) odczyn śluzowo-ropny z wybroczynami. Ten trzeci stopień przy racyonalnem postępowaniu jest bardzo rzadki. W razie wyniku ujemnego po 24 godzinach robi się próbę na drugiem oku. Dodatni wynik próby ocznej przemawia z wielkiem prawdopodobieństwem za obecnością czynnego gruźliczego ogniska w ustroju, ujemny obecności takiego ogniska nie wyłącza. Przeciwwskazaniami do wykonywania próby są: 1) cierpienia oczne (zwłaszcza gruźlicze), 2) kilkakrotnie wykonywane przedtem na oku próby. W razie wykazalnej klinicznie gruźlicy, ujemny wynik próby ocznej nakazuje rokować niepomyślnie. *A.*

Denis G. Zezas. **W sprawie cierpień kostno-stawowych przy gruźlicy płuc.** (*Mediz. Klinik* 1909, Nr 39). Bamberger, Marie, Souza-Leite i inni zwrócili uwagę na pewne charakterystyczne cierpienia kostno-stawowe, występujące przestankowo w miarę pogarszania się lub poprawy stanu płuc. Podobny przypadek spostrzegał i autor; dotyczył on 27-letniego mężczyzny, chorego na gruźlicę prawego płuca. W razie pogorszenia się stanu ogólnego występowały bardzo bolesne obrzmienia w stawie kolanowym lewym i barkowym prawym, które potem ustępowały przy zastosowaniu spokoju i leczeniu ogólnem. Napadów takich było kilka, podczas nich nasada kości była silnie obrzękła i bardzo bolesna. Z. odnosi te zmiany do podrażnień stawów toksynami, a obrzmienia do bujania okostnej, albowiem nie znikają one zupełnie. Ta postać gruźlicy kostno-stawowej jest zwykle łagodna i do poważniejszych zaburzeń tu nie dochodzi. *R.*

Bernheim i Dieupart. **O gruźlicy w zbiorowiskach ludzkich.** (Międzynar. Zjazd w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Autorowie przechodzą statystycznie i wykazują ilość chorych i śmiertelność z gruźlicy w różnych grupach zawodowych. Wielka ilość chorych piekarzy, oraz pracowników w pralniach znacznie przyczynia się do szerzenia gruźlicy. Dalej przedstawiają autorowie kolejno znaczne rozpowszechnienie gruźlicy u wyrobników, handlowców, szwaczek i zarządczyń, oraz szerzenie się tej choroby po szpitalach między chorymi i dozorcami, w żłóbkach dziecięcych, w schroniskach dla umysłowo chorych, u funkcyonaryuszy pocztowych i kolejowych, u więźniów, przez prostytucyę, służbę, w szkole, w armii i marynarce. Wszędzie zapobiegawczo należałoby działać przez zwalczanie kurzu i dostarczanie powietrza, przez odkażanie i usuwanie chorych od zajęć. Syndykaty robotnicze, kasy chorych, oraz podobne stowarzyszenia i związki powinny w pierwszym rzędzie starać się o badanie i usuwanie błędów higienicznych, popełnianych przy pracy w poszczególnych zawodach, a pieniądze zużywane dla chorych byłyby lepiej użyte dla zapobieżenia chorobom. Także alkoholizm, jako źródło gruźlicy powinien być energicznie zwalczany. Wszelkie takie usiłowania, jak sanatorya i t. p. dały już dotąd dobre wyniki tam, gdzie je zastosowano. *Dr M. Blassberg.*

Prof. Seibert (New York). **Kamfora i pneumokoki.** (*Münch. med. Wochs.* 1009, Nr 36). W r. 1895 powiedział Osler, że na zapalenie płuc nie mamy lekarstwa, a w r. 1907 podobnie wyraził się Strümpell. Pomimo więc, że między zdaniem słynnego amerykańskiego klinicysty, a zdaniem powagi niemieckiej upłynęło lat 12, medycyna żadnego postępu tu nie uczyniła. Fakt ten upoważnia S. do zwrócenia uwagi lekarzy na bardzo skuteczny, niemal swoisty sposób leczenia zapalenia płuc zapomocą podskórnych wstrzykiwań silnych dawek olejku kamforowego. Sposób ten stosuje S. z bardzo pomyślnym skutkiem od kilku lat, przekonawszy się przypadkowo w jednym przypadku o korzystnem działaniu kamfory przy zapaleniu płuc. W ten sposób leczył S. 21 chorych i uzyskał, mimo że chodziło o bardzo ciężkie przypadki, wyleczenia. Przy tem leczeniu choroba nie kończy się nigdy nagle przełomem, lecz objawy ustępują zwolna i w miarę wstrzykiwań kamfory, ale wogóle przebieg choroby skraca się. Ustrój znosi zupełnie dobrze wielkie dawki kamfory. Zwrócił już na to uwagę Esser, Würtz i t. p. Jak to wykazał Rosenow, u chorych na zapalenie płuc wykazać można bardzo często pneumokoki we krwi, kamfora działa więc wprost na nie, o czem przekonali się także z polecenia autora doświadczalnie Hensel i Welch na królikach.

S. poleca przy zapaleniu płuc postępować w następujący sposób: 1) Wstrzykiwania kamforowe zacząć należy odrazu, nawet przy przypuszczeniu ogólnego zakażenia pneumokokami. 2) Wstrzykiwać należy duże dawki. Zwykle podaje S. do 4 grm kamfory dziennie w olejku i radzi używać w potrzebie nawet większych dawek. 3) Najkorzystniej jest wstrzykiwać co 12 godzin, aby dać czas kamforze wydzielić się. 4) Wstrzykiwania powtarza się aż do czasu, kiedy tętno, oddech, ciepłota i objawy w płucach wrócą do stanu prawidłowego. *K.*

Melchior. **O okołokątniczych objawach w początkach zapalenia płuc.** (*Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 20. III.). Do poruszanej w ostatnich czasach sprawy występowania pozornych objawów zapalenia wyrostka robaczkowego w początkach zapalenia płuc, dodaje M. jeszcze 5 przypadków, gdzie jednak sprawę dobrze rozpoznano, a czasem nie jest to łatwą rzeczą i nieraz już przystępowano bez potrzeby w podobnych razach nawet do operacyi. Właściwe rozpoznanie ułatwiają: niestosunek ciężkiego schorzenia ogólnego i silnych bolów miejscowych w okolicy wyrostka do stanu miejscowego przy badaniu tej okolicy. Dalej brak »otrzewnego« wyrazu twarzy, początkowe bole głowy, przyspieszony oddech, zaczerwienienie twarzy, stosunkowo silne tętno, nieraz opryszczki, ewentualnie kaszel. Objawów płucnych często wtedy wykazać jeszcze nie można. Pomylić się także można wtedy co do duru, tu jednak wchodzi w rachubę ew. zwolnienie tętna, tętno dwubitne, nizka ciepłota, obrzmienie śledziony, zmniejszona ilość ciałek białych, różyczka i t. p. *A.*

Panfiłow. **Adrenalina w dychawicy oskrzelowej.** (*Med. Obozr.* 1909, Nr 7). Wychodząc z założenia, że dychawica oskrzelowa jest angioneurozą i że napad jej powstaje przy rozszerzeniu naczyń płucnych, autor zastosował w jednym przypadku dychawicy wstrzykiwania podskórne rozczynu adrenaliny (*Sol. adrenalini hydrochl. Takamine 1:1000 — 1·00, Aquae 4·00*) w ilości 0,50. Napad ustępował po 10 minutach i w jakie pół godziny po wstrzyknięciu chora zwykle już spokojnie spała. Ponieważ chora, u której zastosowano takie leczenie, była bardzo wrażliwa i nerwowa (stała dermografia), i wiadomo było, że po każdem silniejszem wzruszeniu występowała u niej pokrzywka, powstała więc wątpliwość, czy dodatni wpływ adrenaliny nie jest czasami wynikiem samopoddawania. Kilka przeto razy w początkach napadu wstrzykiwano wodę przekroploną, i rzeczywiście wyniki były takie same, jak po wstrzyknięciu adrenaliny. Jednakowoż pewnej nocy nastąpił tak silny napad, że wstrzykiwania wody przekroplonej nie wywarły żadnego wpływu, a napad ustąpił dopiero po wstrzyknięciu adrenaliny. Autor mniema, że u chorej jego występowały napady rozmaitej siły, i trzeba przypuścić, że czasami wystarczała siła samopoddawania, aby napad ustąpił, lub nie wystąpił wcale; w pewnych zaś razach dopiero zastosowanie tak silnego środka, jak adrenalina, usuwało napad. *L. Mańkowski.*

Knopf. **O leczeniu gimnastycznem przy dychawicy.** (*Ther. d. Gegenwart* Nr 50, III.). Gimnastyka oddechowa, stosowana przez K. przy dychawicy i innych pokrewnych cierpieniach, polega na następujących przepisach: 1) Przy wdechu odrzuca się ramiona (trzymające laskę) w tył, a przy wydechu opuszcza się je ku dołowi. 2) Przy wdechu leży chory na plecach, a przy końcu wydechu podnosi się zwolna, o ile możności bez pomocy. 3) Przy wdechu pochyla się ciało trochę ku tyłowi, przy końcu wydechu trochę ku przodowi. 4) Pod koniec wdechu wyrzuca się obie ręce, trzymające laskę, ku górze, przy wydechu opuszcza się je do wysokości pępka i przyciska jamę brzuszną, pochylając się trochę naprzód; ćwiczenia te mają także wzmacnać działanie mięśni brzusznych. Wykonuje się je rano i wieczorem 20 razy, z początku pod okiem lekarza. Wynik podmiotowy bywa przytem bardzo rychło znakomity. *A.*

Liebmann. **Nowy sposób klinicznego oznaczania ilości pepsyny.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 47). Dotychczasowe sposoby oznaczania ilości pepsyny polegały na tem, że do znanej ilości białka dodawano znaną ilość kwasu solnego i płyn zawierający pepsynę, poczem w pewien czas badano, w którym z rozczynów nastąpiło rozpuszczenie białka. Sposoby te są niewygodne, bo zabierają wiele czasu i zużywają dużo materyału. Sposób autora jest znacznie prostszy. Z białka sporządza się przez podgrzanie i dodatek gumy i sublimatu trwałą zawiesinę. Przez dodatek pepsyny i kwasu solnego występuje w razie strawienia białka zupełnie wyjaśnienie się płynu. Do badania służą dwie probówki (przyrządu autora); do jednej daje się 1 cm³ zawiesiny, 4 cm³ (0,3%) kwasu solnego i 1 cm³ treści żołądkowej, do drugiej 0,5 cm³ zawiesiny i 2,5 cm³ rozczynu kwasu solnego. Zabarwienie obydwu płynów w rurkach obecnie jest jednakie, t. j. płyny są jednako mętne. Pozostawiamy je w spokoju i w pewien czas porównujemy. W rurce, gdzie niema pepsyny, płyn będzie dalej mętny, w drugiej się wyjaśni. Aby znowu oba płyny były równo jasne, dolewamy do rurki, gdzie niema pepsyny, stopniowo rozczynu kwasu solnego, aż do zupełnego wyjaśnienia się. Odpowiednia skala podaje ilość pepsyny, jeżeli znamy ilość kwasu solnego, dolanego po pewnym określonym czasie. N. p. dolanie 3 cm³ kwasu solnego w 15 minut odpowiada ilości x pepsyny. *A.*

Brodzki. (Kudowa i Helouan). **O gęstości filtra nerkowego.** (*Therapie der Gegenwart.* Lipiec, 1909). Czynność filtracyjna jest, jak wiadomo, tylko częścią czynności nerek. W stanach chorobowych zdarza się niedostateczność czynności filtracyjnej, przepuszczalność filtra nerkowego. Autor omawia gęstość filtra nerkowego wobec pewnych ciał chemicznych, przedewszystkiem wobec ciał, zawartych w pokarmach. W szczególności zbadał autor zachowanie się zdrowej i chorej nerki wobec cukru mlecznego. Cukier ten należy do węglowodanów, mających skłonność do przechodzenia przez nerki, jak widzimy w laktozuryi położnic. Laktozurya pokarmowa zaczyna się powyżej 40 gr. Cukier mleczny działa w słabym stopniu moczopędnie i stanowi może całkowicie, albo częściowo leczniczo czynny składnik przy dyecie mlecznej w chorobach nerek. Autor opisuje doświadczenia ze sztucznem (urazowem) zapaleniem nerek u królików, którym jednocześnie podawał cukier mleczny. Nawet w przewlekłym przebiegu zauważył autor wyraźnie moczopędny skutek. Na mocy tych doświadczalnych wyników przemawia autor za bezpośredniem i konsekwentnem zastosowaniem rozczynów cukru mlecznego przy zapaleniu nerek. Pierwsze jego doświadczenia przemawiają na korzyść takiego postępowania. (*Streszczenie własne*).

Neurologia i psychiatria.

Prof. Schultze. **Histerya urazowa u epileptyka.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 44—45). Robotnik X., murarz z zawodu, od lat kilkunastu miał padaczkę. W czerwcu 1905 podczas pracy spadł z nasypu 5 metr. wysokiego. Dostał, jak się zdaje, napadu padaczkowego, ale tegoż samego dnia mógł dalej pracować. Po pewnym czasie dostał drgawek w prawej nodze i ręce i bolu głowy. Ponieważ przypuszczano, iż drgawki w nodze i ręce oraz bole głowy są następstwem uszkodzenia czaszki podczas wypadku, podejmowano kilkakrotnie trepanacyę, ale bez skutku. S. badał chorego w swojej klinice i stwierdził oprócz padaczki, histeryę, której przedtem nie było. Ze znamion histerycznych (*stigmata*) wymienia S. między innemi zniesienie odruchu rogówkowego, obustronne zwężenie pola widzenia, szczególnie z lewej strony, zaburzenia w sferze czucia dotykowego i bolowego, wzmożenie odruchów, wybitną suggestywność. Drgawki w ręce i nodze miewał chory w stanie przytomnym, źrenice podczas napadu drgawek oddziaływały na światło żywo. U chorego rozwinęła się psychoza, która przywiodła go do samobójstwa. Sekcya zwłok nie wykazała żadnych zmian w mózgu i żadnego zgrubienia czaszki. Na zasadzie obserwacyi klinicznej i sekcyi zwłok dochodzi S. do przekonania, że objawy, które nastąpiły u chorego po wypadku, były wywołane nie przez padaczkę Jacksona, lecz przez histeryę, w tym przypadku — urazową. *J. Bednarz.*

Prof. Bernheim. **O stanach, zwanych neurastenicznymi.** (*Revue de méd.* 1909, Nr 4). U neurasteników zauważyć można dwie grupy objawów. Jedna obejmuje objawy psychiczne, jak smutek i przygnębienie, brak woli, brak nadziei wyleczenia, brak energii, poczucie bezwładności i nieudolności fizycznej i moralnej. Druga grupa obejmuje objawy somatyczne takie, jak: uczucie ociężałości i próżni, bole głowy, bole rozlane lub ograniczone, zawroty głowy, zamroczenia przy patrzeniu, szum w uszach, znużenie, świąd, uczucie trętwienia, zaburzenia trawienne i t. p. Stosownie do przewagi danej grupy objawów odróżnia B. psychastenię, psychoneurastenię, neuropsychastenię i neurastenię. Stany te mają swą przyczynę bądź we wrodzonej skazie, bądź w przebiegu i rozwoju czynności fizyologicznych, jak ząbkowania, pokwitania płciowego i t. d., bądź też w chorobach toksycznych i zakaźnych. Długoletnie spostrzeżenia Bernheima doprowadziły go do wniosku, że istotą stanów neurastenicznych jest zawsze zatrucie i zakażenie, lub samozatrucie i samozakażenie ustroju, dotykające bądź mózg i rdzeń, bądź nerwy obwodowe. Neurastenia, choć może być tylko przejściową i znikającą, jest niemniej zdaniem B. zawsze cierpieniem organicznem. Tem tłomaczyć należy takie objawy, jak n. p. wzmożenie odruchów ścięgnistych kolanowych i odruchów stopowych, oraz zaburzenia w równowadze, czasową nierówność źrenic i t. p. To też tłomaczy nam odporność neurasteników na wpływ leczniczy poddawania, który zresztą przy zaburzeniach czynnościowych bywa bardzo wydatny. *Dr M. Blassberg.*

Becker. **Pseudologia phantastica i symulacya.** (*Klin. f. psych. und nerv. Krank.* 1909, T. IV. Z. 3). Autor podaje bardzo szczegółową historyę choroby chorego, który był w kilku zakładach dla umysłowo chorych. Chory ten był kilkanaście razy karany sądownie za rozmaite drobne oszustwa, kradzieże, włóczęgostwo i t. p., udawał rozmaite choroby, opowiadał o sobie

zmyślone historye. Badanie podmiotowe wykazało: obciążenie dziedziczne, morfinizm, znieczulenie prawej połowy ciała i głowy, zwężenie pola widzenia, wzmożone odruchy ścięgniste, drżenie palców — wogóle histeryę. Badanie inteligencyi wykazało, że pod względem intelektualnym niema żadnych upośledzeń. Opowiadania chorego były zawsze misternie ułożone. O swojem życiu opowiadał coraz inaczej, — zależnie od warunków i humoru. Autor dochodzi do wniosku, że nie jestto obłąkany, ale zwyrodniały, człowiek społecznie szkodliwy, i podnosi pytanie, co właściwie robić z takim chorym. W myśl prawa w zakładzie dla umysłowo chorych trzymać go nie można, bo nie jest obłąkanym, zresztą gdyby nawet można było takiego chorego trzymać w zakładzie, to taki chory prędko stałby się *crux medicorum* i niepodobnaby go znosić. Na wolności przebywać nie może, bo w dalszym ciągu będzie to samo robić, nie mogąc zmienić swojej natury. Więzienie również jest nieodpowiednie, bo nie jestto właściwie zbrodniarz, tylko człowiek chory. Autor uważa, że powinny istnieć osobne zakłady w rodzaju kolonii roboczych dla takich jednostek, któreby tam przymusowo umieszczano. *J. Bednarz.*

Jacquet i Jourdanet. **O migrenie.** (*Révue de med.* 1909, Nr 4). Autorowie określają migrenę jako przedmiotową przeczulicę substancyi mózgowej, a zwłaszcza kory. Łączy się ona z rozpromienianiem nerwowem, wywołanem przez bodźce, pochodzące z rozmaitych narządów, a w pierwszym rzędzie z przedrażnienia żołądka. Spostrzeżeniami swemi J. i J. dowodzą, że prawie wszyscy chorzy, dotknięci migreną, jadają szybko i połykają duże kęsy, nie zżute należycie. Te bodźce, wciąż powtarzające się, wywołują z czasem czynnościowe podrażnienie żołądka, a drogą nerwu błędnego przenoszą się przez opuszkę do szarych jąder z podstawy i dalej na korę mózgową. Migrena jest napadową przeczulicą kory mózgowej, jest zatem cierpieniem samego mózgu. Oprócz złego żucia pokarmów także i inne czynniki chorobowe, jak złe trawienie, nadużywanie pokarmów i napojów, nieodpowiednie żywienie się, oraz nerwice przewodu pokarmowego odgrywają ważną rolę w patogenezie tego cierpienia. Tem tłómaczą autorowie bardzo dobre swoje wyniki lecznicze przy podawaniu stosownej dyety, oraz głównie tak zwanej przez nich ataraksyi trawiennej (od α-ταρασσα), t. j. powolnego żucia pokarmów, trwającego przez trzy kwadranse. U wszystkich chorych nastąpiło wyleczenie lub znaczna ulga cierpienia. *Dr M. Blassberg.*

L. Landouzy i L. Lortat-Jacob. **Historya chorego na zanik mięśni, obserwowanego przez 30 lat.** (*Révue de med.* 1909, Nr 5). Schorzenie zanikowe mięśni typu Landouzy-Dejerinea dotyczyło chorego, którego stan był opisany w roku 1873—1874 przez Landouzyego i Dejerinea, później w roku 1885, a obecna historya choroby obejmuje czas od r. 1885—1902, oraz wynik badania pośmiertnego (chory zmarł w 45. roku życia, choroba zaczęła się w 8. roku życia). Zanik, który rozpoczął się w mięśniach twarzy, barku i ramion, rozwijał się zwolna i objął ostatecznie prawie cały układ mięśniowy. Mięśnie zginacze były stosunkowo mniej zanikłe, aniżeli prostowniki. Zanik obejmuje poszczególne mięśnie w sposób rozmaity, tak że w grupie mięśni, zaopatrywanych przez jeden i ten sam nerw, można napotkać mięśnie bardziej zbliżone do prawidłowych, a obok nich mięśnie zanikłe. Skurczenie się mięśnia dwugłowego wywołało zniekształtnienie i zakrzywienie kości ramieniowej. Mięśnie powiek, które od samego początku były schorzałe, zanikły prawie bez śladu. Oprócz powyższych klasycznych objawów stwierdzają autorowie wady w kośćcu, zniekształtnienie klatki piersiowej, kręgosłupa i miednicy, zmiany w objętości kości i w ich wewnętrznej budowie. Radyoskopia stwierdziła rozrzedzenie tkanki kostnej i wybitną przejrzystość szkieletu. Najbardziej przejrzyste były miejsca, odpowiadające najdłużej trwającemu i najsilniej rozwiniętemu zanikowi mięśni. Szczegółowe badanie anatomiczne i histologiczne układu nerwowego, zarówno ośrodkowego, jak obwodowego, nie wykazało żadnych zmian chorobowych. Powyższa historya chorego (którego brat był również dotknięty tem samem cierpieniem) dowodzi w całej pełni, że należy wyróżniać dwa typy zaników mięśniowych. Jeden typ stanowi zanik mięśni postępujący u dorosłych typu Duchenne-Arana, który jest następstwem schorzenia rdzenia. Drugim typem, do którego należy przypadek autorów, jest zanik mięśniowy postępujący twarzowo-łopatkowo-ramieniowy typu Landouzy-Dejerinea, rozpoczynający się w wieku dziecięcym i dotyczący zwykle kilku członków rodziny, a przebiegający od początku do końca wyłącznie tylko w układzie mięśniowym bez wszelkich zmian układu nerwowego. *Dr M. Blassberg.*

v. Jach. **O zawartości antytrypsyny w surowicy krwi umysłowo chorych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 44). Na zasadzie pewnej współzależności chorób somatycznych i chorych psychicznych, dochodzi autor do myśli zastosowania próby Briegera u chorych umysłowo. Próba Briegera, jak wiadomo, polegała na tem, że surowica krwi chorych (rakowatych) wpływała hamująco na zdolność trawienną trypsyny. Autor wykonał doświadczenia na 80 chorych, z których 25 cierpiało na przedwczesne otępienie (*dementia praecox*), 15 na padaczkę, 15. na idyotyzm, i 25 na porażenie postępowe. U wszystkich próba Briegera dała wyniki dodatnie. Zawartość antytrypsyny waha się bardzo u wszystkich chorych, najwięcej jednak jest jej we krwi u chorych na porażenie postępowe. W porażeniu postępowem próba dawała dodatnie wyniki nawet wtedy, gdy wskutek leczenia arsenokenylglicyną odczyn Wassermanna znikał. Pod względem technicznym doświadczenia wykonywano podług Meyera, a obliczanie antytrypsyny podług Jakoba. *J. Bednarz.*

Pedyatrya.

Wieland. **Badania kliniczne i anatomiczne t. zw. wrodzonej i wcześnie nabytej krzywicy.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* T. 20, Z. 5.). Autor, badając chrząstki żeber w 52 przypadkach (płody niedonoszone, czasowe i niemowlęta), dochodz. do wniosku, że wrodzona krzywica nie istnieje. *Kostecki.*

Krasnogorski. **O działaniu jonów wapniowych na możność przyswajania wody w tkance chrząstkowej i o ich znaczeniu w patogenezie krzywicy.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* T. 20., Z. 5.). Autor wycinał płytki chrząstki świeżej i wysuszonej, ważył, następnie zanurzał na pewien czas do wody, 1% roztworu soli kuchennej i 0·5%, 1% chlorku wapnia. Z doświadczeń wypadło, że silniejszy rozczyn trudniej ulegał wessaniu, i że jony wapna działają hamująco na przyswajanie wody. Wiemy, że w krzywicy brak jest soli wapniowych w chrząstce i że istota szklista zawiera dużo wody. Łatwo więc wytłómaczyć, że właśnie ten brak jonów wapniowych sprzyja pęcznieniu hyaliny, gdyż nic nie powstrzymuje przedostawania się wody w znacznej ilości do chrząstki. To nasiąkanie chrząstki wodą wywołuje, zdaniem autora, jako objaw kliniczny krzywicy zgrubienie nasad kostnych. *Kostecki.*

Reike. **Badania histologiczne przewodu pokarmowego u niemowląt.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* T. 20., Z. 5.). Wiek niemowlęcy jest narażony bardzo często na choroby przewodu pokarmowego, które w znacznej liczbie przypadków wiodą do śmierci. Zdawaćby się mogło, że najwybitniejsze zmiany w tych przypadkach można spotkać w jelitach, co też wielu znajdowało. Autor badał 11 przypadków; aby zapobiedz zmianom pośmiertnym, wprowadzał najpóźniej w pół godziny od chwili skonu do jamy brzusznej 10% rozczyn formaliny. W ten sposób utrwalony przewód pokarmowy badał R. histologicznie i doszedł do wniosku, że zaburzenia w odżywianiu niemowląt, a nawet ciężkie zatrucia pokarmowe mogą przebiegać bez najmniejszego uszkodzenia nabłonka jelitowego. Wyjątek stanowią tylko te przypadki, w których śmierć poprzedzało długie konanie. U dzieci cierpiących na skazę wysiękową, znajdował R. w błonie śluzowej jelita bardzo znaczną ilość krwinek eozynochłonnych. *Kostecki.*

Schwarz. **W sprawie różnicy pomiędzy mlekiem krowiem, a kobiecem.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* 1909, T. 20., Z. 4.). Mleko krowie zawiera prawie 3 razy więcej białka, aniżeli mleko kobiece. Białko to składa się z sernika i albuminy, i tutaj zachodzi znaczna różnica, ponieważ w mleku krowiem stosunek albuminy do sernika wynosi 1: 6; natomiast w mleku kobiety 1: 0,4. Co się tyczy tłuszczu, to ilościowo niema różnicy, istnieje ona jednak w wyzyskaniu go przez dziecko: tłuszcz mleka krowiego ulega gorzej wessaniu, aniżeli tłuszcz mleka kobiecego. Badanie drobnowidowe kuleczek tłuszczu w mleku krowiem i kobiecem stwierdza znaczne różnice. Autor dochodzi do wniosku, że nie tłuszcz sam, ale substancya, otaczająca kuleczki tłuszczu, która składa się z sernika i albuminy, sprawia, że tłuszcz z mleka krowiego nie może być w zupełności przyswojony przez ustrój dziecka. *Kostecki.*

Helmholz. **Przyczynek do anatomii patologicznej zaniku osesków** (*atrophia infantum*). (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* 1909, T. 20., Z. 4.). Aby wyświetlić sprawę »zaniku osesków«, badał autor zwłoki kilkorga dzieci, zmarłych na zanik i z powodu innych chorób, w kilka godzin po śmierci. W nabłonku jelita cienkiego nie znajdował żadnych zmian, nawet drobnowidowo, natomiast spostrzegał zmiany wsteczne w na-

błonku gruczołu tarczowego, przytarczycznego, zanik substancyi korowej nadnercza i stłuszczenie nerek. W wielu przypadkach znajdował w wątrobie i śledzionie złogi barwika, zawierającego żelazo. *Kostecki.*

Knoepfelmacher. **Dołki u dziecka.** (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* 1909, T. 20., Z. 4.). Znane są dołki u dziecka na policzkach, w okolicy kości krzyżowej (trójkąt Michaelisa) i u dobrze odżywionych dzieci w okolicy kości łokciowej po obu stronach. Autor spostrzegał w 30 przypadkach dołki na łopatce, a w 5 na kolanach. Badanie mikroskopowe dołeczków stwierdziło w tych miejscach brak tkanki tłuszczowej, a rozrost tkanki łącznej. *Kostecki.*

1) Władimirow. **Angioneurozy u dzieci.** (*Med. Obozr.* 1909, Nr 12). 2) Tenże. **Opis przypadku nagłej niemoty u dziecka.** (*Prakt. Wracz* 1909, Nr 24). W pierwszej swej pracy opisuje autor przypadek »asphyxie locale« u 6-miesięcznego dziecka i przypadek erytromelalgii u 12-letniej dziewczyny. W przypadku pierwszym od czasu do czasu bez żadnej widocznej przyczyny stopy i dolne części goleni stawały się sine i zimne. Następnie kolor siny przechodził w czerwony i nogi stawały się ciepłe. W szpitalu po napadzie drgawek wystąpiła bardzo wyraźna »asphyxie locale«, następnie »syncope locale« i erytrodermia. Napady te nie stały w żadnym związku z ciepłotą otaczającego powietrza. — W drugim przypadku były silnie zaczerwienione i obrzmiałe podeszwy obu nóg. Skóra była bardzo wilgotna (*hyperhydrosis*). Temu wszystkiemu towarzyszyły silne bole, tak, że chora wcale nie mogła chodzić; bole sadowiły się w piętach i na środku podeszew. Ze zmian można było zauważyć tylko zmiany w czuciu ciepła (odwrócenie wrażeń). Pod wpływem chłodnych kąpieli i leżenia w łóżku, objawy chorobowe ustąpiły prawie zupełnie.

Roztrząsając te 2 przypadki, autor dochodzi do przekonania, że z drgawkami łączy się zwężenie naczyń i niedokrwienie, słowem »asphyxie locale« pewnych części mózgu. Stosownie do tego, w jakiej części mózgu występuje zwężenie naczyń, pojawiają się kurcze tych, lub innych mięśni (n. p. kurcz głośni). Gdy zwężenie naczyń zajmie duży obszar mózgu, mogą wystąpić drgawki ogólne. Wobec tego przy drgawkach nie należy, zdaniem autora, stosować ciepłych kąpieli, środków czyszczących i drażniących, ale środki rozszerzające naczynia, jak naprzykład azotyn amylu.

W drugiej swej pracy autor opisuje przypadek nagłej niemoty i wogóle niezdolności wydawania głosu, które trwały 24 godziny i znikły, nie pozostawiwszy po sobie żadnych widocznych śladów. 9-letnia dziewczynka przestraszyła się psa, który się na nią wieczorem rzucił znienacka, i przestała mówić, a nawet wogóle wydawać głos. Następnego poranku przy badaniu w szpitalu okazało się, że chora wszystko rozumie, robi próby mówienia, t. j. ruchy ust i języka, ale nie wydaje głosu, tylko słaby szmer. Połykać, nawet płynne pokarmy, może tylko z trudnością. Oprócz tego silnie zaznaczony jest bezład dolnych kończyn. Przy wziernikowaniu krtani zauważono lekkie obrzmienie strun głosowych i ich niedowład. Na drugi dzień pobytu w szpitalu objawy wszystkie zaczęły ustępować i w ciągu kilku dni dziewczynka zupełnie wyzdrowiała. Nawiązując ten przypadek do opisanych w poprzedniej pracy objawów naczynio-ruchowych, mniema autor, że wskutek porażenia nerwów zwężających naczynia, nastąpiło przekrwienie mózgu w okolicy ośrodków ruchowych mowy, ust, języka, krtani. Że pogląd taki ma wszelkie cechy prawdopodobieństwa, dowodem byłby obraz laryngoskopowy. Jest on, zdaniem autora, wskazówką zmian anatomicznych, powstających w mózgu i niedostępnych bezpośredniemu badaniu. *L. Mańkowski.*

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 17. XI. 1909

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 65.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący wita przybyłych gości: radcę dworu Protomedyka Merunowicza, wiceprezydentów miasta radcę Sarego i Dra Szarskiego, posła Prof. Sikorskiego, radcę bud. m. Kłeczka i Dra Załęskiego z Kostromy.

3) Zgłaszają się do Towarzystwa koledzy: Hladij, Kleczkowski, Weissglas, których jednomyślnie do Towarzystwa przyjęto.

4) Wybór komisyi przedwyborczej przeszedł jednomyślnie. Wybrano do niej kolegów: Aronsohna Juliana, Borzęckiego, Browicza, Buzdygana, Chlumskyego, Eisenberga, Glińskiego, Godlewskiego Emila, Janiszewskiego, Krzyszkowskiego, Kosteckiego, Kwaśnickiego, Majewskiego, Merza, Piotrowskiego, Steuermarka, Surzyckiego, Wespańskiego, Żydłowicza.

6) Przewodniczący zagaja dyskusyę nad tematem: **Grunta pofortyfikacyjne i Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego** i udziela głosu Prof. Nowakowi, który naprzód omawia ścieśnienie ludności w Krakowie. W samem mieście jest dużo mokradeł, poza niem gminy podmiejskie nie posiadają urządzeń sanitarnych. Celem rozszerzenia miasta zakupiono grunta pofortyfikacyjne, które należy uregulować. Zdaniem mowcy winno się, jeżeli nie całość, to przynajmniej część ich ze względów higieny publicznej zamienić na plantacye. Dalej musi się Kraków rozszerzyć na przedmieścia, ale zarazem muszą tam być wprowadzone wszystkie urządzenia sanitarne (drenowanie, kanalizacya). Trzeba zastanowić się nad tem, czy błonia mają być zabudowane, w kazdym razie należy je odwodnić. W końcu zaznacza, że w najbliższej okolicy miasta muszą być tereny dla zabaw ruchowych.

Radca Kłeczek, objaśniając na prośbę Prof. Dobrowolskiego stan sprawy, zwraca uwagę na techniczne trudności przy nabywaniu gruntów i objaśnia wartość poszczególnych gruntów pofortyfikacyjnych. Wskutek przesunięcia rejonu fortecznego ułatwiono zabudowanie gmin podmiejskich zachodnich. Wykonano szereg wierceń na gruntach pofortyfikacyjnych, celem poznania warunków dla kanalizacyi. Następnie budownictwo miejskie przeprowadza studya nad tem, czy kanalizacya w nowych częściach Wielkiego Krakowa może być wspólna, czy też osobno od starego Krakowa. W dalszym ciągu objaśnia mowca wartość terenu pojedyńczych rejonów przyłączonych gmin; zwraca uwagę na wody gruntowe, które w niektórych okolicach są tylko 80 cm pod poziomem; z tego powodu wynika konieczność drenowania, bez którego nie można w tych okolicach budować. Następnie omawia mowca sprawę koryta Rudawy, tłómaczy istotę, przebieg i historyę powstania sprawy kollektora. Odwodnienie gruntów pofortecznych uważa mowca za możliwe ze względu na istnienie kanału dawnej Rudawy. Młynówkę również się pozostawi dla spłukiwania kanalizacyi miejskiej. Koszta tych wszystkich prac, zakupna i t. d. wyniosą do 2 milionów koron. Zdaniem mowcy grunta te ze względów finansowych nie mogą być zamienione na plantacye, a Kraków ma już bardzo dużo powierzchni zielonej zadrzewionej.

Przewodniczący dziękuje radcy Kłeczkowi za referat.

Kol. Janiszewski, podnosząc jako najcharakterystyczniejsze znamię nowoczesnej kultury — zrozumienie znaczenia życia i zdrowia nietylko dla jednostki, ale przedewszystkiem dla narodu i państwa, a tem samem zrozumienie tych szkodliwości, jakie przynosi ze sobą skupienie się znacznej ilości ludzi na ograniczonej przestrzeni, np. w miastach, stwierdził, że obecnie co do konieczności uchylenia takich szkodliwości nie ma już dwóch zdań odmiennych. Kraków znajdował się do niedawna w szczególnie niekorzystnych warunkach, zajmując bowiem 5·88 klm² przestrzeni (nie licząc Błoń), mieścił w sobie 108.000 mieszkańców, czyli że na 1 klm² przypada 15.800 ludzi. Tylko Praga przewyższała jeszcze Kraków pod tym względem, dopóki nie przyłączyła do miasta paru przedmieść. Małe terytoryum Krakowa, powstające wskutek tego silne skupienie ludności i drogość gruntów, powodują drogość mieszkań, a tem samem przepełnienie tych mieszkań, a zarazem stwarzają niekorzystne pod względem zdrowotnym warunki życia. Te złe i przepełnione mieszkania są w znacznej mierze powodem wielkiej śmiertelności z powodu gruźlicy, jaka panuje w Krakowie. Rozszerzenie granic Krakowa jest dziełem pierwszorzędnej wagi pod względem sanitarnym; mieszkańcy Krakowa nie mieli poprostu czem oddychać. Jest jednak wątpliwem, czy samo rozszerzenie granic Krakowa w rozmiarach projektowanych wraz z usiłowaniami gminy co do budowy tanich mieszkań zdoła rzeczywiście radykalnie obniżyć cenę mieszkań. Doświadczenia innych miast dowiodły, że wymienione usiłowania nie wystarczają, aby obniżyć cenę mieszkań. Według Howarda, twórcy t. zw. miast-ogrodów, okazuje się, że jedynie zakupienie bardzo dużych przestrzeni gruntu w pewnem oddaleniu od miasta, gdzie renta gruntowa jest nizka, połączenie tych przestrzeni zapomocą dobrej i taniej komunikacyi z miastem, odpowiednie urządzenie tych przestrzeni (wodociąg, kanalizacya, oświetlenie, drogi, ogrody), postaranie się o tani materyał budowlany (własna cegielnia), oraz budowa

na tych przestrzeniach domów i wydzierżawianie tych domów, mogą radykalnie wpłynąć na cenę mieszkań.

Pierwszą czynnością po faktycznem wcieleniu gmin podmiejskich do Krakowa będzie opracowanie i przyjęcie ogólnego planu regulacyjnego, według którego Kraków mógłby się zabudowywać. Plan regulacyjny musi być wszechstronnie obmyślany i dopóki plan taki nie jest gotowy, nie należałoby sprzedawać gruntów pofortyfikacyjnych bez związku z resztą planu regulacyjnego. Plan regulacyjny zawierać powinien istniejące i powstać mające ulice wraz z wodociągami, kanalizacyą, torami komunikacyjnymi i oświetleniem; następnie projekt osuszenia gruntów, strefy budowlane, mianowicie: strefę zabudowania zwartego, willową, przemysłowo-handlową i t. d. Ale i to wszystko nie wystarczy; czy przyjmiemy plan regulacyjny, wygotowany przez budownictwo miejskie, czy też ogłoszony konkurs da nam jakiś lepszy jeszcze plan regulacyjny, wykonać go nie będziemy mogli bez odpowiedniej ustawy budowlanej. Opracowanie całkowitej ustawy budowlanej zajęłoby zbyt wiele czasu, zanim uzyskałaby odpowiednią sankcyę, przeto gmina opracowuje nowelę do § 16 istniejącej już ustawy budowlanej. Ustawa ta zawierać będzie najważniejsze postanowienia, tyczące się planu regulacyjnego, prócz tego odpowiednie postanowienia o wywłaszczeniu gruntów pod ulice, place publiczne, budynki publiczne i t. d. Plan regulacyjny powinien być wszechstronny i uwzględniać także względy estetyczne, ażeby w myśl zdania Ruskina, miasto było otoczone murem prawa, by nie było brzydkich i nieestetycznych i niehigienicznych przedmieść. Ponieważ plan regulacyjny obliczony jest na szereg lat, przeto nie powinna przy tem grać roli zbytnia oszczędność; życie idzie tak szybkim torem, że to, co dzisiaj wydaje się nam wspaniałem, obliczonem według szerokich wymagań, za lat kilkanaście okazuje się niewystarczającem. Wobec uświadomienia mas, wobec ciągle rosnących potrzeb i wymagań sanitarnych, to co dziś wydawać się może zbytkownem, za lat kilkanaście okaże się koniecznem, często nieurzeczywistnienie jakiejś sprawy dziś z powodu oszczędności, może się okazać w przyszłości tak kosztownem, że przekroczy finansową możność gminy; dlatego też mowca przyłącza się do zdania Prof. Nowaka i twierdzi, że część gruntów pofortyfikacyjnych obrócić należy na planty, a jedynie grunta, pozostałe po bokach, możnaby zużytkować jako parcele budowlane. (Streszczenie własne).

Prof. Bujwid zwraca się o informacye co do regulacyi Wisły do posła Prof. Sikorskiego, który zaznacza, że sprawa ta o tyle jest załatwiona, iż roboty już są zaczęte. Te roboty mają polegać na tem, że poniżej Krakowa pod Dąbiem ma stanąć budowla do piętrzenia wody, celem zgłębienia koryta. Mowca objaśnia projekta kanału Dunaj-Wisła i regulacyi Wisły pod Krakowem. Ponieważ wskutek podniesienia poziomu Wisły i wody gruntowe podniosą się, celem obniżenia ich będą zbudowane kollektory. Co do zabezpieczenia Krakowa od powodzi, to roboty już częściowo są w toku, a mianowicie około koryta nowej Rudawy, gdzie są już na ukończeniu. Sprawa zabezpieczenia od powodzi może być rozwiązana na dwa sposoby: 1) obwałowanie obecnego koryta, 2) wykopanie przekopu od klasztoru Zwierzynieckiego aż po ujście Wilgi. Drugi projekt, obmyślony przez mowcę, zapewnia, zdaniem mowcy, większe korzyści, ale jest droższy. Dalej zwraca Prof. S. uwagę na zasadę kanalizacyi, t. j. spławność. Czy w przyszłości ze względu na Wielki Kraków woda w Wiśle zbyt kanalizacyą zanieczyszczona nie będzie, nie można wiedzieć, na razie jednak sprawa ze względu na koszta musi być tak załatwiona. Prof. S. zwraca uwagę, że Towarzystwo lekarskie powinno poprzeć prace radcy Kłeczka wobec magistratu i Rady miejskiej.

Przewodniczący dziękuje posłowi Sikorskiemu i odracza dalszą dyskusyę do przyszłego posiedzenia.

Kol. Janiszewski wnosi, by wybrać komitet z łona Towarzystwa z prawem kooptacyi, który będzie się zajmować sprawami sanitarnemi miasta. Wniosek przyjęto, a do komitetu zostali wybrani: Prof. Nowak, fizyk Janiszewski, kol. Bier, Prof. Browicz, Prof. Bujwid.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Posiedzenie d. 24. listopada 1909.

Przewodniczy: Prof. Dobrowolski. Obecnych członków: 66.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący wita przybyłych gości, w szczególności Radcę Dworu inż. Ingardena, któremu udziela głosu w dalszym ciągu dyskusyi na temat: **Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego.**

Radca Dw. Ingarden na początku omawia przebieg pertraktacyi, dotyczących zabezpieczenia Krakowa od wylewów Wisły. Mowca uważa przeprowadzenie przekopu Wisły za szkodliwe dla Krakowa, a niepotrzebne dla odprowadzenia większej ilości wód. Przy regulowaniu rzeki należy obliczać największą możliwą objętość wód; otóż po takiem obliczeniu okazało się, że wały musiałyby bardzo wysokie, przez to bardzo kosztowne i szpecące miasto. — Projekt wypracowany w Namiestnictwie polega na przerzuceniu Rudawy poza Kraków i obwałowaniu, względnie obmurowaniu brzegów Wisły i na zmienieniu najwęższej krzywizny Wisły pod Wawelem. W projekcie tym nie zdecydowano się na przekop, bo pod względem hydrotechnicznym obydwa sposoby równomiernie wywiązują się z zadania, a na przekop potrzeba znacznej, nowej przestrzeni pod koryto, na starem zaś zasypanem korycie nie można przez dziesiątki lat budować. — Zaprowadzenie na starem korycie portu sprowadziłoby zastój wody; dalej urządzony już kollektor na Zwierzyńcu wywołałby podczas ulew dalsze zanieczyszczanie tejże wody. Wogóle mowca nie słyszał, by gdziekolwiek żyjącą rzekę z centrum miasta wyrzucano. Projekt przekopu jest przytem o wiele droższy. Wreszcie uważa mowca przeniesienie koryta za ujemne ze względów estetycznych i historycznych.

Przewodniczący dziękuje R. Dw. Ingardenowi i udziela głosu kol. Janiszewskiemu, który omawia naprzód sprawę kollektorów. Ponieważ w razie wielkiej wody na Wiśle, zawartość kanałów będzie wylewać się na miasto, — stąd konieczność zaprowadzenia kollektorów na wypadek powodzi. Obwałowanie koryta uważa mowca za niekorzystne nietylko ze względów estetycznych, ale i higienicznych, dlatego postawiono żądanie obmurowania Wisły.

R. Dw. Ingarden w sprawie urządzenia koryta zaznacza, że przekształcenie jest w projekcie przewidziane. Następnie objaśnia mowca sprawę funduszów, przeznaczonych na te sprawy.

Prof. Bujwid sprzeciwia się założeniu portu pod Wawelem ze względów sanitarnych, t. j. z powodu stagnacyi wody w porcie. Projekt radcy Ingardena przesuwa port dalej, w dzielnice przemysłowe. Równocześnie z tem zaprowadzenie porządnej kanalizacyi jest bardzo ważnym czynnikiem, jest ono jednak i ujemnem ze względu na wpływanie zawartości kanałów do Wisły. B. zwraca dlatego uwagę na biologiczne sposoby oczyszczania wód kanałowych. Jako higienista zwraca się B. przeciw zbytniemu zabudowywaniu nowych terenów, dlatego należałoby naprzód opracować plany. Sądzi, że wał kolei cyrkumwalacyjnej nadaje się na pas nowych plantacyi. Błonia powinny być niezabudowane. B. uważałby za niebezpieczeństwo, gdyby na gruntach pofortecznych powstały zakłady przemysłowe, wreszcie uważa za konieczne urządzenie terenów pod Krakowem na wycieczki.

Kol. Bier zajmuje się planem regulacyjnym placów pofortecznych. Omówienie planu ze stanowiska sanitarnego będzie dopiero możliwe po wypracowaniu tego planu. Na razie można tylko postawić niektóre wnioski, i tak B. zwraca uwagę na ustawę budowlaną, w której względy higieniczne powinny znaleść szersze uwzględnienie; uważa, że do proponowanych 4 stref należałoby jeszcze dodać piątą, t. j. handlową, a to głównie ze względu na przyszły port. Tow. lekarskie powinno współdziałać przy tworzeniu planu regulacyjnego miasta i projektu ustawy budowlanej. Mowca popiera również myśl utworzenia drugiego pasa plantacyi i oświadcza się za rozszerzeniem parku Jordana przez przyłączenie doń toru wyścigowego.

Kol. Prof. Ciechanowski zestawia wyniki dotychczasowych rozpraw, w których na pierwszym planie stanęło zapewnienie miastu dobrego powietrza i asanacya przyszłych terenów miejskich, głównie co do stanu wód gruntowych, a w związku z tem sprawa regulacyi Wisły pod Krakowem. Z wywodów obu autorów odmiennych projektów regulacyi, posła Prof. Sikorskiego i R. Dw. Ingardena zdaje się wynikać, że ze względu na stan wód gruntowych i zabezpieczenie przed powodzią, mające wielką doniosłość sanitarną, niema między obu projektami różnicy, a natomiast ma projekt rządowy (R. Dw. Ingardena) tę pod względem higienicznym wyższość, że nie odsuwa głównego koryta rzeki od miasta, nie utrudnia sprawy usuwania nieczystości (wyloty burzowe kolektorów) i nie stwarza w południowo-zachodniej części w bezpośredniem sąsiedztwie miasta dzielnicy handlowo-portowej ze wszystkiemi jej stronami ujemnemi. — W sprawie zdrowotności przyszłych terenów budowlanych na-

leży zwrócić uwagę oprócz wód gruntowych także na to, by zapobiedz zanieczyszczeniu dziewiczego dotąd gruntu przez substancye organiczne. Wszelkie prowizorya w postaci dołów kloacznych, kanałów tymczasowych, a co gorsza, otwartych ścieków, higiena stanowczo tu potępia, żądając wykonania naprzód systematycznej kanalizacyi, poczem dopiero można pozwalać na zabudowanie tak przygotowanej dzielnicy. Wynika stąd, że kanalizacya jest sprawą bardzo pilną i wynikłego stąd ciężaru finansowego gmina absolutnie nie zniesie bez pomocy subwencyi asanacyjnej rządowej i krajowej, która się słusznie należy miastu, więcej niż którakolwiek część kraju będącego przedmurzem sanitarnem dla kraju i państwa, jako stacya przejściowa na szlaku masowych ruchów ludności (emigranci zagraniczni, sezonowy ruch robotniczy, pielgrzymki z Galicyi do Częstochowy, a z Królestwa do Kalwaryi). Racyonalna jednak kanalizacya i wogóle asanacya musi się oprzeć od początku na ogólnym, dalszą przyszłość obejmującym planie regulacyjnym łącznie z nowelą budowlaną. — Co do sprawy dobrego powietrza w mieście, to jakkolwiekby zestawiać i przestawiać liczby, zawarte w wykazach urzędowych, dochodzi się zawsze do wniosku, że już obecnie ma dotychczasowy »mały« Kraków znaczny niedobór wolnej, niezabudowanej przestrzeni przy zaludnieniu 15.000 na 1 klm^2 i 688 ha obszaru, nawet, jeżeli się ograniczyć do minimalnych wymagań higieny (30 m^2 niezabudowanej przestrzeni na 1 mieszkańca). Stąd niema żadnej przesady w żądaniu, by w najbliższem sąsiedztwie »małego« Krakowa, w dawnej linii fortecznej, zostawić niektóre przestrzenie wolne w postaci parków lub plantacyi; jest to minimum żądań. Mowca uzasadnia szczegółowiej, dlaczego pod względem higienicznym korzystniejszy jest od zamkniętych skwerów jednolity pas plantacyi, jak to jest w Medyolanie, Bazylei, Bremie, Brunświku, i co higieniści przytaczają jako wzór urządzeń higienicznych w tym kierunku. Dalej, podając stosunek odsetkowy panujących przeważnie w Krakowie wiatrów i uwzględniając szczegóły topograficzne, wywodzi mowca, dlaczego całkowite zabudowanie błoń miejskich nie jest wskazane. — Szczęśliwym zbiegiem okoliczności utrzymała się dotąd w Krakowie sytuacya stosunkowo korzystna; dymna dzielnica fabryczna usadowiła się od wschodu i południa, dzielnica kolejowa od północy, nie zanieczyszczając powietrza dzięki przewadze wiatrów zachodnich; z zachodu zaś do najgęściej zabudowanej części Krakowa przypiera blizko znakomity zbiornik dobrego powietrza, Błonia. Nie powinno się więc psuć tego, co dotąd szczęśliwym trafem jest dobre.

Należałoby więc jak najusilniej poprzeć wnioski kol. Nowaka i Janiszewskiego, dotyczące 1) konieczności subwencyi asanacyjnej ze strony rządu i kraju, 2) oparcia całej akcyi od początku na systematycznym planie regulacyjnym, a nadto 3) oświadczyć się za plantacyami wzdłuż dawnej linii fortecznej i 4) uznać, że całkowite zabudowanie Błoń nie jest wskazane. Całą sprawę powinna jednak jeszcze dokładnie rozważyć wybrana na poprzedniem posiedzeniu komisya higieniczna i przygotować dojrzale obmyślane rezolucye. W tym kierunku stawia mowca wniosek formalny, który przez aklamacyę uchwalono.

Kol. Gertler oświadcza się za obsadzeniem nowych plantacyi drzewami szpilkowemi, celem uzyskania powietrza ozonowego.

Przewodniczący zamyka dyskusyę, i dziękuje wszystkim gościom i kolegom za czynny udział. Sekretarz: *Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXXIII. posiedzenie naukowe d. 26. listopada 1909.

Kol. Prof. Kučera: **Pogląd na fakty i teorye w nauce o odporności** (część II).

XXXIV. posiedzenie naukowe z d. 3 grudnia 1909.

I. Kol. Prof. Łukasiewicz przedstawia: *a)* chorą z **pęcherzycą** łuszczącą się, która przechodzi w pęcherzycę zwykłą; *b)* chorą z **liszajem rumieniowatym** rozsianym (*lupus erythematosus disseminatus s. aggregatus*). — W dyskusyi zabierał głos kol. Prof. Gluziński i prelegent.

II. Kol. Feuerstein L. przedstawia chorą z **trądzikiem bromowym**. — W dyskusyi zabierali głos: Kol. Prof. Biernacki, Łukasiewicz i prelegent.

III. Kol. A. Rydygier (jun.) przedstawia chorych: *a)* po operacyi **mięsaka czaszki** dużych rozmiarów; *b)* po **wycięciu odźwiernika** z powodu przypuszczenia raka. — W dyskusyi kol. Prof. Rydygier podnosi wartość i korzyści uzyskane przy wycięciu odźwiernika; kol. Prof. Gluziński skłania się więcej ku gastro-enterostomii. Obaj omawiają stosunek raka do wrzodu okrągłego żołądka. Kol. Hornowski omawia obraz histologiczny zmian, znalezionych przy badaniu wrzodu żołądka, operowanego przez kol. Rydygiera (jun.). Kol. Prof. Herman mówi o znaczeniu sposobu Gluzińskiego w przypadkach raka żołądka. Kol. Prof. Schramm opisuje przypadek operowanego mięsaka czaszki u dziecka, bez nawrotu, mimo że już 9 lat minęło od operacyi.

IV. Kol. Reis: **O przewlekłym nieżycie spojówek wywołanym dwuprątkiem Morax-Axenfelda.** R. przedstawia chorych, preparaty drobnowidowe i podaje wyniki badań przeprowadzonych w 300 przypadkach, z których w 85 znalazł wspomniane prątki. — W dyskusyi przemawiał kol. Prof. Machek.

Nowicki.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne Zebranie w d. 6. listopada 1909.

Prezes radca Dr F. Chłapowski wita przybyłych licznie kolegów i gości z Królestwa, następnie zdaje sprawę z pierwszego Zjazdu polskich neurologów i psychiatrów w Warszawie, gdzie wraz z Drem Szumanem z Kowanówka reprezentował Wydział lekarski. Na przewodniczących Walnego Zebrania wybrano Dra Malinowskiego z Warszawy, Dra Krzymuskiego z Kalisza i Dra Szumana z Torunia.

1) Dr Mieczkowski przedstawia: *a)* **ogromny kamień pęcherzowy**, wyjęty u 60-letniego chorego; *b)* **okrężny wrzód goleni** wielkich rozmiarów. — W dyskusyi zaznacza Dr Szuman, że spostrzegał przypadek podobnego wrzodu goleni, gdzie mimo amputacyi bole pozostały zlokalizowane w dawniejszem miejscu wrzodu. Dr Łazarewicz przypomina polecany w »Berl. Klinik« opatrunek z kleju cynkowego Beiersdorfa. R. Dr Chłapowski zaznacza, że wskazanie do ew. amputacyi musi być zależne od ogólnego stanu. Dr Malinowski stosował sam często klej cynkowy Unny, ale tylko przy niewielkich owrzodzeniach widział dobre wyniki. Obecnie stosuje proszek kamforowy; radzi spróbować Roentgena. Dr Karwowski podnosi konieczność równego ucisku przez odpowiednie opatrunki. Sam miał dobre wyniki, mianowicie przy bolesnych wrzodach na kostce, używając następującej maści według starego przepisu: *Arg. nitr. 1·0, Bals. peruv. 3·0, Lanolin 30·0, Mfunrg.* Maść ta pobudza ziarninę, a zarazem łagodzi bardzo bolesność. Dr Szafarkiewicz chwali okrojenie wrzodu (*circumcisio*), które dało mu bardzo dobre wyniki, nawet gdy wrzód miał wielkość dłoni.

2) Dr Malinowski z Warszawy: **Choroby płciowe a małżeństwo.** Na wstępie podnosi prelegent doniosłość walki z chorobami wenerycznemi, mianowicie ze względu na szkody, które wyrządzają w małżeństwie. Następnie omawia zapatrywania na dziedziczność i przeniesienie się kiły i zmiany w poglądach na prawa Profeta i Collesa. Dziedziczność może przejść aż do czwartego pokolenia, jak stwierdził Tarnowski na podstawie spostrzeżeń u 26 rodzin. Dotąd tylko systematyczne leczenie rtęcią może uchronić jednostkę od przeniesienia kiły później w małżeństwie. Termin oznaczył Fournier na 4, Amerykanie na 2, Herxheimer nawet na 10 lat od czasu zakażenia się. Co do wiewióra, to niestety niedoceniają jego ważności nawet lekarze. Zarazki nieraz po 5—15 latach jeszcze dadzą się stwierdzić. 70% bezpłodności małżeństw jest skutkiem obustronnego zapalenia najądrza wzgl. jajników. Odpowiedź na zapytanie, kiedy osoba, zarażona kiłą, może się żenić, nie jest tak łatwa. Próba Wassermanna pod tym względem nie daje bezwzględnie pewnych wskazówek, ponieważ dowodzi tylko, że badana osoba przechodziła kiłę, nie rozstrzyga zaś, czy kiła ta jeszcze jest w okresie przenośności. Także z wiewiórem jest wiele trudności. Nieraz cały szereg badań wypada ujemnie, a naraz znów dwoinki się pojawiają. U kobiet rozpoznanie wyleczenia wiewióra jest jeszcze trudniejsze, jak się M. przekonał, badając prostytutki w szpitalu św. Łazarza w Warszawie. Mowca kończy apelem do lekarzy praktycznych, żeby nie lekceważyli chorób, tak zdradliwych.

W dyskusyi Dr Łazarewicz potwierdza zdanie mówcy, że obecnie poglądy na prawa Collesa i Profety zmieniły się dzięki próbie Wassermanna. Jeśli dawniej mniemano, że łożysko

nie przepuszcza zarazków, to obecnie dzięki badaniom kliniki Bumma wiemy, że krętki mogą się znajdować w łożysku. Dr Karwowski ubolewa nad lekceważeniem chorób wenerycznych przez wielu lekarzy, polegającem na niedostatecznej znajomości tych chorób. Tak co do leczenia, jak badania popełnia się niestety największe błędy. Lekarz, który bez mikroskopowego sumiennego, kilkorazowego badania pozwala się żenić choremu po wiewiórze, jak i ten, który przy kile nie uświadomi chorego o konieczności kilkurazowych kuracyi rtęciowych, postępuje wprost niesumiennie. Dr Święcicki potwierdza konieczność badania drobnowidowego. Nie sama jednak nieobecność dwoinek wystarcza, także ciałka ropne powinny o ile możności być usunięte z wydzieliny, ponieważ często dwoinki są utajone, o czem znów świadczy często obecność ciałek ropnych. Dr Zakrzewski zwraca uwagę, że nietylko mężczyźni powinni liczyć się z przebytemi chorobami płciowemi, gdy chcą się żenić, ale i kobiety; jako przykład przytacza przypadek utajonego wiewióra u panny, która leczyła się rzekomo na żołądek. Sądzi, że dla kobiet byłyby bardzo pożądane w tych razach lekarki. Dr Falgowski podnosi trudność stwierdzenia dwoinek nawet w świeżym wiewiórze u kobiet. Badanie upławów nieraz nie wystarczy, wtedy wypada wyskrobać błonę śluzową i w niej szukać gonokoków. Dr Pomorski radzi zapatrywać się mniej czarno na stosunek chorób wenerycznych do małżeństw. Próba Wassermanna nie zawsze jest pewna. P. zapytuje, co ma czynić rząd, żeby zapobiedz szerzeniu się chorób wenerycznych. Dr Szuman stwierdza bezowocność przymusowego badania. Dr Malinowski odpowiada kolejno na podniesione w dyskusyi sprawy. Próbę Wassermanna wykonał 500 razy i kilka razy znalazł wynik dodatni, gdzie nie było kiły. Wyskrobanie błony śluzowej dla rozpoznania wiewióra w ostrych przypadkach uważa za niebezpieczne. Nie rząd, lecz społeczeństwo powinno baczyć, by się choroby weneryczne nie szerzyły.

3) Dr Jarnatowski przedstawia udatne **preparaty drobnowidowe ciałek Prowazeka przy jaglicy**, odkrytych w r. 1907. Tylko świeże przypadki nadają się do badania.

4) Radca Dr Chłapowski przedstawia trociczki »Enskol«, których fabrykę założył w Lubostromiu ordynat hr. Skórzewski. Trociczki te, z igliwia itd. złożone, wydają przyjemny dym, który ma działać korzystnie na płuca.

5) Dr Falgowski przedstawia: *a)* **włókniaka jajnika**, wyjętego przy znieczuleniu lędźwiowem; u starszych osób znieczulenie to nie wystarcza wskutek braku dostatecznej ilości płynu rdzeniowego, by znieczulający środek się rozszedł; *b)* **ropniaka jajowodu**; *c)* **mięśniaka podśluzowego** macicy; *d)* prawostronną **ciążę zewnątrzmaciczną**; *d)* dużą macicę z **włókniakiem**.

6) Dr Szuman z Kowanówka wygłasza wykład: **O wzburzeniach wzruszeniowych i stanach autohypnotycznych w przypadku histeryi urazowej**. Mówca opisuje dokładnie stan chorego, który wskutek wstrząsu w rozbitym pociągu dostał napadów bardzo znamiennych. Chory deklamował ustępy z Wyspiańskiego i okazywał brak altruistycznych pobudek. Po napadzie następowała zupełna apatya. Twarz podczas napadu miała wyraz maski, chory pozbawiony był podczas tego zupełnie woli. Po napadzie, który trwał ułamek minuty do 10 minut, przejście do stanu prawidłowego następowało zupełnie nagle.

7) Dr Pomorski przedstawia na rysunkach nadzwyczaj ciekawy przypadek **wydalenia nieżywego płodu po przez powłoki brzuszne** i to przez otwór ropnia. Chodziło o kobietę 38-letnią, piąty raz ciężarną. W 8. miesiącu dostała krwotoku, który ustał, poczem znowu chodziła. Dnia 16. X. utworzył się ropień, który pękł 23. X. i ukazały się wnętrzności, poczem przez otwór wrzodu jak przy połogu ukazał się płód, okryty błonami. Mowca płód wyjął i oddzielił łożysko (przodujące). Chora przeszła ten niezwykły poród i przychodzi do zdrowia.

Dr Adam Karwowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Związku krajowego lekarzy uprasza kolegów krakowskich, ażeby leczyli bezpłatnie tylko tych członków Towarzystwa wzaj. pomocy uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego, którzy się wykażą potwierdzeniem prezydyum tego Towarzystwa, że są rzeczywiście ubodzy i zasługują na bezpłatne leczenie.

Sekretarz: *Weinsberg.* Prezes: *Wicherkiewicz.*

Cavete! Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza bojkot posady prymaryusza w Deutsch-Liebau na Morawach. Wśród posad, co do których bojkot trwa dalej, znajduje się posada w Piotrowicach na Śląsku. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 5. XII. do 11. XII. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Dobromil (Żohatyn 3), Gródek jag. (Stawczany 3), Jaworów (Nakoneczne ad Jaworów 7), Kałusz (Dołżka 2), Kamionka (Kamionka 1), Rawa (Magierów 1), Skałat (Krasne 1), Stryj (Dzieduszyce wielkie 1), Śniatyn (Zabłotów 3), Zborów (Grabkowce 3). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 5. XII. do 11. XII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 3 † —). płonicy 30 † 6 (8 † 3), odry 107 † 3 (1 † —), duru brzusznego 14 † 3 (3 † —), czerwonki 1, gorączki połogowej 1 † 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. XII. do 11. XII. zgłoszono przypadków: błonicy 8 † — (w tem obcych 7 † —), krztuśca 2, płonicy 13 † 2 (6 † 2), duru brzusznego 14 † 3 (10 † 3), gorączki połogowej 2 † 1 (2 † 1), nagm. zapalenia opon — † 1 (— † 1), róży 4 † 1. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 21. XI. do 27. XI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 42 † 9, odry 8 † 1, płonicy 15, błonicy 10 † 1, róży 14 † 1, duru brzusznego 11 † 3, duru plamistego 5, grypy 5. (*Gaz. lek.* Nr 50).

Postępy walki z gruźlicą u nas.

Sprawa walki z gruźlicą, jako klęską społeczną, stała się u nas, jak wiadomo, głośniejszą dopiero właściwie około r. 1900, czego wyrazem było utworzenie sekcyi przeciwgruźliczej i świetny wykład Prof. Baranowskiego na IX. Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie. Przedtem nie brakło wprawdzie usiłowań podjęcia tej walki, wszelako były to objawy oderwane, starania podejmowane przez jednostki, wobec których społeczeństwo zachowywało się dość obojętnie. Dopiero po r. 1900 zaczyna się zaznaczać szerszy ruch na tem polu, w którym przoduje Królestwo. Można mieć nadzieję, że obecnie i w Galicyi rozwinie się szersza akcya od czasu, gdy »Towarzystwo walki z gruźlicą«, zbudziwszy się do nowego życia, rozszerza swe zadania na cały kraj.

W swoim czasie podaliśmy w innej rubryce wiadomości o pięknym początku akcyi w kierunku tworzenia dyspensoryów i tanich ludowych sanatoryów, podjętej przez ruchliwe i energiczne stołeczne Koło »Towarzystwa walki z gruźlicą« we Lwowie, liczące już dziś kilkuset członków i mogące się pochlubić wynikami pierwszego sezonu uzdrowiska w Hołosku. Dzisiaj zaś, zdając sprawę z dotychczasowej działalności krakowskiego, pierwszego na prowincyi, Koła tegoż Towarzystwa, można temsamem stwierdzić, że Towarzystwo faktycznie rozpościerać poczyna swą działalność na większe terytoryum; dochodzą też już wieści o organizowaniu się dalszych kół Towarzystwa — z inicyatywy lekarzy — w innych większych miastach galicyjskich, z których najwcześniej, jak się zdaje, zawiąże się i rozpocznie działalność praktyczną Koło tarnowskie.

Dotychczasową pracę Koła krakowskiego opisuje Dr Tomasz Janiszewski w broszurze, wydanej świeżo własnym nakładem autora.

Początek całej sprawie dał wykład Dra Janiszewskiego w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem w r. 1908, poczem po porozumieniu się z Towarzystwem walki z gruźlicą we Lwowie i przeprowadzeniu zmian jego statutu, zawiązało się Koło krakowskie 21. czerwca 1909. Przystępując do wykonania swych zadań, postanowiło Koło krakowskie położyć główny nacisk na zapobieganie gruźlicy i w tym celu, nie zaniedbując innych sposobów walki z gruźlicą, zająć się przedewszystkiem dziećmi, zagrożonemi gruźlicą. Dla dzieci tych pragnęło Koło utworzyć stacyę leśną, dokądby dziatwę na cały dzień można było wysyłać. Po starannem zbadaniu okolic znaleziono stosowne miejsce w lesie grodkowickim, gdzie parę morgów na użytek stacyi ofiarował bezinteresownie właściciel, p. Żeleński; znalazły się i środki dzięki szlachetnej ofiarności p. Dra Zygmunta Kostkiewicza. Po-

nieważ jednak koszt przewozu dzieci byłby znaczny, a na podanie o zniżenia kolejowe odpowiedź nie nadchodziła, przeto, by nie zmarnować lata, postanowiono skorzystać tymczasem z parku Jordana, w lecie stojącego prawie pustką, a mającego lepsze bądź co bądź niż w mieście powietrze i gotowe potrzebne urządzenia (werandy, tusze, wodociąg, ustępy, kuchenkę i t. p.). Miasto zezwoliło na użycie Parku: dyrekcya tramwajów z wielką gotowością, dzięki uprzejmości dyrektora p. Fischera, udzieliła dziatwie bezpłatnego przejazdu; staraniem p. Dziewickiej utworzył się komitet pań, który zorganizował gospodarstwo stacyi. Z dostarczonej przez Magistrat listy dzieci najuboższych wybrał Dr Janiszewski na zasadzie badania lekarskiego te, które, nie okazując jeszcze objawów gruźlicy, były szczególnie zagrożone.

Wysyłanie dzieci rozpoczęto 23. lipca, przerwano z powodu zimna 1. października. Dzieci, przyprowadzane i odprowadzane ze stacyi tramwaju w Rynku przez matki, spędzały pod nadzorem opiekunki 9 godzin dziennie (8 do 5 pop.), otrzymując śniadanie i pożywny obiad i przebywając cały czas na powietrzu (w dni słotne na otwartej werandzie). Wszystkich dzieci było 43; dni pobytu w parku było razem 1107. Wiek dziatwy wynosił od 3—9 lat. Dzieci te pochodziły z 22 mieszkań, w których średnio wypadało po 8·4 m³ przestrzeni na mieszkańca (w więzieniach przyjmuje się 22 m³ na osobę); minimum wynosiło 2·64 m³! Utrzymanie dzieci wyniosło ogółem wraz z pensyami i utrzymaniem służby 742·80 kor., czyli na dzień i głowę 67·1 hal. Poprawa stanu zdrowia wysyłanych dzieci była bardzo widoczna i zaznaczała się także wyraźnie przybytkiem wagi ciała.

W roku przyszłym zamierza »Koło« wysyłać do parku więcej dzieci, około 100 i to przez 5 miesięcy, pobierając ze względów zasadniczych drobną opłatę (2—5 hal. dziennie) od rodziców tytułem »zwrotu« za wikt.

Zarząd »Koła« wyszukał stosowne miejsce na stałe sanatoryum dla ubogich chorych gruźliczych, co w nizkich i wilgotnych okolicach Krakowa nie było łatwe; najlepszy okazał się kawałek lasu rządowego w pobliżu st. Podłęże. »Koło« ma nadzieję przystąpić w r. p. do budowy pawilonów i werand na razie na 20 osób; na budowę udzieliła gmina m. Krakowa subwencyi w kwocie 1500 kor.

Po uzyskaniu stałej subwencyi rocznej od Rady m. Krakowa mogłoby »Koło« przystąpić do urządzenia dyspensoryum i muzeum gruźliczego. Obecnie środki »Koła«, liczącego dotąd 81 członków, są jeszcze skromne; na razie rozporządza »Koło« kwotą 4235·60 kor. i skromnym inwentarzem, powstałym z ofiarności prywatnej. Mimo jednak skromnych zasobów zdołało »Koło« przecież już cośkolwiek zdziałać. Powinnoby to być zachętą do tworzenia się »Kół« wszędzie, gdzie są ludzie dobrej woli, rozumiejący doniosłość rozpoczętej przez »Towarzystwo walki z gruźlicą« ogólnokrajowej akcyi. A przecież rozumieją to przedewszystkiem lekarze; do nich należy tu rzecz rozpoczynać i w pracy przodować i tego zaszczytnego obowiązku — jesteśmy pewni — dopełnią.

Dla poparcia akcyi przeciwgruźliczej, uchwaliły Rady powiatowe w Stanisławowie i Łańcucie, oraz Bank hipoteczny we Lwowie znaczniejsze datki na sanatoryum nauczycielskie, którego budowy podjęło się krajowe Ognisko nauczycielskie. Zachęcony tem komitet, na którego czele stoi marszałek St. hr. Badeni, wystosował obecnie prośby o subwencye do wszystkich Rad powiatowych i miejskich, jakoteż większych instytucyi finansowych. *Z.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lek. krak. odbyło d. 15. XII. 1909 posiedzenie, na którem do Zarządu Towarzystwa wybrani zostali na rok 1910: prezesem: Prof. Wicherkiewicz, wiceprezesem: Prof. Bochenek, sekretarzem dorocznym: Dr Władysław Bujak, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« Prof. Ciechanowski (ponownie), do komisyi redakcyjnej: Prof. Krzyształowicz, Prof. Rutkowski, Dr B. Wojciechowski, (wszyscy ponownie) i Dr Eisenberg, gospodarzem domu: Doc. Seńkowski (ponownie), przewodniczącym komisyi bojkotowej: Prof. Wicherkiewicz, przewodniczącym komisyi przemysłowej: Dr Bielański (ponownie), do komisyi rewizyjnej: Dr Cercha, Dr Bielański (ponownie), do Rady nadzorczej Tow. lek. galic.: Prof. Browicz i Prof. Bylicki, delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal.: Prof. Browicz, Prof. Ciechanowski, Dr Damski, Prof. Dobrowolski, Prof. Kostanecki, Dr Kwaśnicki, Dr Landau Jan, Dr Surzycki, Prof. Wicherkiewicz. zastępcami delegatów: Prof. Bochenek, Prof. Reiss, Dr Schoengut, Dr Wachtel. — Następnie w dalszym ciągu dyskusyi nad wykładem Prof. Browicza przemawiali: Dr Eisenberg, Prof. Godlewski, Prof. Nowak i prelegent.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego dziękuje serdecznie WP. Drowi Pragerowi w Maryenbadzie za 24 tomów dzieł lekarskich, ofiarowanych bibliotece, jak również Drowi Janowi Kudasowi w Sańskim Moście w Bośni za ofiarowane bibliotece książki.

Bibliotekarz: *Dr Blassberg.*

Lwów. Komisya sanitarna miejska obradowała 11. XII. ponownie nad trwającą w mieście epidemią płonicy, uchwaliła zasady zwalczania epidemii w szkołach (gruntowne zbadanie i oczyszczenie szkół w czasie feryi świątecznych, odwiedzanie dzieci, które przez 5 dni nie były w szkole, przez lekarza miejskiego dla stwierdzenia, czy nie zapadły na chorobę epidemiczną, zamykanie klas na 8 dni i odkażanie po każdym przypadku płonicy), postanowiła poprzeć prośbę Koła ginekologów o subwencyę miejską na kursa uzupełniające dla położnych, wreszcie uchwaliła regulamin dla krowiarni.

Z różnych stron. »Münchener med. Wochenschrift« pomieszcza w Nrze 49. artykuł Prof. W. Jaworskiego i Doc. Męsowicza: »O depprawacyi wykonawstwa lekarskiego«, dodając od siebie, że podniesione przez autorów postulaty są słuszne, a że należałoby tylko złagodzić zarzuty, czynione przez autorów przemysłowi farmaceutycznemu, ponieważ znaczna część przemysłowców w tej gałęzi poważnie stara się o przeciwdziałanie kłamliwej, pseudonaukowej reklamie.

— W budżecie niemieckiego ministerstwa spraw wewn. przeznaczono na r. 1910 na zwalczanie duru 175.000, na badania pierwotniaków 10.000, na badania kiły 30.000, na zwalczanie śmiertelności niemowląt 40.000, na badanie i zwalczanie gruźlicy 100.000, na kursa lekarskie 10.000, na ces. Urząd zdrowia 838.840 marek.

— Nagrodę Nobla z zakresu medycyny otrzymał Prof. Kocher z Berna.

— W grudniu r. b. odbędzie się w Petersburgu Zjazd psychiatryczny, a w Moskwie Zjazd przyrodniczo-lekarski. Na obydwa Zjazdy otrzymał zaproszenie »Związek polski lekarzy i przyrodników« w Petersburgu.

— Uroczyste otwarcie uniwersytetu w Saratowie nastąpi 6/19. XII. b. r.

— Liczba miejsc w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu ma być zwiększona z 750 na 1000.

Mianowani: Dr Eugeniusz Mandybur i Dr Adolf Wolf starszymi lekarzami powiatowymi na Bukowinie.

Powołani: higienista Prof. Neumann z Heidelbergu do Giessen.

Zmarli: okulista Prof. Saemisch w Bonn;

Dr Edward Krzyżanowski, wicemarszałek Rady powiatowej buczackiej, zasłużony pracownik na polu społecznem i higienicznem, w Wiedniu;

Dr Henryk Balabayder, jeden z pierwszych wychowańców Wydziału lekarskiego lwowskiego, asystent kliniki lekarskiej, lekarz dyspensoryum Towarzystwa przeciwgruźliczego, w 35. r. ż. we Lwowie.

Redakcya otrzymała: Julian Nowak: Über die v. Behring'sche Tuberkulose-Schutzimpfung von Rindern, über ihre theoretische Grundlage und ihren Wert in der praktischen Anwendung. »Zeitschr. f. Infektionskr. u. Hyg. der Hausthiere« 1909. — III. Sprawozdanie »Koła medyków wszechnicy lwowskiej« za r. 1908/9. — R. Spira: O leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego zapomocą przekrwienia biernego metodą Biera. »Tyg. lek.« 1909. — Pappée: Pozapłciowe zakażenie kiłą. 1909. S. Serkowski: Z nowych prądów bakteryologii współczesnej. »Nowiny lek.« 1909. — Janiszewski: Koło krakowskie Towarzystwa walki z gruźlicą. 1909. — Hojnacki: Hygiena kobiety. Wydanie III powiększone. Lwów 1910. — Adamkiewicz: Über den gegenwärtigen Stand der Krebsfrage. (Wykład na Zjeździe niem. lekarzy i przyrodników w Kolonii 1908).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. Dra R. Brichta, państw. lekarz kolejowy. (Mediz. Bl. 1909, Nr 45). Liczne przypadki idyosynkrazyi i, mimo ostrożności, podrażnienia nerek wskutek używania dłuższego środków balsamicznych, skłoniły autora do stosowania arhoviny przy leczeniu wiewióra. Podnieść należy, że arhovina nie jest środkiem balsamicznym, lecz przetworem złożonym z diphenylaminu, będźwinianów etylowego i thymylowego. Produkta jego rozszczepiania się przechodzą do moczu, podnosząc jego kwaśność. W przebiegu ostrego wiewióra ma fakt ten znaczenie, ponieważ bakterye tem trudniej rozwijają się w moczu, czem wyższa jego kwaśność. Obok tego pośredniego działania ma wielką wartość działanie bezpośrednie na błonę śluzową całego przewodu moczowego. Arhovina posiada zatem zalety balsamicznych środków, nie wywiązując działań ubocznych, tamtym właściwych. Przy leczeniu miejscowem stosuje się 5 kapsułek po 0,25 gr dziennie. Działanie jest równie dobre przy wiewiórze u kobiet, jak u mężczyzn. Także przy wiewiórze przewlekłym wpływa arhovina korzystnie na dolegliwości. *Hr. W.*

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222

SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg. | ŁOG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.
MECHANOLECZNICZY
ZAKŁAD ZANDEROWSKI
(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).
LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.
Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięślenie. — Elektryzowanie.
APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.
POKOJE DLA CHORYCH. 123
ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.
Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

STRZYKAWKI
LIEBERG, LUER, RECORD, PRAWATZ
Dynamometry,
Stetoskopy
Młotki perkusyjne, 248 b
Plessimetry, Inhalatory,
Wzierniki,
Irrygatory
poleca
SKŁAD PRZYBORÓW LEKARSKICH
Dra BOLESŁAWA DROBNERA
W KRAKOWIE, PRZY PL. SZCZEPAŃSKIM 2

MENTHOSALAN „JAHR"
nacieranie ból uśmierzające, do zewnętrznego użytku.
Menthosalan Jahr działa skutecznie jako nacieranie przy bólach reumatycznych, bólach gośćcowych, ischias, łamaniu w stawach, nerwobólach, migrenie itp.
Menthosalan Jahr jest przetworem w formie maści i w przeciwieństwie do innych wcierań zawierających często amoniak lub inne składniki drażniące, jest przy wcieraniu łagodnym i posiada przyjemny zapach, przez co wpływa korzystnie na ustrój pacyenta. Jest zupełnie nieszkodliwym i działa nawet przy uporczywych i zastarzałych cierpieniach z dobrym skutkiem.
Cena 1 tuby: Kor. 1·20. 215 d
Rp. Menthosalan »Jahr« tab. orig.
Wyrób i główny skład
w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach.

Ferromanganin
wybitnie oceniany środek przeciw niedokrewności, bledniey, białaczce, stanom osłabienia, osłabieniu nerwowemu. Środek odżywczy i wzmacniający.
Nadzwyczaj przyjemnie smakujący i łatwy do przyjęcia przetwór. 93
Wskazania: 1 do 2 łyżek stołowych po jedzeniu.
Panowie lekarze otrzymują z gotowością próbki z
Ferromanganin Cie., Wiedeń, I., Annagasse 3.

Szanowny Panie Kolego!

Jednym z najważniejszych warunków rozwoju medycyny polskiej jest, aby ogół naszych lekarzy mógł się zapoznać z **ogólnym obrazem naszego własnego dorobku w zakresie nauk lekarskich**, zarówno, jak z **postępem tych nauk zagranicą**. O ile nasze czasopisma wypełnią oba te zadania, o tyle też zdołają **wyprzeć czasopisma obce tam, gdzie to bez szkody dla czytających kół lekarskich stać się może i powinno.**

Od lat kilku zmierzał »Przegląd lekarski« w miarę swych sił do tego, aby zadania te coraz więcej wypełniać, a usiłowania te zyskały poparcie autorów i uznanie czytelników; dzięki temu poparciu powiodło się też już dotąd przeprowadzić takie zmiany i ulepszenia, że »Przegląd lekarski« istotnie **odzwierciedla przynajmniej w głównych zarysach całość ruchu umysłowego w polskim świecie lekarskim** i że stał się **najpoczytniejszem z polskich czasopism lekarskich.**

Niemało przyczyniło się do tego **połączenie „Przeglądu lekarskiego“** z **„Czasopismem lekarskiem“ łódzkiem** w r. 1909, w czem również czerpie »Przegląd lekarski« otuchę, że droga, którą postępuje, została uznana za dobrą przez szersze koła lekarzy polskich i **cały szereg Towarzystw lekarskich polskich**, które »Przegląd« połączony z »Czasopismem« **za swój organ obrały.**

W dziale **artykułów oryginalnych** skupił »Przegląd lekarski« połączony z »Czasopismem« autorów polskich **ze wszystkich dzielnic** i z zagranicy, jednocząc uczniów różnych szkół i pozwalając rozmaitym ościennym wpływom intelektualnym na naszą medycynę wzajemnie się równoważyć. Uwzględniając w tym dziale, o ile to w naszych warunkach możliwe, przedewszystkiem **potrzeby lekarzy praktycznych**, nie zaniedbuje jednak »Przegląd lekarski« swych obowiązków względem nauk t. zw. teoretycznych, a rozprawy z tego zakresu otrzymuje każdy czytelnik »Przeglądu« w postaci **„Rocznika lekarskiego“**, wydawanego w Krakowie staraniem Wydziału lekarskiego Uniw. Jag. i Towarzystwa lekarskiego krak. i ofiarowanego prenumeratorom »Przeglądu lek.« jako **premium bezpłatne.** W 4 latach: 1906—1909 otrzymali czytelnicy »Przeglądu« oprócz około 400 arkuszy tekstu »Przeglądu« jeszcze 6 zeszytów »Rocznika«, stanowiących razem pokaźny tom, z 22 tablicami, 2 mapami i 69 rycinami w tekście.

W dziale **ocen i sprawozdań** pomieszcza »Przegląd« **sprawozdania poglądowe**, rzucające światło na współczesny stan pewnych **zagadnień naukowych i praktycznych, będących na porządku dziennym** (jak n. p. w ostatnich latach opracowane w tym dziale: sprawa leczenia zastoinowego, sprawa znieczulania, leczenie czerwonki surowicą, sprawa »roznosicieli« duru, fermentoterapia i hematoterapia nowotworów, oftalmodyagnostyka gruźlicy, sprawa krętka bladego jako pasorzyta kiły, sprawa cystynuryi, fizyologia i patologia nadnercza, sprawa cięcia przyłonowego, sprawa odkażania rąk, etyologia i rozpoznawanie przyczynowe gruźlicy i i.).

Przegląd bieżącego piśmiennictwa od lat kilku jest przedmiotem usilnych starań; zawarte w nim streszczenia, uporządkowane według działów, a w każdym dziale ile możności według pokrewieństwa przedmiotów, opracowują liczni współpracownicy pod kierunkiem osobnego grona sprawozdawczego, złożonego z doświadczonych sił zawodowych, przeważnie profesorów i docentów Uniw. Jag. W dziale tym, zwracając uwagę na **ożywienie i aktualność**, stara się »Przegląd« o **bieżącym ruchu piśmienniczym zawiadamiać swych czytelników jak najrychlej.**

Z zapisków o nowych lekach, narzędziach, sposobach leczenia i badania, starano się usunąć te przetwory i sposoby, których chwilowy rozgłos jest dziełem reklamy, a zarazem dział ten rozszerzono i urozmaicono.

W sprawozdaniach z Towarzystw naukowych jest obecnie »Przegląd« połączony z »Czasopismem« odbiciem ruchu **wszystkich polskich Towarzystw**, podając wiadomości z posiedzeń **Akademii Umiejętności w Krakowie**, **Towarzystwa naukowego warszawskiego** i sprawozdania z Towarzystw lekarskich w **Krakowie**, **Lwowie**, **Poznaniu**, **Warszawie**, z sekcyi Towarzystwa **lekarzy galicyjskich**, z **Towarzystw prowincyonalnych Królestwa polskiego**, z Towarzystw polskich w **Kijowie**, **Petersburgu i Chicago**.

W coraz większym zakresie stara się też »Przegląd« podawać sprawozdania ze **Zjazdów lekarskich polskich i zagranicznych**.

W **feljetonie** odzwierciedlał »Przegląd« ważniejsze **sprawy publiczne**, z medycyną związek mające, pomieszczał wiadomości z **zakresu historyi medycyny** i t. p.

Dział **spraw zawodowych**, znacznie rozszerzony, pomieszcza wiadomości o **całym ruchu zawodowym we wszystkich dzielnicach** polskich i o ważniejszych jego przejawach zagranicą. Poruszone tu przez »Przegląd« sprawy stały się kilkakrotnie punktem wyjścia szerszej akcyi, doprowadzającej do praktycznych wyników, jak n. p. w sprawie reformy szpitalnictwa, pomocy położniczej w Galicyi, walki z gruźlicą, Najwyższej Rady zdrowia i t. p. W tym dziale uwzględnia też »Przegląd« ile możności **medycynę i higienę społeczną** i podaje **źródłowe i świeże wiadomości ze statystyki lekarskiej**.

W dziale **wiadomości bieżących** starał się zawiadamiać »Przegląd« swoich czytelników w równym stopniu o tem, co się dzieje w **każdej z dzielnic** Polski i podawał ważniejsze nowiny zagraniczne.

W dziale **bibliograficznym** podawał »Przegląd« co miesiąc spis prac oryginalnych polskich.

Ze względów na **higienę oczu i wygodę czytelników** ulepszony został od r. 1907 druk »Przeglądu«, a **dalsze udoskonalenia** nastąpią w r. 1910.

Starając się o dalsze ulepszenia, zmierzać będzie »Przegląd« połączony z »Czasopismem« wytrwale do tego, aby zbliżając się krok za krokiem do zamierzonego celu, **stawać się dla ogółu lekarzy coraz użyteczniejszym**, aby, o ile to możliwe, **rzeczywiście zaspokajać** coraz bardziej **ich potrzeby** i aby **służbę swą dla nich pełnić coraz lepiej**.

Jednakże powodzenie tych zamiarów zależy wyłącznie tylko od moralnego i materyalnego poparcia, jakiego ogół lekarski polski dążeniom tym i usiłowaniom udzieli. To też o to poparcie zwracamy się do wszystkich lekarzy polskich z całem zaufaniem, że podzielają oni przekonanie o potrzebie i pożytku naszych usiłowań i że to przekonanie objawi się czynnie i skutecznie.

Prenumerata „Przeglądu oraz Czasopisma lekarskiego“ wynosi rocznie w Austryi 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 franków. — W Ameryce północnej rocznie $4^1/_2$ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal., numer podwójnej objętości 1 kor.

Oprócz **bezpłatnego premium**, jakiem jest **„Rocznik lekarski“**, korzystać mogą prenumeratorowie, **abonujący „Przegląd** oraz **Czasopismo lekarskie“** wprost w Administracyi, z następujących ułatwień:

Prenumeratorowie „Przeglądu oraz **Czasopisma lekarskiego“ otrzymywać mogą w r. 1910** wychodzący od r. 1908 kwartalnik **„Przegląd pedyatryczny“ za połowę ceny prenumeracyjnej** t. j. 2 rbs., 5 koron, 4·50 mk. rocznie. Zgłoszenia w tym względzie należy adresować **wprost do Administracyi tego kwartalnika** (Kraków, Strzelecka, Szpital św. Ludwika).

Ci prenumeratorowie »Przeglądu oraz Czasopisma Lekarskiego« którzy pragną prenumerować zarazem wychodzące w Poznaniu **„Nowiny Lekarskie“**, mogą w r. 1910 otrzymać oba pisma za cenę zniżoną **30 kor. rocznie za oba pisma**. Zniżenie to przysługuje atoli wyłącznie przy zamówieniu wprost w Administracyi pisma.

Numera okazowe „Przeglądu oraz Czasopisma lek.“ wysyła się na żądanie niezwłocznie.

Administracya
„Przeglądu oraz Czasopisma lekarskiego“
Kraków, ul. Dunajewskiego 2.

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. **Łączy działanie bismutu i tanniny.**

Gastrosan Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych **objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym** z ich następstwami, przy **dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania** i przy **nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.**

Unguentum Heyden Do **dyskretnych wcierek rtęci**; nadaje się szczególniej dla **kobiet, dzieci** i do **peryodycznego leczenia się.** Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g.

Ichthynat, ammonium ichthynatum Heyden, z tyrolskiego węgla rybnego, o wiele tańszy od ichtyolu.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 c

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 G. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Kalendarz lekarski krakowski na rok 1910

pod redakcyą Prof. Dra L. K. Glińskiego wyszedł i zawiera następujące działy: 181

Kalendarz kościelny. Spis ważniejszych środków lekarskich. Podręcznik terapeutyczny. Skorowidz leków w podręczn. terap. Długość okresu wylęgania i zaraźliwości w chorob. zakaźn. Najwyższe dawki środków leczniczych. Dawki przeciętne dla dzieci. Porównanie dawki leków według wieku chorych. Waga różnych dawek. Wzrost i waga człowieka. Tablica brzemienności. Tablica rozwoju płodu. Oznaczenie okresu ciąży. Tablica wyrzynania się zębów. Badanie bystrości wzroku i refrakcyi. Wskazówki praktyczne z zakresu chirurgii. Badania kliniczne. Pierwsza pomoc w nagłych przypadkach. Sztuczne oddychanie. Otrucia. Uwagi psychiatryczne. Ocena stopnia niezdolności do pracy wskutek wypadków. Uwagi sądowo-lekarskie. Wymiar należytości lekarsk. i weterynar. Tabela porównawcza zdrojowisk polskich ze zdrojow. niemieck. i innemi zagranicz. Część informacyjna: Naczelne władze sanitarne. Władze, Stowarzyszenia, Zakłady i t. d. lekarskie w Krakowie i we Lwowie. Spis lekarzy według miejsca zamieszkania. Alfabetyczny spis lekarzy. Skala stemplowa. Opłata listów i telegramów.

Egzemplarz w płótno oprawny 3 K. 60 h., z przesyłką pocztową zwykłą 3 K. 80 h., poleconą 4 K. 05 h. — Egzemplarz w oprawie skórkowej ze złoconymi brzegami 4 K., z przesyłką pocztową zwykłą 4 K. 20 h., poleconą 4 K. 45 h. — Oprawa Kalendarza wykonaną została w znanym zakładzie introligatorskim p. R. Jahody.

Do nabycia w księgarni **Krzyżanowskiego**, Kraków, Linia A—B. Tel. 150, lub w **Redakcyi**, Kraków, Collegium Medicum. Tel. 166 g.

SALOSSIT

Specificum przeciwko rhachitis
w początkującym i postąpionym stanie.

Całkowicie asymilujące się połączenie glycerophosphoru, z calcium i magnezią, w formie wolnego od smaku mleczno cukrowego preparatu.
SALOSSIT udziela się rozpuszczonym w mleku, i tenże jest przez chorych znakomicie znoszonym.
Literaturę o SALOSSICIE i ilości próbne przesyła darmo i opłatnie: 52
GŁOWNY SKŁAD: APTEKA POD ANIOŁEM STRÓŻEM, WIEDEŃ XVIII/1.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie. i we wszystkich księgarniach.

Acidol-Pepsin

9 a

Stałe, zupełnie trwałe, doskonale działające przetwory kwasu solnego i pepsyny.

Kartony po 50 pastylek à 0,5 gr.

Stopień I: silnie kwaśny. — Stopień II: słabo kwaśny.

Szczegółowe piśmiennictwo przesyła na żądanie:

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmaceutische Abteilung, Berlin S. O. 36.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 **Główny skład i wyrób**

Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo - hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

Fabryka przetworów leczniczych Eugeniusza Matuli

MARKA OCHRONNA E. MATULA

w Radomyślu Wielkim poleca przetwory własne:

Kamphenol Prof. Dra Chlumskyego. Znakomite Antisepticum: przy róży, flegmonach, ropniakach, czyrakach, przetokach gruźliczych i t. p. Cena flaszki Kor. 2·—.

Pilulae medic. Matula. Pilulae natr. arsenic. comp. Każda pigułka zawiera: Natr. arsenic. 0.0005 Ferr. protokol. 0.05. Chinin hydr.-Calc. glycerin. phosphor. Extr. Colae spis. aa 0.03. Extr. nucis vom 0.005. Pulvis rhei q. s. Pigułki te są obdukowane cukrem. Cena za flakon o 100 pig. Kor. 4·—. Wydaje się jedynie na przepis lekarski.

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastanii, itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2·—. Sposób użycia: 2 - 3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabybia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa). 208

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5·—. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Ministerstwa spraw wewnętrznych w Petersburgu.

Preparata powyższe są do nabycia we wszystkich aptekach. — Skład główny w aptece WP. Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka, ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu Wielkim.**

Rok XLVIII. Kraków, dnia 24. grudnia 1909. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie. (Kierownik Prof. O. Bujwid).

Przyczynki do techniki i teoryi odczynu Wassermanna.

Podali

Dr Filip Eisenberg i Doc. Dr R. Nitsch,
asystenci Zakładu.

(Dokończenie).

Wreszcie nie od rzeczy będzie wspomnieć, że obie nasze modyfikacye, wypróbowane z wywoływaczem sztucznym A. Sachsa i Rondoniego (zarówno z przetworem oryginalnym, jak i sporządzonym przez nas), dały wyniki podobnie zachęcające, jak z wywoływaczem naturalnym. Na 31 prób z obniżoną ilością dwuchwytnika znaleźliśmy 5 surowic kiłowych dodatnich, które oddziaływały ujemnie przy zwykłej metodzie, na 24 prób z obniżoną ilością dopełniacza 2 takie surowice.

Doświadczenia z krwinkami przemytemi i nieprzemytemi.

Przechodząc do trzeciego składnika układu krwiobójczego, do krwinek baranich, spotykamy się w piśmiennictwie stale z żądaniem, żeby używać tylko starannie przemytych krwinek. Tymczasem dowiedzieliśmy się od Dra Rajchmana, że Levaditi w zakładzie Pasteura w Paryżu używa krwinek nieprzemytych. Ponieważ przez wprowadzenie tego przepisu technika odczynu zostałaby nieco uproszczona (cel zawsze pożądany), wykonaliśmy cały szereg prób porównawczych z krwinkami przemytemi i nieprzemytemi. Na 104 takich prób 97 razy otrzymaliśmy wyniki mniej więcej zgodne, 7 razy surowice kiłowe dały zahamowanie wobec krwinek nie przemytych, zaś odczyn ujemny wobec przemytych. Także surowice, które dały wyniki zasadniczo zgodne, okazywały czasem silniejsze zahamowanie z krwinkami nieprzemytemi. Obok tej dodatniej strony odczyn z krwinkami nie przemytemi przedstawia jednak i pewne, choć nieznaczne, ujemne strony. Przedewszystkiem wobec małych ilości dopełniacza (0·01 zamiast 0·02) często otrzymuje się zachamowanie w kontrolach surowiczych, których brak przy krwi przemytej, nadto zaś często krwinki rozpuszczają się następowo drugiego dnia (my trzymamy próby w ciepłocie pokojowej!). Bądź cobądź zdaje się nam, że próby z krwią nieprzemytą zasługują i nadal na uwzględnienie i na liczniejsze doświadczenie. Większa sprawność tych prób polega, być może, na tem, że krwinki nie przemyte, pozostając w naturalnem swem środowisku mniej są wrażliwe na szkodliwe wpływy zewnętrzne (przeciw temu przemawiałoby tylko późniejsze ich rozpuszczanie się).

Ogrzewanie wywoływaczów.

W przeciwstawieniu do licznych badań nad stosowaniem do odczynu Wassermanna różnych wywoływaczy (sztucznych i naturalnych, otrzymanych z narządów ludzkich i zwierzęcych; z narządów chorych i zdrowych), niema w piśmiennictwie wcale prac nad działaniem różnych czynników fizycznych i chemicznych na owe wywoływacze Z góry możnaby przypuszczać, że będą one bardzo wrażliwe na działanie tych czynników, albowiem są to zawiesiny, a więc bardzo niestałe ciała, — a badania Sachsa i Rondoniego wykazały, że nawet sam sposób przyrządzenia z nich wodnej zawiesiny i zależny od tego stopień ich zmącenia, może mieć znaczny wpływ na ich działanie. W doświadczeniach naszych postępowaliśmy w ten sposób, że przygotowawszy wedle przepisów Sachsa i Rondoniego wodne zawiesiny z wyskokowego wyciągu wątroby kiłowej, ogrzewaliśmy je przez $^1/_2$ godziny do różnej ciepłoty i porównywaliśmy ich działanie na tesame surowice w równoległych szeregach z nieogrzanym wywoływaczem. Pokazało się, że wywoływacze, ogrzane do 58°—60°, do 90° i do 98° (do wrzenia), dawały wyniki prawie zupełnie identyczne z wywoływaczem nieogrzanym. Zaś wywoływacze, ogrzewane przez ten sam czas do 70° i do 80° C., okazywały zupełnie wyraźnie silniejsze zahamowanie w surowicach kiłowych, niż ogrzane. Mianowicie z 8 surowic w ten sposób zbadanych (wśród nich 7 kiłowych) dały 4 wyniki zupełnie identyczne; przy 2 kiłowych surowicach były zahamowania z wywoływaczami ogrzanymi wyraźniejsze, a wreszcie 2 surowice również kiłowe dały z wywoływaczem nieogrzanym wynik niepewny, a z ogrzewanymi wywoływaczami zupełne zahamowanie! Byłoby pożądanem rozszerzyć te badania na inne wyciągi wyskokowe, a również i na wywoływacze wodne.

Podobne doświadczenia wykonaliśmy także i ze sztucznym wywoływaczem A. Sachsa i Rondoniego. Zawiesiny, ogrzane do 70° i 80° C., dały na ogół zgodne wyniki z wywoływaczem nieogranym. Tylko raz udało się

z ogrzanym wywoływaczem otrzymać wyraźne zahamowania w surowicy kiłowej, która z wywoływaczem nieogrzanym dała wynik niepewny, Wywoływacze, ogrzane do 98° (do wrzenia), dały natomiast na 8 badanych surowic 3 razy wynik ujemny przy surowicach kiłowych, które z wywoływaczem nieogrzanym dały dodatni wynik.

Wpływ kwasów i alkaliów na wywoływacze.

Sachs i Altmann zwrócili pierwsi uwagę na wpływ oddziaływania chemicznego na wynik próby Wassermanna. Pokazało się przytem, że delikatne zakwaszenie surowic sprzyja wystąpieniu odczynu, a zalkalizowanie mu przeszkadza. Nawiązując do tych doświadczeń, zakwaszaliśmy i alkalizowali wywoływacz, spodziewając się otrzymać wyniki podobne do wyników Sachsa i Altmanna.

Do wodnej zawiesiny wyciągu wyskokowego z kiłowej wątroby dodawaliśmy różne ilości $^1/_{10}$ n. HCl. Zauważyliśmy przytem, że zawiesina stawała się w miarę dodawanego kwasu coraz mętniejszą. Pokazało się, że zawiesiny do których dodano tyle kwasu, że były one równe $^1/_{666}$, $^1/_{333}$ i $^1/_{150}$ n. HCl, dawały wyniki prawie zupełnie identyczne z zawiesiną niezakwaszoną. Zawiesina zaś, równa $^1/_{80}$ n. HCl, okazała się już nie do użycia, prawdopodobnie wskutek wpływu samego kwasu na przebieg hemolizy i z powodu żółtego zabarwienia prób.

Jeżeli natomiast do wodnych zawiesin wywoływacza dodawać $^1/_{10}$ n. Na OH, to występuje przeciwnie wyjaśnienie zawiesiny, postępujące w miarę z dodaną ilością zasady. W przeciwieństwie też do tego, czegoby się można spodziewać według doświadczeń Sachsa i Altmanna, okazało się, że zawiesina tak zalkalizowana, równa $^1/_{540}$ n. Na OH, dała w próbie Wassermanna nawet jeszcze lepsze wyniki, aniżeli zawiesina nie zalkalizowana (wśród 32 surowic 4 razy). Nie były to różnice zasadnicze, tylko stopniowe. Przy silniejszem zalkalizowaniu (do $^1/_{270}$ i do $^1/_{100}$ n. Na OH) zdawało się występować już pewne upośledzenie wywoływacza (1 wynik ujemny na 8 badanych surowic). Przy jeszcze dalszem dodawaniu zasady (do $^1/_{50}$ i $^1/_{25}$ n. Na OH) staje się wywoływacz zupełnie nie do użycia, prawdopodobnie z powodu wpływu zasady na przebieg rozpuszczania się krwi.

Podobne wyniki otrzymaliśmy także z wywoływaczem sztucznym A. Sachsa i Rondoniego.

Na podstawie tych doświadczeń nasunęła się myśl, czy nie możnaby wywoływaczy słabych lub osłabionych wzmocnić przez odpowiedni dodatek zasady (lub też ogrzanie do 70°)? Jedno doświadczenie, wykonane w tym kierunku z dwoma słabymi wywoływaczami, dało (przy zalkalizowaniu ich do $^1/_{540}$ n. Na OH) przy jednym z nich rzeczywiście nieco lepsze wyniki, niż przy nie zalkalizowanym.

Przekonawszy się w powyższych doświadczeniach o względnej stałości wywoływaczy, ciekawi byliśmy zbadać, czy wywoływacze zalkalizowane, względnie zakwaszone do tego stopnia, że stały się zupełnie nie do użycia, nie dałyby się przez następowe zobojętnienie doprowadzić do pierwotnego stanu. I rzeczywiście udało się w szeregu doświadczeń (16 surowic) tak z wywoływaczami zalkalizowanymi, jak i zakwaszonymi nadmiernie po następowem ich dokładnem zobojętnieniu otrzymać najzupełniej zadowalniające wyniki.

Także i tutaj okazał wywoływacz sztuczny A. Sachsa i Rondoniego wyniki podobne do naturalnego.

Udowodniona przed chwilą odwracalność w działaniu kwasów i zasad na »kiłowy« wywoływacz zgadza się z wynikami, otrzymanymi już dawniej co do jadów (toksyn), dopełniacza i wywoływacza zlepnikowego (agglutynogenu), jakoteż z wynikami, otrzymanymi niedawno co do wywoływacza cholerycznego (Morgenroth, Nogucki, Eisenberg, Doess, Levaditi i Mutermilch). Zgadza się ona też ze względnie znaczną wytrzymałością wywoływaczów na wpływy ciepłoty.

Trwałość wodnej zawiesiny wywoływaczów.

Dalszem niejako ogniwem w tym łańcuchu faktów jest stwierdzona przez nas zadziwiająca trwałość wodnych zawiesin wywoływaczów. Albowiem, gdy ogólnie przygotowuje się zawiesiny wodne świeżo każdego dnia, a nawet czuwa się troskliwie nad przechowaniem wywoływaczów w postaci wyskokowych wyciągów, — znaleźliśmy w 27 próbach, że wodne zawiesiny, przechowane w lodowni 2, 3, 21, 45 i 69 dni, okazały sprawność prawie identyczną z zawiesiną świeżo przygotowaną. Raz tylko dała surowica z przypadku z rozpoznaniem wątpliwem wynik ujemny ze zawiesiną świeżo sporządzoną, — a dodatni ze zawiesiną 3 tygodnie przechowaną. Przypadek ten jest do dziśdnia niepewny.

Podobnie przekonaliśmy się, że wywoływacz sztuczny A. Sachsa i Rondoniego daje się w wodnej zawiesinie przechować aż do 69 dni (a może i dłużej) w lodowni bez zmiany swych własności: 30 prób dało tutaj wyniki zgodne bez wyjątku z zawiesiną świeżo przyrządzoną. Tylko przytoczona wyżej surowica wątpliwa dała tutaj wynik różny, a mianowicie dodatni z zawiesiną świeżą, a ujemny z zawiesiną przechowaną 3 tygodnie.

O trwałości sztucznych wywoływaczów.

Dalej należy tutaj zdać sprawę z doświadczeń nad trwałością sztucznych wywoływaczów, zebranych od czasu ukończenia naszej pracy: »O sztucznym wywoływaczu«. Już wtedy spostrzegaliśmy oznaki tego, że czułość sztucznych wywoływaczy może uledz zmianie przy dłuższem przechowaniu, podobnie jak i naturalnych. Przyczyną tego jest zapewne chwiejność chemiczna ciał tłuszczowatych (lipoidów), stanowiących w obu rodzajach wywoływaczów prawdopodobnie najważniejszy składnik. Doświadczenia wykonano z przechowanymi podczas wakacyj w lodowni 3 sztucznymi wywoływaczami (tuż przed wakacyami przez jakiś czas codziennie otwieraliśmy flaszki przy wydobywaniu ilości potrzebnej tego dnia), a mianowicie: 1) oryginalnym przysłanym od Sachsa, 2) przez nas sporządzonym wedle przepisów Sachsa i Rondoniego, 3) przez nas sporządzanym wywoływączem bez kwasu oleinowego. Okazało się, że wywoływacze te straciły po wakacyach znacznie na czułości i dawały nieraz tylko częściowe zahamowania, albo nawet zupełne rozpuszczanie się krwi z takiemi surowicami kiłowemi, które z naturalnym wywoływaczem dały zupełne zahamowanie (na 62 badań mieliśmy 5 takich odczynów słabych, a 11 zupełnie ujemnych).

Wtedy spróbowaliśmy zwiększyć ich czułość przez sporządzenie zawiesin wodnych więcej zgęszczonych, — jak

się to robi nieraz ze skutkiem co do wywoływaczy naturalnych. Sporządziliśmy zawiesiny tych osłabionych sztucznych wywoływaczy w stosunku 1 + 3 rozczynu fizyologicznego Na Cl — zamiast przepisanego stosunku 1 + 4 Na Cl. Chociaż przeż to pierwotna ich czułość nie dała się uzyskać, to jednak widoczna była pewna poprawa tak w zupełnie ujemnych, jak i w osłabionych odczynach. Te zjawiska osłabienia sztucznych wywoływaczy przez przechowanie, jakoteż ich poprawy przez użycie bardziej zgęszczonych zawiesin, są dalszym przyczynkiem do analogii między wywoływaczami sztucznymi, a naturalnymi. (Co do sztucznego wywoływacza Schürmanna nie mamy własnych doświadczeń).

O znaczeniu ogólnej objętości prób.

Wszystkie wyżej opisane doświadczenia wykonano w objętości płynu = 1 cm³, oczywiście z zachowaniem stosunków względnych ilościowych próby klasycznej 5 cm³. Zdaniem naszem rozumiało się samo przez się, że ta zmiana, nie może wpłynąć na ostateczny wynik prób, a to tem więcej, że niektórzy autorowie, jak Landsteiner i Müller, Detre i Brezowsky, Weidanz, posunęli się na tej drodze jeszcze dalej. Tymczasem niedawno podniósł Schlimpert, że próby czynione w małych objętościach płynu, mogą czasem dać ujemny wynik tam, gdzie w $2^1/_2$ cm³, objętości wynik byłby dodatni. Zatem nie powinno się, według Schlimperta, czynić prób w objętościach mniejszych, niż $2^1/_2$ cm. To nas skłoniło do przedsięwzięcia doświadczeń i nad tą sprawą. Z 50 surowicami wykonaliśmy 2 serye prób o objętości 1 cm³ i z $2^1/_2$ cm³ wśród warunków zresztą zupełnie identycznych. Otrzymaliśmy 43 razy wyniki zupełnie, albo prawie zupełnie zgodne, 3 razy różnice ilościowe wyraźne na korzyść $2^1/_2$ cm³, 3 razy takiesame różnice na korzyść 1 cm³, a 1 raz dała surowica ujemna w objętości 1 cm³ — zahamowanie częściowe w $2^1/_2$ cm³. Ten wątpliwy wynik doświadczenia skłonił nas do przypuszczenia, że chodzi tu mniej o różnice w objętości płynu, niż raczej o jakieś wpływy oligodynamiczne, usuwające się z pod kontroli, a zależne od stanu probówek, pipet i t. p., które mogą wpływać na wynik tego tak bardzo czułego odczynu. Wychodząc z tej myśli, wykonaliśmy z 8 surowicami 4 serye prób w ten sposób, że jedne próby przygotowaliśmy w objętości 1 cm³, a drugie w 5 cm³ i te drugie rozdzieliliśmy (po zmieszaniu razem wszystkich odczynników) do osobnych rurek po $2^1/_2$, $1^1/_2$ i 1 cm³. I tu nie otrzymaliśmy zupełnie zgodnych wyników, tak samo, jak w jeszcze jednem doświadczeniu, gdzie również z 8 surowicami przygotowaliśmy 3 serye prób, każda w objętości 1 cm³. Chociaż więc wynieśliśmy z tych doświadczeń pewne nieuchwytne wrażenie, że zahamowania występują silniej w objętości $2^1/_2$ cm³, niż w 1 cm³, to jednak zdaje się nam, że w praktyce nieraz przeważą korzyści, połączone z małem zapotrzebowaniem odczynników i że niema przytem wcale niebezpieczeństwa, aby wypadły wyniki zasadniczo fałszywe.

W końcu niech nam wolno będzie i na tem miejscu podziękować WPanu Prymaryuszowi Dr Borzęckiemu za pozwolenie korzystania z materyału na jego oddziale.

Wnioski.

1) Przez zmniejszenie ilości dwuchwytnika (ew. aż do 1—2 jednostek dwuchwytnikowych, oznaczonych po $^3/_4$ g.) można zwiększyć czułość próby Wassermanna.

2) Można to też uzyskać przez zmniejszenie zwykle używanej ilości dopełniacza, przyczem należy użyć 3 jednostek dwuchwytnikowych, oznaczonych po $^3/_4$ g. dla danej ilości dopełniacza.

3) Odczyn zdaje się być nieco czulszym przy użyciu krwinek baranich nie przemytych, przemywanie ich zdaje się zatem być zbędnem.

4) Ogrzewanie zawiesiny wywoływacza przez pół godziny do 70° wzgl. 80° C. zdaje się nieco wzmagać jej sprawność, a ogrzewanie do 90° wzgl. 98° C. pozostawia ją nietkniętą.

5) Nieznaczny dodatek kwasu do zawiesiny wywoływacza nie uszkadza jej sprawności, a bardzo mały dodatek zasady nawet ją wzmaga. Przez znaczniejsze dodatki kwasu lub zasady wywoływacz staje się nie do użycia, zobojętnienie ich jednak przywraca mu całkowicie pierwotną sprawność.

6) Wodną zawiesinę wywoływacza można bez szkody przechowywać w lodowni przez 10 tygodni (może i dłużej).

7) Zawiesina ta zdaje się tedy być znacznie trwalszą, niż można było z góry przypuszczać.

8) Wywoływacz sztuczny A. Sachsa i Rondoniego osłabł wyraźnie po dłuższem przechowaniu; przez większe zgęszczenie jego zawiesiny udało się częściowo poprawić jego sprawność.

9) Można bez obawy wykonywać próbę Wassermanna w objętości 1 cm³. Drobnych różnic niepodobna uniknąć nawet przy równoczesnem powtórzeniu tejsamej próby w równej objętości.

Piśmiennictwo. Armand-Delille. C. R. Soc. de Biol. LXV. 417. — Ballner i Decastello. D. M. W. 1908. Nr 45. — Bauer J. D. M. W. 1909. Nr 10. — Bordet i Gengou. Ann. Past. XV. — Browning i M'kenzie. Z. f. Immf. II. B. 41 H. 459. — Detre i Brezowsky. W. kl. W. 1908. Nr 49. 50. — Doerr. Dysenterietoxin. Jena. 1907. — Eisenberg. Ph. C. f. Bakt. I. A. Or. XLI. — Eisenberg i Nitsch. Przegl. lek. 1909. — Jaworski i Łapiński. Przegl. lek. 1909. — Landsteiner i Müller. W. kl. W. 1908. Nr 7. — Levaditi i Mutermilch. C. R. Soc. Biol. LXIV. 844. — Maslakowetz i Libermann. Z. f. Immf. II. B. 5. H. 554. — Meier S. B. kl. W. 1907. Nr 51. Meyer Z. Tamże. 1909. Nr 18. — Meirowsky. Tamże. 1909. Nr 28. — Müller R. W. kl. W. 1909. Nr 40. — Noguchi. M. m. W. 1909. Nr 9. — Sachs i Altmann. Handb. d. pat. Mikr. II. Ergb. 3. H. »Komplementbindung«. — Sachs i Altmann. B. kl. W. 1908. Nr 14. — Sachs i Rondoni. Tamże 1908. Nr 44. — Sachs i Rondoni. Z. f. Immf. I. B. I. H. — Schlimpert. D. m. W. 1909. 1386. — Schürmann. Med. klin. 1909. Nr 17. — Stern M. B. kl. W. 1908. Nr 32. — Taege. M. m. W. 1908. Nr 33. — Weidanz. C. f. Bakt. 1908. I. Abt. Ref. XLII. Beiheft.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Julian Nowak. **Ochronne przeciwgruźlicze szczepienia bydła metodą Behringa, ich podstawa teoretyczna i wartość praktyczna.** (*Zeitschr. f. Infektionskrankh. paras. Krank. u. Hyg. der Hausthiere* 1909, T. 6., Z. 5.). Badania i doświadczenia autora, dotyczące sprawy, ważnej z ogólnego stanowiska

patologicznego, i metody, rozgłośnej ze względów ekonomicznych i ze względu na ewentualną doniosłość także u ludzi, obejmowały materyał, imponujący obfitością nietylko jak na nasze stosunki, ale nawet w porównaniu z zagranicznemi pracami na tem polu. Doświadczenia przeprowadzono u 332 zwierząt w różnych warunkach w przeciągu lat kilku z wielkim nakładem pracy i środków, które autor zdołał uzyskać od ministerstwa rolnictwa, Wydziału krajowego galicyjskiego i Towarzystwa rolniczego krakowskiego. Wyniki swych badań streszcza autor w sposób następujący; 1) Teoretyczno-naukowa podstawa metody Behringa jest słuszna; zapomocą tej metody można wywołać u młodych zwierząt na pewien czas napewno zwiększoną odporność przeciw sztucznemu zakażeniu jadowitymi prątkami gruźlicy bydlęcej. 2) Metoda ta jest dla zwierząt szczepionych na ogół nieszkodliwa, mianowicie w tym kierunku, że możliwość zakażenia przytem zwierząt gruźlicą, zdaje się być wyłączona. W pewnych wszelako okolicznościach może metoda ta zagrażać pewnem niebezpieczeństwem, zwłaszcza przy próbach zastosowania u ludzi. 3) Jednakże w obecnej postaci niema metoda Behringa żadnego znaczenia praktycznego, ponieważ zapomocą niej nie udaje się uchronić cieląt przeciw naturalnemu zakażeniu gruźlicą bydlęcą. *Z.*

Ikonnikoff. **Przechodzenie drobnoustrojów przez ścianę jelit w doświadczalnem zadzierżgnięciu.** (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* 1909). Na podstawie swych doświadczeń, wykonanych w pracowni Miecznikowa, dochodzi autor do wniosków następujących: 1) Przechodzenie mikrobów przez ścianę zadzierżgniętego jelita wiąże się ściśle z objawami martwicy i złuszczania się nabłonka, niekiedy jednak tak nieznacznemi, że wykrywa je tylko mikroskop. 2) Chwila pojawienia się mikrobów w ścianie jelita zależy od stopnia zadzierzgnięcia i od wywołanych przez zadzierżgnięcie zaburzeń odżywiania i zmian martwiczych. 3) Brak mikrobów w preparatach i hodowlach z wysięku otrzewnego nie zawsze jest dowodem, że mikroby nie przeszły przez ścianę jelit. 4) Beztlenowce, trawiące substancye białkowate (jak *bac. perfringens* i *paraputrificus*), przechodzą łatwiej przez ścianę zadzierzgniętego jelita, niż prątek okrężnicy i ziarenkowce, które przechodzą dopiero wtedy, gdy martwica ściany jelita jest już bardzo znaczna. 5) Jeżeli nabłonek jest niezmieniony, mikroby dostają się w głąb błony śluzowej, przenoszone przez leukocyty. *Z.*

Gruber. **O dziedziczności, doborze i higienie.** (*Międzynar. Zjazd w Peszcie* 1909). Zwolennicy teoryi Darwina występują przeciwko postępom higieny, twierdząc, że starając się o zachowanie słabych jednostek ludzkich, wiedzie ona do coraz to większego zwyrodnienia rodu ludzkiego. Jeżeli się zastanowimy, czy rasa ludzka ulega zwyrodnieniu, to pod wielu względami przyznać należy, że tak jest rzeczywiście. Porównanie z ludami dzikimi wykazuje, że jesteśmy o wiele od nich słabsi tak co do ostrości zmysłów, siły i wytrzymałości wogóle, a mięśniowej w szczególności, jak i co do odporności przeciw różnicom klimatu. Nie ulega wątpliwości, że próchnienie zębów, wady refrakcyi, zwłaszcza krótkowzroczność, zwiększają się obecnie stale. Podobnie zwiększa się stale z roku na rok liczba umysłowo chorych. Natomiast śmiertelność ulega ciągle zmniejszeniu. Obwinianie jednak higieny o popieranie zwyrodnienia rodu ludzkiego przez zachowywanie słabych jednostek jest niesłuszne. Przedewszystkiem higiena walczy przeciwko chorobom zakaźnym, a te dotykają równo silnych, jak słabych; one to zaś osłabiają ród ludzki. Higiena walczy ze zwyrodnieniem rodu ludzkiego, zajmując się poprawą odżywiania, mieszkań, i zwalczając alkoholizm, szkodliwe wpływy zawodowe i t. p. Porównywać walkę o byt i dobór zwierząt natury, z ludźmi podług teoryi Darwina nie można, są to bowiem rzeczy zupełnie różne. — Jednym wreszcie z objawów zwyrodnienia rasy ludzkiej, zwłaszcza białej, jest coraz to mniejsza płodność. Fakt ten jest bardzo poważny, bo grozi on z czasem wyparciem rasy białej przez żółtą, która rozporządza silną energią rozrodczą. *A.*

Prof. Jacques Loeb. **Sztuczne dzieworództwo i przyczyny zapłodnienia.** (*Międzyn. Zjazd w Peszcie,* 1909). Dla czego jajo ulega zapłodnieniu, a raczej co za zmiany wywołuje plemnik, zapładniając jajo, nie wiemy i określamy to nazwą nic nietłómaczącą, »podrażnienie«. Nie tłomaczą sprawy teorye połączenia jąder, centrosomów i t. p. Sprawę tę jedynie rozjaśnić może badanie doświadczalne, t. j. dążenie do wywoływania sztucznego zapłodnienia. Już przed 14 laty wypowiedział Loeb zdanie, że zapłodnienie nie jest niczem innem, jak tylko sprawą chemiczną, polegającą na oksydacyi. Meadowi udało się wywołać sztucznie dzielenie się jaja u »chaetopterus«, gdy umieścił je w wodzie morskiej z dodatkiem potasu. Widać z tego, że plemnik dostarcza jaju pewnych chemicznych substancyi. Przez różne procedury udało się L. otrzymać z niezapłodnionych jaj »chaetopterus« pływające larwy. Wiadomo, że jaja wielu zwierząt morskich prawie zaraz po wniknięciu plemnika otaczają się błoną. Taką samą błonę udało się L. wywołać przez zadziałanie kwasów tłuszczowych przez 20—25 minut. Tworzenie się tej błony pobudzało zarazem jajo do dalszego rozwoju. W dalszych swych badaniach przekonał się L., że tworzenie się tej błonki polega na cytolizie. Wywołują ją bowiem także glukozydy, saponiny, digitalina, solanina, posiadające wybitne własności cytolityczne. Podobnie działa też krew obca. Wynikałoby z tego, że i plemnik działa na jajo z jednej strony cytolitycznie, wywołując błonkę zapomocą pewnej lizyny, a z drugiej oddaje jaju pewne substancye, hamujące zanadto silne cytolityczne działanie. Sprawa ta tłómaczy nam po części rozwój nowotworów. Komórki nowotworowe pobudzane zostają do wzrostu przez podobne lizyny ustroju chorego, lub też może drobnoustrojów nowotworu. Zaczynamy też rozumieć, dlaczego pewne soki ciała, n. p. wydzielina gruczołu tarczowego, może pobudzić nawet już dojrzałe części ustroju do wzrostu. Według L. płeć w jaju już jest z góry oznaczona, czyli istnieją dwa rodzaje jajek, męzkie i żeńskie, plemnik zaś ma tu działanie tylko bierne. *A.*

Chirurgia.

Kielleuthner. **O rzadkich ciałach obcych w pęcherzu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 31). K. opisuje 2 dość rzadkie ciała obce w pęcherzu. W pierwszym przypadku chory, cierpiący od dłuższego czasu na zwężenie cewki i zapalenie stercu, celem usunięcia potrzeby częstego oddawania moczu w nocy wpadł na pomysł wprowadzenia sobie do pęcherza węża gumowego. Wąż ten długi był na 1 metr; drugi koniec jego wprowadził chory do nocnika pod łóżkiem. Przez kilka nocy urządzenie to działało dobrze, aż pewnego ranka chory ze zdumieniem po obudzeniu się spostrzegł, że cały metr węża zniknął w pęcherzu. Chory udał się do K., który zapomocą cystoskopu, a następnie litotryptora wyjął węża, przyczem kawałek w cewce się urwał, albowiem przy wyciąganiu zrobił się z pętli węża w pęcherzu węzeł. Kawałek ten usunął K. we wzierniku cewkowym haczykiem. Przypadek ten jest bardzo ciekawy, bo zwraca tu uwagę samoistne wejście tak długiego węża do pęcherza. Tłómaczyć to sobie należy w ten sposób: podrażniony członek ulegał często naprężeniu, przyczem wąż przy pomocy zwieracza wsuwał się głębiej do środka. Tworzenie się węzłów z miękkich cewników w pęcherzu spostrzegano już nieraz, opisał je n. p. Jaboulay. Długi koniec gumy tworzy w pęcherzu kilka pętli, a przy wyciąganiu cewnika wytwarza się dopiero węzeł. — W drugim przypadku, spostrzeganym w praktyce przez Dra Kreckego, pewien 56-letni złotnik z powodu zatrzymania moczu wprowadzał sobie do pęcherza długi kawałek złotego druta, aż wreszcie raz wsunął się drut do pęcherza. Dopiero po 26 latach (!) z powodu cierpień zgłosił się chory do lekarza, który cystoskopem stwierdził obecność druta pogiętego w kłębek, a na końcu jego kamień wielkości gołębiego jaja i obok tego dwa mniejsze wolne kamienie (które zdaje się wytworzyły się przedtem na końcu druta i odpadły). Usunięcie kamienia i druta z cięcia nadłonowego. Drut zupełnie nie był zepsuty, ani inkrustowany, a złogi tworzyły się tylko na jednym końcu druta, gdzie powierzchnia była chropowata. *K.*

Karo. **Środki swoiste w rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy narządu moczowo-płciowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 37). Odczyn oczny nie może przy gruźlicy narządów moczowo-płciowych oddać wielkich rozpoznawczych usług, albowiem dodatni wynik dowodzi tylko, że gruźlica wogóle w ustroju istnieje. W razie podejrzanego cierpienia nerek, a braku innych wyraźnych ognisk gruźliczych w ustroju, może odczyn oczny nawet naprowadzić nas na mylne rozpoznanie, jak o tem K. przekonał się w jednym przypadku, gdzie dopiero operacya wykazała, że nie chodzi tu o gruźlicę, lecz o kamienie. Natomiast nieraz wypada odczyn oczny ujemnie mimo operacyjnie stwierdzonej gruźlicy nerek. O wiele cenniejsze już usługi w rozpoznaniu oddają podskórne wstrzykiwania tuberkuliny, a to dlatego, że bardzo często wywołują wyraźny odczyn miejscowy. Tak n. p. w jednym przypadku u młodej dziewczyny, cierpiącej na przypadłości moczowe i bole w prawym boku, wykazano cystoskopem obrzmienie ujścia prawego moczowodu. Obie nerki działały równie dobrze, tylko w moczu prawej nerki wykazano prątki. Po wstrzyknięciu tuberkuliny wystąpił wybitny odczyn, t. j. ropomocz i prątki także w nerce lewej.

Co do leczenia gruźlicy nerek, to wielu jest zdania, że

wykazanie prątków w moczu z nerki jest zarazem wskazaniem do operacyi, a nawet do wyjęcia nerki w razie jednostronnego cierpienia. Nawet autor na międzynarodowym Zjeździe w Washingtonie wypowiedział zeszłego roku to zdanie, obecnie jednak nieco je zmienił, gdyż w ostatnich czasach miał sposobność przekonać się w 3 przypadkach, że przez leczenie tuberkuliną osiągnąć można nieraz dobre wyniki. Operacyę uważa K. za wskazaną w razie bezwzględnej potrzeby, t. j. ciągłych gorączek, nieznośnych bolów, braku poprawy przy leczeniu i t. p. Leczenie tuberkuliną powinno się przeprowadzać i po operacyi celem prędszego gojenia rany i leczenia pęcherza. Nadaje się też ono do zachowawczego leczenia jąder. K. używa jedynie starej tuberkuliny Kocha, począwszy od 0,0025 stopniowo do 10 mgr. *K.*

Herhold. **Zacieranie się obrazu ropni podprzeponowych przez następcze surowicze wysięki w jamie brzusznej i opłucnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 44). Wczesne rozpoznanie ropni podprzeponowych jest często bardzo trudne. Chorzy skarżą się na bole w krzyżach i pod żebrami, suchy kaszel, a przebieg gorączki wskazuje na ropienie. I tak już trudne rozpoznanie zacierają nieraz jeszcze następcze surowicze wysięki w jamie brzusznej i opłucnej, które Francuzi nazywają: »pleuresie par lesions voisinage«. H. opisuje przypadek, w którym wysięki łudząco naśladowały inne cierpienie; nakłucia i nacięcie jamy brzusznej, a potem opłucnej, wykazały tylko płyn surowiczy; dopiero w końcu udało się wykazać właściwą przyczynę choroby, t. j. ropień podprzeponowy. *A.*

Alfred Rothschild (Berlin). 1) **Zapalna histo- i patogeneza przerostu gruczołu krokowego; odpowiedź na zarzuty przeciw zapalnemu pochodzeniu tej sprawy.** (Wykład na II. Zjeździe niem. Tow. urolog. w Berlinie 20. IV. 1909. *Folia urologica* T. IV. 1909). 2) **Etyologia przerostu gruczołu krokowego.** (Wykład w Berl. Tow. lek. 19. V. 1909. *Berl. klin. Wochenschr.* 1909, Nr 27). Opierając się na pracach Ciechanowskiego i swoich dawniejszych i ostatnich badaniach, zestawia autor w obu swych publikacyach główne dane, dotyczące zapalnego pochodzenia przerostu gruczołu krokowego, objaśniając rzecz szeregiem (19) mikrofotografii z preparatów własnych i z przesłanych mu preparatów Ciechanowskiego; zarazem odpiera zarzuty, podnoszone przeciw teoryi zapalnego pochodzenia przerostu sterczu, dochodząc do wniosków następujących:

I. W t. zw. przerosłych gruczołach krokowych (przy braku następowych zakażeń dróg moczowych) stwierdza się drobnowidowo zmiany zapalne: w gruczołach sprawę nieżytową, złuszczanie się obfite nabłonków, rzadziej ropę w świetle gruczołów; w podścielisku okołogruczołowe nacieki drobnokomórkowe lub ogniska bliznowate, lub jedne i drugie. Równocześnie stwierdza się rozszerzenie światła gruczołów, dochodzące niekiedy do torbielkowatego rozdęcia. Wzajemny stosunek tych zmian, zbadany dokładnie przez Ciechanowskiego i autora, oraz Greenego, Crandona i innych na dostatecznie cienkich skrawkach we wczesnych okresach sprawy, dowodzi niewątpliwie, że t. zw. przerost sterczu jest najczęściej skutkiem rozdęcia przestrzeni gruczołowych, które znów jest następstwem zastoju treści, wzmożonego przez sprawę nieżytową, a wywołanego zwężeniem lub zaciśnięciem przewodów gruczołowych, zwłaszcza przewodów głównych, przez ogniska zapalne okołoprzewodowe. Ilość tkanki gruczołowej w sterczu ulega już w warunkach prawidłowych znacznym indywidualnym wahaniom; im więcej zaś tkanki gruczołowej już normalnie w sterczu się znajdowało, tem wybitniejsze skutki wywrze rozszerzenie gruczołów na zmianę postaci i wielkości całego sterczu. Prawdziwie nowotworowego rozrostu, czy to tkanki gruczołowej, czy też podścieliska, w ogromnej większości przypadków t. zw. przerostu sterczu nie ma — co najwyżej możnaby tylko niekiedy przypuścić przerost zastępczy pewnych części sterczu przy ustaniu prawidłowej czynności innych części pod wpływem owych zmian pochodzenia zapalnego.

II. Zarzuty przeciwników tego poglądu nie są zdolne go osłabić, tak, jak nie mogą obalić faktów, będących podstawą tego poglądu. Zarzuty te bowiem są albo 1) zarzutami, wychodzącymi z czysto klinicznego punktu widzenia, niepopartymi żadnemi własnemi badaniami mikroskopowemi autorów (Brunner, Rovsing, Goldberg), a będącymi tylko echem różnych, nieraz dawno zarzuconych pojęć o t. zw. przeroście i o przewlekłych zapaleniach sterczu; albo 2) są to czysto teoretyczne dedukcye i rozumowania na temat, jakie skutki wywołują zapalenia w narządach gruczołowych wogóle (Rovsing, Casper), rozumowania, w zasadzie trafne, ale nie uwzględniające odrębności budowy anatomicznej sterczu, ani też kardynalnej cechy stwierdzanych jako tło t. zw. przerostu jego spraw zapalnych, t. j. szczególnej siedziby ognisk w podścielisku i ich mechanicznego działania; albo 3) są to zarzuty przeciw doborowi materyału do badań (Frisch, Goldberg), wprost niezgodne z faktami i upadające same przez się; albo 4) chodzi wprawdzie o własne badania mikroskopowe (Albarran, Motz, Raskai), ale dokonane na materyale niewłaściwym (bardzo późne okresy sprawy, zamącone następowemi powikłaniami zapalnemi), lub też nie wolne od błędów technicznych (preparaty zbyt grube, badanie małych kawałeczków), lub wreszcie fałszywie tłomaczone (branie niezmienionych odcinków, które, rzecz prosta, zdarzają się często w »przerosłych« sterczach, za odcinki przerosłe i t. p.); albo wreszcie 5) zdarza się, że w ocenianiu obrazów drobnowidowych nie uwzględniono indywidualnych odmian w budowie sterczu (Raskai), na które wskazał Rothschild.

III. Stany kliniczne i makroskopowe obrazy anatomiczne, obejmowane wspólną nazwą przerostu sterczu, polegają: 1) najczęściej na »przewlekle zapalnem powiększeniu zastojowem« (chronisch - entzündliche Retentionsvergrösserung), 2) bardzo rzadko na rzeczywistem nowotworzeniu (jeszcze stosunkowo częściej raki, rzadko mięśniaki lub gruczolaki), 3) na niemniej rzadkim współczesnym rozwoju obu tych spraw.

IV. Tylko zapalnem pochodzeniem znacznej większości przypadków przerostu sterczu można dostatecznie i konsekwentnie wyjaśnić wszystkie z tą sprawą związane zagadnienia; żaden inny pogląd nie tłómaczy ich w sposób równie prosty i nie wystarcza do rozwiązania wszystkich wątpliwości; także historya nowszych usiłowań leczniczych przerostu sterczu zgadza się najzupełniej z teoryą zapalnego pochodzenia tej sprawy, tłómaczącą również jej nawroty nawet po prostatektomii. Zarówno bowiem sposób Biera (podwiązywanie naczyń celem wywoływania zaniku powiększonego sterczu), jak operacye »płciowe« (trzebienie, wycinanie powrózka nasiennego), organoterapia i rentgenoterapia najzupełniej zawiodły, co da się wytłómaczyć tylko przez przyjęcie, że podstawą t. zw. przerostu sterczu jest mechaniczne działanie treści, zatrzymującej się w gruczołach. Jedynym też racyonalnym sposobem leczenia jest wycięcie sterczu. Jako postępowanie zapobiegawcze zalecaćby należało systematyczne parotygodniowe miesienie sterczu, stosowane przez szereg lat nawet po ustąpieniu klinicznych objawów przewlekłego zapalenia sterczu, jak je obecnie autor w swej urologicznej praktyce przeprowadza. (*Streszczenie własne*).

Sommerfeld. **Niezwykła obecność prątka ropy błękitnej w pęcherzu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 44). Do polikliniki Baginsky'ego zgłosiła się matka z 5-letnią dziewczynką, podając, że dziecko wprawdzie jest zupełnie zdrowe, ale w ostatnich czasach oddaje mocz zielony. Badanie kliniczne wykazało: stan nerek i pęcherza zupełnie prawidłowy, mocz istotnie zielonawy, a z niego daje się chloroformem wyciągnąć błękitny barwik. Hodowle agarowe wykazały w moczu prątka ropy błękitnej, bardzo jadowitego dla białych myszy. U chorej prątek ten jednak znajdował się zupełnie przygodnie, pasorzytniczo. *A.*

Położnictwo i ginekologia.

Martin. **Pęcherz moczowy podczas porodu.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. II.). Dotychczas skąpe tylko mamy wiadomości co do położenia pęcherza moczowego w czasie porodu, mimo że dokładne jego oznaczenie tak ważne może oddać usługi przy cięciach łonowych, przy- i nadłonowych. Omówiwszy topografię pęcherza prawidłowego próżnego u kobiety nieciężarnej, przechodzi autor do swych badań, przy których uwzględniał tylko te przypadki, gdzie nie zachodził żaden widoczny niestosunek między miednicą, a główką płodu. Badania te wykazały, że w czasie porodu w miarę obniżenia się główki płodu, pęcherz moczowy rodzącej zostaje przesunięty z linii środkowej zwykle na stronę prawą (na 22 przypadków 21 razy); przesunięcie to zupełnie nic zależy od położenia płodu, a pozostaje raczej w związku ze skręceniem macicy około jej osi podłużnej przednią jej powierzchnią od strony lewej ku prawej. Stopień przesunięcia nie jest dla każdego okresu porodowego ten sam i zależy od wielkości przodującej części płodu, ilości wód płodowych i grubości tkanki, otaczającej pęcherz moczowy. Szczególnie ważne byłoby oznaczenie położenia pęcherza w czasie porodu przy miednicach ściśnionych. Odpowiedź na to pytanie dają do pewnego stopnia spostrzeżenia przy cięciach szyjkowych pozaotrzewnych, przy których pęcherz znajdowano ró-

wnież przeważnie po stronie prawej. Za tem przemawiają także przetoki pęcherzowo-pochwowe, pozostające właśnie zwykle po porodach przy miednicach ścieśnionych, a prawie zawsze spotykane po stronie lewej. Skoro bowiem ucisk główki na chrząstkę spojenia łonowego trafił na lewą ścianę pęcherza, to cała jego reszta musiała chyba leżeć po stronie prawej. Spostrzeżenia te pozwalają na wniosek praktyczny, aby przepiłowania miednicy dokonywać zawsze po stronie lewej. *E. Ehrenpreis.*

W. Wegelius. **Badania bakteryologiczne wydzielin z narządów rodnych kobiet podczas porodu i połogu, ze szczególnem uwzględnieniem pytania o połogowem samozakażeniu.** (*Arch. f. Gyn.* t. 88, z. II.). Omówiwszy w krótkości piśmiennictwo tego przedmiotu, przedstawia autor plan swych własnych, bardzo żmudnych badań, użyty materyał, jakoteż technikę postępowania bakteryologicznego; następnie opisuje szczegółowo rodzaje mikrobów, znalezionych w narządzie rodnym, ich zachowanie się na różnych pożywkach, w różnych odczynach i ciepłotach, jakoteż ich chorobotwórczość. Razem znalazł 35 różnych rodzajów bakteryi. Przechodząc do części kazuistycznej, podaje W. dokładne historye porodu i połogu 10 przypadków i wyniki badań drobnowidowych z wydzielin, otrzymanych w każdym przypadku przed porodem z części rodnych zewnętrznych, przedsionka i pochwy, jakoteż w 4. i 9. dniu połogu z odchodów pochwowych i macicznych. Badania te wykazały, że przed i podczas porodu zachodzi w przeważającej liczbie przypadków bardzo znaczna różnica między florą bakteryjną w wydzielinie przedsionka i pochwy; flora przedsionkowa jest o wiele bogatsza przed porodem i zawiera różne bakterye, których w wydzielinie pochwy znaleść nie można. Po porodzie stosunki się zmieniają, prawdopodobnie przez zobojętnienie oddziaływania kwaśnego wydzieliny pochwowej pod wpływem odchodów połogowych; miejsce dotychczasowej skąpej flory pochwowej, zajmuje flora bardzo bujna, składająca się przeważnie z bakteryi, znajdowanych w czasie porodu w przedsionku. W 4. dniu połogu natrafia się w macicy skąpe tylko bakterye, i znowu tylko te rodzaje, które w czasie porodu znajdowały się w przedsionku. W 9. dniu połogu znajduje się zwykle w macicy ilościowo więcej bakteryi, aniżeli w 4. dniu. Spostrzeżenia te wcale niedwuznacznie odpowiadają na pytanie co do samozakażenia połogowego; bakterye, znajdowane w czasie porodu w przedsionku, w połogu przechodzą aż do macicy, wywołując wcale charakterystyczne objawy kliniczne, jak podniesienie ciepłoty ciała, bolesność macicy przy ucisku, cuchnące odchody i t. p., przyczem autor zwraca uwagę, że we wszystkich badanych przypadkach poród odbył się samorodnie i unikano wszelkiego dotknięcia się części rodnych przy porodzie (badanie, cewnikowanie i i.). Z drugiej strony dowiódł jeden przypadek, że czasem drobnoustroje wybitnie żywotne (*b. phlegmones emphysemat.*), które wśród pewnych warunków potrafią wywołać bardzo poważne zaburzenia połogu, a nawet zejście śmiertelne, mogą przejść do macicy połogowej, nie wywołując żadnych objawów klinicznych. Co się tyczy możliwości samozakażenia paciorkowcami, które głównie wywołują ciężkie zakażenia połogowe, nie znalazł ich autor w żadnym ze swoich przypadków, powołuje się jednak na badania Natwiga z tej samej kliniki, z których wynika, że paciorkowce mogą same przejść z przedsionka do macicy i wywołać zakażenie. Badania powyższe pozwalają wysnuć jeszcze ten wniosek praktyczny, aby przed i podczas porodu zwrócić szczególną uwagę na czystość części rodnych zewnętrznych, a pod tym względem należy częstym zmywaniom płynami odkażającymi (słaby rozczyn lizolu) dać pierwszeństwo przed jednorazowem oczyszczeniem, które ze względu na wrażliwość i możliwość uszkodzenia nie da się energicznie przeprowadzić. *E. Ehrenpreis.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXXV. posiedzenie naukowe z d. 10 grudnia 1909.

I. Kol. Prof. Rydygier zwraca się do komisyi przemysłowo-lekarskiej z prośbą o wybór delegata na posiedzenie Tow. akcyi bojkotowej towarów pruskich.

II. Kol. Mazurkiewicz uprasza o zawiązanie komitetu pomocniczego przy komitecie głównym mającej się odbyć we Lwowie wystawy etnograficznej.

III. Kol. Wallach przedstawia chorego 24-letniego, u którego przed 2 laty wystąpiły objawy, głównie na palcach rąk i stóp, wskazujące na **chorobę Raynauda.**

W dyskusyi podnosi kol. Stauber podobieństwo zmian palców u tegu chorego do zmian występujących przy odmrożeniu. Kol. Prof. Biernacki zwraca uwagę na częste znajdowanie zwężenia lewego ujścia żylnego przy chorobie Raynauda i zapytuje się, czy w danym przypadku niema wady serca. Kol. Prof. Halban omawia zmiany, występujące przy innych chorobach, podobne do spotykanych przy chorobie Raynauda.

IV. Kol. Ślęk (Przemyśl) omawia: *a)* przypadek **kamicy żółciowej**, przebiegającej wśród objawów niedrożności jelit (z powodu zrostów), a w którym wykonał **cholecystostomię** z bardzo dobrym wynikiem; *b)* przypadek **kamicy żółciowej** z rozległymi zrostami pęcherzyka z wyrostkiem robaczkowym, znajdującym się w stanie silnego przekrwienia; prelegent wykonał wycięcie pęcherzyka i wyrostka rob.; chora ma się dobrze; *c)* przedstawia preparaty makro- i mikroskopowe **brodawczaka języczka**; *d)* przedstawia wycięty **wyrostek robaczkowy** z bardzo znaczną puchliną; *e)* wyrostek robaczkowy obnażony z otrzewnej, który wraz z otaczającym go ropniem leżał bezpośrednio na tętnicy biodrowej; *f)* wyrostek rob. z przedziurawieniem, wycięty w drugim dniu choroby.

Dyskusya: Kol. Prof. Rydygier podnosi ładne wyniki operacyjne kol. Ślęka i przyznaje pierwszeństwo wycięciu pęcherzyka żółciowego przed cholecystostomią. Co do zapalenia wyrostka rob., omawia jeden z ostatnich operowanych przez siebie przypadków, podnosząc korzyści natychmiastowego zabiegu. Kol. Prof. Ziembicki zapytuje o technikę operacyi i omawia przypadek ogromnego powiększenia pęcherzyka na tle zatkania przewodu kamieniem. Kol. Prof. Rencki podnosi wartość rozpoznawczą nagłego obniżenia tętna dla określenia chwili przebicia wyrostka, na co zwraca uwagę Prof. Gluziński. Kol. Prof. Gluziński mówi o swych dawniejszych doświadczeniach nad wpływem gazów w jamie otrzewnej na zachowanie się tętna i dodaje kilka uwag co do wczesnego wskazania do operacyi zapaleń wyrostka robaczkowego. Kol. Nowicki podnosi rzadkość brodawczaków języczka; w danym przypadku nowotwór jest łagodny. Co do przypadku puchliny wyrostka robaczkowego, to zmianę tę spotyka się równie rzadko na sekcyi, jak i w czasie operacyi; dalej omawia N. wpływ urazu na pękanie wyrostka, dotkniętego puchliną, przyczem przedstawia przez siebie spostrzegany przypadek urazowego pęknięcia tak zmienionego wyrostka. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 27. października 1909 r.

Przewodniczący kol. Ks. Jasiński. Sekretarz E. Sonnenberg.

I. Kol. Kaufman mówił **o wielokrotnem pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu.** W podręcznikach z XVIII. i pierwszej połowy XIX. wieku, w dziełach Boëra, Ossiandera, Baudelocque'a i innych znajdujemy stale opisy pęknięć sklepienia. Zeszły one jednakże na plan drugi z chwilą pojawienia się dzieła Bandla o pęknięciu macicy (1875). Pod tę rubrykę poczęto również podciągać pęknięcia sklepienia. Dopiero wskutek prac Hugenbergera, Szczotkina, H. W. Freunda, prelegenta i innych zwrócono znowu należytą uwagę na pęknięcia sklepienia (*kolpaporrhexis*). Obecnie powikłanie to ma swoją odrębną, wyraźnie zarysowaną postać anatomiczną i kliniczną. K. podaje w krótkości etyologię, mechanizm, objawy i leczenie tego cierpienia. Chodzi tutaj nietylko o sprawę czysto teoretyczną, o spór pomiędzy zwolennikami poglądów Bandla, Veita, czy Freunda, lecz i o skutki praktyczne, ponieważ rokowanie i leczenie przy pęknięciu sklepienia jest inne, niż przy rozdarciu macicy. W obrazie pęknięcia sklepień niektóre szczegóły wymagają jeszcze dokładniejszych badań lub uzupełnienia. Do nich należy sprawa następnych porodów u osób, które przebyły pęknięcie sklepienia. Na zasadzie danych statystycznych, zebranych przez Szczotkina i K., urobił się pogląd, iż porody następne nie przedstawiają niebezpieczeństwa dla rodzącej. Piśmiennictwo lat ostatnich obok mnóstwa opisów pęknięcia macicy po cięciu cesarskiem lub po rozdarciu przy poprzednich porodach, dostarczyło również kilka spostrzeżeń powtarzania się pęknięcia sklepień u tej samej osoby. K. przytacza 3 takie spostrzeżenia: 1) Kolomcukina (dwukrotne pęknięcie sklepienia), 2) Baumbacha (3-krotne pęknięcie), 3) J. Sachsa (również 3-krotne pęknięcie).

Na zasadzie tych danych K. sądzi, iż u osób, które przebyły pęknięcia sklepienia, przy następnej ciąży należy wywołać przedwczesny poród, lub dokonać cięcia cesarskiego na początku porodu.

II. Kol. Pański: **O nerwicach urazowych w świetle poglądów nowoczesnych i warunków miejscowych.** Dążenie do ujęcia objawów, spostrzeganych u chorych po urazach, w oddzielny obraz kliniczny, któremu dano nazwę nerwicy urazowej, natrafiło na gorącą opozycyę. Nerwicę urazową ze względu na jej powstanie, przebieg i środki zaradcze uważać należy za odrębny od innych nerwic typ chorób czynnościowych. Zmiany psychiczne, wywołane wstrząsem nerwowym, nadają »pourazowym« chorym pewne cechy wspólne, im tylko właściwe. Wskutek niedostatecznej znajomości nerwicy urazowej istotnie cho rych podejrzywano o udawanie. Idee pożądliwości u pourazowych chorych widujemy u nas o wiele rzadziej, niż idee podejrzliwości u znawców. Prawo odszkodowania nie przyczynia się do szerzenia się nerwicy urazowej. Sprawiedliwe i racyonalne rozwiązanie sprawy odszkodowania ułatwia pourazowym chorym powrót do zdrowia, którego jednakże w zupełności nie odzyskują. Badanie poszkodowanych zarówno na zlecenie strony, odpowiedzialnej za wypadek, jakoteż na zlecenie sądu, uskuteczniać powinien lekarz, gruntownie obeznany z istotą nerwicy urazowej i nie będący w żadnej zależności od pracodawcy. Odszkodowanie powinno być wypłacone jednorazowo i szybko po wypadku. Szybkie i dla obydwu stron sprawiedliwe porozumienie się w sprawie odszkodowania osiągnąć można tylko drogą polubowną. Załatwienie sprawy odszkodowania przez prywatne Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków może być tolerowane pod tym tylko warunkiem, iż przy określaniu stopnia poszkodowania jednym z biegłych będzie lekarz, wybrany przez poszkodowanego.

III. Kol. Perlis przedstawił: 1) **Wyrostek robaczkowy** usunięty u 28-letniego mężczyzny 3. dnia choroby (58 godzin). W przeciągu ostatniego roku obecny napad ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego był czwartym z rzędu i najsilniejszym. Stan ogólny ciężki, ciągłe wymioty, częste rozwolnienia. W jamie brzusznej około dwu szklanek gęstej cuchnącej ropy. Wierzchołek wyrostka zlepiony dość luźno z pętlą jelita cienkiego, w środkowej części przedziurawiony. Kątnica unieruchomiona w głębi dołu biodrowego przez liczne zrosty, wskutek czego wyprowadzenie jej z jamy brzusznej było niemożliwe i wyrostek odjęto »in situ«. Na pętlach jelit gruba warstwa nalotu włóknikowego. — Przebieg pooperacyjny zupełnie zadowalniający; czwartego dnia chory opuszcza łóżko. 2) **Gruźliczo zmienioną prawą śliniankę podszczękową,** usuniętą u 20-letniego mężczyzny. Chory od pół roku. Z prawej strony pod językiem wystąpiło obrzmienie, które zostało nacięte. Od tej pory ciągła wydzielina rzadkiej ropy. Obecnie ślinianka powiększona, twarda, bolesna, ze skórą nie zrośnięta. Z przewodu ślinianki, t. j. z otworu po poprzedniem nacięciu, usunięto dwa dość spore kamyki ślinowe. Przy naciskaniu od zewnątrz na śliniankę z przewodu wypływa sporo ropy. Śliniankę wyłuszczono. Na przekroju znajduje się bardzo dużo drobnych ognisk, wypełnionych charakterystycznemi masami serowatemi. Gruźlica ślinianek jest sprawą miejscową, bardzo rzadko napotykaną; zdarza się częściej w śliniance przyusznej, bardzo rzadko w podszczękowej, ani razu nie napotykano jej w śliniance podjęzykowej. Wyłuszczenie ślinianki wiedzie do zupełnego wyleczenia. (Streszczenie własne).

IV. Kol. Goldman przedstawił: 1) Preparat **jelita grubego,** długości 21 ctm, **wycięty z powodu oderwania od krezki** i rany ciętej, zadanej scyzorykiem w celu samobójczym przez chorą umysłowo 46-letnią Bajlę Sz., przywiezioną do szpitala im. Poznańskich 5 dni temu z jelitami na zewnątrz jamy brzusznej, zawiniętemi w ręcznik i serwetki Pogotowia ratunkowego. Jelita pozostawały zewnątrz jamy brzusznej około 4 godzin. Ścian brzusznych nie odkażano, jelita obficie przemyto roztworem fizyologicznym; pozostałe części jelita grubego złączono szwem okolnym, zabezpieczywszy miejsce szwu siecią (Netzplastik). Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny; na 3. dzień po operacyi odeszły wiatry; 4. dnia było wypróżnienie. Stan umysłowy chorej pogarsza się. 2) Preparat **wyrostka robaczkowego,** wyciętego u 15-letniej chorej w 6 godzin po zachorowaniu. Wstrząsające kilkakrotne dreszcze, wysoka ciepłota (39·6), jednorazowe wymioty, tętno 100, wyraźne nacieczenie w okolicy klasycznej kazały przypuszczać, że mamy do czynienia z ropieniem dróg limfatycznych wyrostka, ew. naruszeniem sieci. Operacya potwierdziła przypuszczenia: ślimakowato zgięty wyrostek był zatopiony w sieci, usianej drobnymi ropniami. Chora jakoby nigdy przedtem nie chorowała, tylko przez tydzień, poprzedzający to zachorowanie, czuła się niedobrze, pracowała jednak i chodziła. — 3) Preparat **raka odbytnicy,** usunięty metodą Kochera u 35-letniego Chaima G., którego dolegliwości trwały tylko od kilku tygodni. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. (Streszczenie własne).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza, że po przesiedleniu się Dra Kłuszyńskiego z Piotrowic na Śląsku austr. do Bogumina wniosła kasa chorych fabryki sody w Piotrowicach prośbę do Związku o zniesienie bojkotu tej kasy. Związek prośbę tę uwzględnia pod warunkiem, że umowa o posadę zostanie zatwierdzona przez Izbę lekarską i organizacyę śląską. Prezes Związku: *Dr Gruss.*

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: Dr Anschel Ader i Dr Stanisław Ozimek z Tarnowa.

Ankietę w sprawie wychowania fizycznego zwołuje austr. ministerstwo spraw wewn. w styczniu 1910.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 12. XII. do 18. XII. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 3, Olesza 7), Dobromil (Łohatyn 5), Horodenka (Niezwiska 3), Jaworów (Jaworów 3), Kałusz (Dołżka 1, Medynia 2), Stryj (Dzieduszyce wielkie 3, Truchanów 4). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 12. XII. do 18. XII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 2 (w tem obcych 4 † 1), płonicy 21 † 4 (3 † 2), odry 87 † 3 (2 † —), duru brzusznego 13 (3), gorączki połogowej 2 † 2. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 28. XI. do 4. XII. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 17 † 8, odry 8, płonicy 16, błonicy 8, róży 16, duru brzusznego 16 † 3, duru plamistego 7, grypy 9. (*Gaz. lek.* Nr 51).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Zdrojowiska galicyjskie uzyskają prawie wszystkie dojazd koleją, konieczny dla ich normalnego rozwoju. Oprócz bowiem budowy kolei z Muszyny do Krynicy, która ma być ukończona w d. 15. maja 1911, są w toku przygotowania do budowy kolei Drohobycz-Truskawiec, Przemyśl-Brzozów-Rymanów i Nowy Sącz-Szczawnica-Nowy Targ.

— W Krakowie otwarto miejski dom izolacyjny o 5 salach, a z Nowym Rokiem oddany będzie na nowo do użytku po gruntownem przerobieniu miejski zakład odkażania, którym odtąd będzie zawiadywać miejski urząd zdrowia (a nie jak dotąd, zakład czyszczenia miasta).

— Dr Władysław Mydlarski mianowany został honorowym obywatelem m. Pilzna.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Mieczysław Sabuda, rodem z Limanowej.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galic. odbył w d. 22. XI. 1909 posiedzenie, na którem Dr Papée zdał sprawę z ankiety w sprawie ubezpieczenia społecznego, odbytej w Wiedniu 17. XI. 1909. Uchwalono stosownie do prośby powiatowej kasy chorych w Turce nad Stryjem, wydać opinię o regulaminie tej kasy, dotyczącym stanowiska i wynagrodzenie lekarzy i w tym celu prosić kasę o nadesłanie projektu regulaminu. Od-

dano referat o wniosku sekcyi sanockiej Tow. lek. gal. w sprawie szkół i kursów dla położnych Dr Kwiatkiewiczowi. Zaopiniowano 7 podań o koncesye na aptski, uchwalono ogłosić ostrzeżenie co do posady lekarza miejskiego w Starym Samborze, załatwiono kilka spraw drobniejszych i rozpatrywano 2 sprawy honorowe.

— Towarzystwo lekarskie lwowskie powołało na nowo do życia komisyę przemysłowo-lekarską w d. 10. b. m. Komisya wybrała swym przewodniczącym Dra Krzyżanowskiego, jego zastępcą Prof. Renckiego, sekretarzem Dra Sabatowskiego.

— Rada miejska w Przemyślu uchwaliła zbudować wodociągi kosztem 2,600.000 koron.

Z różnych stron. W »Spolku lekaru ceskych« obrani zostali przewodniczącymi 4 sekcyi tego Towarzystwa profesorowie: Mares, Hnatek, Kukula i Kabrhel.

— Wobec znanej agitacyi Towarzystw ochrony zwierząt przeciw wiwisekcyom uchwalił »Spolek lekaru ceskych« w dn. 13. b. m. rezolucyę protestującą i wyrażającą zdziwienie, że niektórzy lekarze czescy mogli się przyłączyć »do akcyi tak nierozumnej, nierozważnej i bezpodstawnej«.

— G. Crooker w Nowym Yorku przeznaczył około 5,000.000 koron na badania raka.

— Milioner Otto Beit zapisał uniwersytetowi londyńskiemu na badania lekarskie 215.000 funtów sterl. (5 milionów koron).

— Dyplom doktorski uzyskał w Wiedniu p. Salomon Heuman, rodem z Krakowa.

Mianowani: Profesorami: higienista Dr Kister w Hamburgu, ginekolog Doc. Kehrer w Heidelbergu;

asystentami-eksternami szpitali warszawskich: Dr Józef Jakowski, Lucyan Kozicki, M. Cymmerman i G. Krakowski.

Powołani: okulista Prof. Hertel z Jeny do Strassburga.

Zmarli: higienista Doc. Schierbeck w Kopenhadze, neurolog Doc. Ripamonti we Florencyi, patolog Dr Wells w Londynie (z posocznicy wskutek zakażenia przy sekcyi);

Dr Aleksander Grużewski, były asystent szpitala św. Rocha i św. Ducha i ordynator oddziału chir. szpitala dla dzieci w Warszawie, w 44 r. ż. na Podolu; Dr Czesław Bitner w Mosiewiczach na Litwie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1909:

Gazeta lekarska Nr 48. Pawiński: Prof. Ignacy Baranowski. Studziński (dok.). Puławski (c. d.). — Nr 49. L. Rydygier: O plastyce przełyku z opisem preparatu anatomicznego po operacyi Roux'a. Puławski (c. d.). — Nr 50. Barszczewski: Zastosowanie promieni Roentgena w klinice chorób wewnętrznych. Puławski (dok.). — Nr 51. Antoni Rydygier: Kilka słów o wydobywaniu ciał obcych z przełyku. Barszczewski (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 48. Orłowski: Ś. p. Edward Korniłowicz. Męczkowski: O nowotworach móżdżku i ich leczeniu. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1908. Heiman (c. d.). — Nr 49. Męczkowski (c. d.). Heiman (dok.). Ganz (dok.).— Nr 50. Męczkowski (c. d.). Higier: Odruchy skórne w udarze mózgowym. Rzętkowski: O leczeniu gruźlicy płuc. — Nr 51. Srebrny: Kilka słów w sprawie techniki wycięcia podśluzowego przegrody nosa. Męczkowski (dok.).

Tygodnik lek. Nr 48. Pański (dok.). Turzański (dok.).— Nr 49. Halban: W sprawie rokowania i leczenia porażenia postępowego. M. Selzer: Wyniki leczenia w uzdrowisku ludowem w Hołosku. — Nr 50. Helena Popielska: O wpływie bulionu na czynność wydzielniczą gruczołów żołądkowych. Halban (dok.).

Nowiny lekarskie Nr 12. Szczygłowski (dok.). R. Spira: O leczeniu ostrych zapaleń ucha metodą zastoinową. J. Bieliński (c. d.). J. Baschkopf (dok.).

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 8: Bukovsky: Lymphangioma cutis circumscriptum. Chybczyński (c. d.).

Postęp okulistyczny Nr 11. Bałaban: O stosowaniu do oka leczniczej metody ssąco-zastoinowej Biera i Klappa.

Kronika dentyst. Nr 12. Popielski (dok.).

Przegląd higien. Nr 11. Jubileusz Prof. Szpilmana. Inż. Fonferko: Łaźnie ludowe,

Zdrowie Nr 12. Palmirski i Karłowski: W sprawie walki z wścieklizną. Jaworski J.: Monsummano-Grotta Giusti i Montecatini, miejscowości lecznicze włoskie. Dobrzyński: O miastach przyszłości jeszcze słów kilka.

Gruźlica Nr 6. Dębiński: Parę słów o reformach, które należałoby wprowadzić w oddziałach szpitalnych, gdzie znajdują się chorzy gruźliczy. Sterling: Obecny stan walki z gruźlicą w Niemczech.

Głos lekarzy Nr 23. O mandat sejmowy. — Statut Towarzystwa walki z gruźlicą. — Projekt reformy miejskiej służby sanitarnej we Lwowie. — Nr 24. Mikołajski: Hołd twórcy Esperanta. — Projekt reformy miejskiej służby sanitarnej (dok.).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. Dr Bertold Steckler (Aerzt. Centralzeitung Nr 42 1909). Liczne przykre objawy uboczne środków balsamicznych pobudziły autora do wewnętrznego leczenia wiewióra arhoviną. Nie jest to lek balsamiczny, tylko przetwór, zawierający difenylaminę, będźwian thymylowy i etylowy; ulega on w ustroju łatwo wessaniu, a jego składniki wydzielane z moczem działają leczniczo. Arhovina nie obciąża żołądka i nie drażni nerek. Dodatnie jej własności polegają na podniesieniu kwaśności moczu, na kojeniu bolu wzdłuż całego przewodu moczowopłciowego i na powstrzymywaniu rozwoju bakteryi, zawartych w moczu.

Szereg dołączonych historyi chorób objaśnia te własności.

Średnio podawano 3 razy dziennie po 2 kapsułki, obok leczenia miejscowego.

Także w wiewiórze u kobiet stwierdzono korzystne działanie w postaci złagodzenia objawów podmiotowych.

Doświadczenia powyższe polecają arhovinę jako dobry wewnętrzny środek pomocniczy przy leczeniu wiewióra i powikłań w jego przebiegu. *Hr. W.*

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

FIGOL JAHR

najprzyjemniejszy i najskuteczniejszy przetwór przeczyszczający.

Figol Jahr jest to syrup sporządzony z miąszu fig smyrneńskich z odpowiednim dodatkiem płynnego wyciągu strączków senesowych.

Figol Jahr działa jako środek lekko przeczyszczający skutecznie i boleśnie.

Figol Jahr reguluje stolec, oddaje znakomite usługi przy zaparciu nawykowem stolca.

Figol Jahr bywa chętnie przez dzieci i dorosłych zażywany.

Figol Jahr daje się w razie potrzeby przed spaniem, dorosłym ½ do 1½ łyżki stołowej, dzieciom ½ do 1½ łyżeczki kawowej.

Figol Jahr kosztuje: duża flaszka Kor. 2·70, mała flaszka Kor. 1·80.

Rp. Figol lagen. origin. 215 a

Wyrób i główny skład

w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.

Składy prawie we wszystkich aptekach.

KONKURS.

Wydział powiatowy kamionecki rozpisuje niniejszem konkurs celem obsadzenia posady **lekarza okręgowego** z siedzibą w miasteczku Witków nowy w powiecie tutejszym.

Z posadą tą połączona jest płaca roczna 1.300 Kor. i ryczałt na objazdy i rocznych 700 Kor.

Lekarz ten obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Okręg sanitarny obejmuje miejscowości:

Witków nowy, Witków stary, Suszno, Wulka susz., Płowe, Józefów, Ordów, Stryhanka i Dobrotwór.

Ludność 10.775 dusz. Oprócz wymaganej fizycznej zdatności, kompetenci wykazać się mają:

1) Prawem obywatelstwa austryackiego;

2) Dyplomem doktora medycyny, upoważniającym do wykonywania praktyki lekarskiej; 465

3) Znajomością języków krajowych;

4) Nieprzekroczonym wiekiem 40 lat życia;

5) Praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

6) Odznaczać się nieskazitelnym charakterem.

Posada lekarza okręgowego połączona jest z prawem do emerytury a to w granicach postanowień ustawy z 12 maja br. Nr. 68 dz. ust. kr.

Między kandydatami przy równych zresztą warunkach, pierwszeństwo będą mieli ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy tutaj najdalej do 10 stycznia 1910 r.

W Kamionce str. 27 listopada 1909 r.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Prezes:
Thullie.

Posady dla trzech lekarzy

(sekundaryuszy, nieżonatych religii rz. kat.) przy szpitalu w Wiedniu. 460

Płaca 120 Kor. miesięcznie mieszkanie, światło, opał, usługa, całe utrzymanie I klasy, po roku 150 Kor. mies. i t. d. Zgłoszenia: Szpital OO. Bonifratrów Wiedeń II. Taborstrasse 16.

KONKURS.

Izraelicka gmina wyznaniowa w Radomyślu wielkim rozpisuje konkurs na **lekarza** tejże gminy z płacą 600 Kor. rocznie.

Wymogi ogólne dla lekarzy przepisane, przytem nadmienia się iż wolna praktyka lekarza jest bardzo korzystną.

Podania do 5 stycznia 1910 na ręce przełożeństwa gminy. 466

Radomyśl wielki, 15 grudnia 1909.

Przełożony:
Sewer Wiesen.

KONKURS.

Zwierzchność gminy miasta Tuchowa ogłasza konkurs na posadę **lekarza miejskiego** w Tuchowie.

Warunki przyjęcia:

Płaca 1.000 Kor. rocznie. 467

Nieprzekroczony 40 rok życia.

Dyplom doktora wszech nauk lekarskich.

Bliższe warunki są do przejrzenia w Urzędzie miejskim w Tuchowie w godzinach urzędowych.

Termin wnoszenia podań do 5 stycznia 1910 roku

Tuchów, dnia 19 grudnia 1909.

Burmistrz:
Lasko.

Do l. 998.

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę **lekarza domowego** przy szpitalu izraelickim fundacyi Maurycego Lazarusa we Lwowie.

Pobory wynoszą w pierwszym roku służby 1.200 Kor. wraz z całem utrzymaniem, w następnych latach 1.400 Kor. z utrzymaniem.

Podania należy wnieść do Zarządu szpitala izraelickiego najdalej do 15 stycznia 1910.

Bliższych wyjaśnień udzieli dyrektor szpitala radca ces. Dr. Henryk Mehrer w godzinach przedpołudniowych.

Lwów, dnia 30 listopada 1909. 461

Z Przełożeństwa Gminy wyznaniowej izraelickiej we Lwowie.

APTEKA H. RUBLA

przedtem Z. RUCKERA we Lwowie

poleca 186

Wina lecznicze własnego wyrobu:

MALAGĘ z chiną, z żelazem,
z chiną i żelazem,
z rhabarbarum,
z kaskarą sagradą,
z somatozą,
z orzechów kola,
z pepsyną i t. p.

Amarol:

znany i wypróbowany środek dyetetyczny przez pierwszorzędne powagi lekarskie zalecany i używany w ostrych i chronicznych słabościach żołądka tak u dzieci, jak i dorosłych.

Cena $^1/_1$ fl. K 2·50, $^1/_2$ fl. K 1·50.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 203

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, żołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

Treść:

MATTONIEGO
GIESSHÜBLER
NAJOBFICIEJ ALKALICZNA WODA MINERALNA
SZCZAWIOWA
NAPÓJ ORZEŹWIAJĄCY STOŁOWY,
SKUTECZNY BARDZO NA KASZEL w CHOROBACH ONGI, KATARACH ŻOŁĄDKA I PĘCHERZA.
HENRYK MATTONI, Karlsbad i Wiedeń. 5

TRAN JODOWO ŻELAZISTY
zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.
Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.
Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221
Cena flaszki 1 K. 20. hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece
K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.
We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Chemiczna fabryka „G. RICHTER" Budapeszt X.
HYDROPYRINA
Rozpuszczalne w wodzie połączenie kwasu acetyl-salicylowego. Działa skuteczniej niż aspiryna. Środek swoisty przy influenzy i zapaleniach stawów.
„HYDROPYRINA" przeznaczona świeżo do obiegu jest bez smaku, nie jest hygroskopijną i nie ulega rozłożeniu. Proszek i kołaczyki
Cena fiolki 20 × 0·5 albo 10 × 1·0 gr. Kor. 1·20 hal. 145
„ „ 10 × 0·5 „ 0·65 „

NOVOCOL RICHTER
(Sód gwajakolowo-fosforowy)
zawiera 50% gwajakolu.
Nowe rozpuszczalne we wodzie połączenie gwajakolu.
WSKAZANIA: Gruźlica płuc, przewlekły nieżyt oskrzeli i krztusiec. Wybitny środek wykrztuśny. We flaszkach oryg. jako Syr. Novocol Richter, jako proszek krystaliczny i w kołaczykach wprowadzony do handlu. — Dawka dzienna: dorosłym 0·25—0·50 gr. 3 razy; dzieciom 0·10—0·15 gr. 3 razy.

PEROXYGENOL
chem. czysty 30% nadtlenek wodoru, we flaszkach oryg. zatopionych parafiną po 50 i 200 gr.

BROMLECYTYNA „RICHTER"
Działanie Bromlecytyny „Richter", która w żołądku w przeciwieństwie do lecytyny, nie ulega rozłożeniu, ale nie rozłożona ulega wessaniu, przewyższa w skuteczności pojedyncze swe części składowe.
Wskazania: Neurastenia, błednica, niedokrewność.

JOC-LECYTYNA „RICHTER".
Idealny przetwór jodowy, zawierający 32% jodu przy wrodzonej kile, zastarzałych chorobach na tle kiły i przy leczeniu przeciwkiłowem, kiedy jod ma być przez dłuższy czas podawany, dalej przy zołzach, miażdżycy tętnic, astmie, rozedmie.
Cena flakonu zawierającego 50 pigułek po 0·1 gr. jod-lecytyny Kor. 4.

Aether pro narcosi Richter we flaszeczkach oryg. po 50 i 100 gr.

Chloroform pro narcosi Richter we flaszeczkach oryg. po 25, 50, 100, 250 i 500 gr.

Hydrogienium peroxydatum medicinale 3% Richter we flaszeczkach oryg. i balonach.

Tonogen Suprarenale „Richter".
Tonocain Suprar. „Richter".
Tabletki Lecytynowe „Richter".
Lecytyna granulée „Richter".
Oleum Jecoris Aselli C. Lecith. „Richter".
Alexipon „Richter".
Proteoferrin „Richter".
Tabl. Ovarii „Richter".
PRÓBKI DLA PP. LEKARZY NA ŻYCZENIE!

SALOSSIT
Specificum przeciwko rhachitis
w początkującym i postąpionym stanie.
Całkowicie asymilujące się połączenie glycerophosphoru, z calcium i magnezią, w formie wolnego od smaku mleczno cukrowego preparatu.
SALOSSIT udziela się rozpuszczonym w mleku, i tenże jest przez chorych znakomicie znoszonym.
Literaturę o SALOSSICIE i ilości próbne przesyła darmo i opłatnie: 52
GŁOWNY SKŁAD: APTEKA POD ANIOŁEM STRÓŻEM, WIEDEŃ XVIII/1.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.